

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
УНІВЕРСИТЕТ ЕКОНОМІКИ ТА ПРАВА «КРОК»**

**В. Г. Алькема
О. М. Сумець
О. С. Кириченко**

***МЕНЕДЖМЕНТ
ЗАКЛАДУ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я***

***Навчальний посібник
КНИГА 3.***

м. Київ – 2023 р.

*Рекомендовано до друку Вченою радою
Вищого навчального закладу
«Університет економіки та права «КРОК»
(протокол № 7 від « 25 » травня 2023р).*

Рецензенти:

Солоненко Іван Миколайович – доктор медичних наук, професор, професор кафедри прикладної медицини Навчально-наукового інституту медицини Університету економіки та права «КРОК».

Пирог Ольга Володимирівна – доктор економічних наук, професор, завідувач кафедри менеджменту і міжнародного підприємництва, Національного університету «Львівська політехніка».

Длугопольський Олександр Володимирович – доктор економічних наук, професор кафедри економіки та економічної теорії Західноукраїнського національного університету.

В. Г. Алькема, О. М. Сумець, О. С. Кириченко. Менеджмент закладу охорони здоров'я: навчальний посібник. – К. : ВНЗ «Університет економіки та права «КРОК», 2023. – 254 с.

ISBN 978-966-170-081-8

У навчальному посібнику представлено теоретичні концептуальні основи менеджменту закладів охорони здоров'я за напрямом управління якістю роботи закладу охорони здоров'я, з ґрунтовним розглядом питань розбудови та впровадження системи управління якістю і організації контролю якості надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я.

Висвітлено теоретико-методичні основи управління якістю роботи закладу охорони здоров'я, наукові підходи до управління якістю, зовнішні нормативи та стандарти, актуальні аспекти впровадження сучасних підходів до управління якістю та управління ресурсами закладу охорони здоров'я. Значну увагу приділено питанням розбудови систем управління якістю досліджено її складові, ресурсне забезпечення функціонування, вплив зовнішніх та внутрішніх факторів, планування та впровадження політики у сфері якості. Розкрито питання впровадження системи управління якістю роботи закладу охорони здоров'я, розробки та впровадження Настанови з якості закладу охорони здоров'я, її структури та складових. Викладено матеріали з питань впровадження локальних та клінічних протоколів, стандартів якості надання медичної допомоги, впровадження внутрішнього аудиту та інформаційного забезпечення контролю якості роботи закладу охорони здоров'я.

Для здобувачів закладів освіти, що навчаються за освітньою програмою «Управління закладами охорони здоров'я», слухачів системи перекваліфікації та перепідготовки кадрів, керівників та адміністраторів закладів охорони здоров'я всіх форм власності.

ISBN 978-966-170-081-8

© Університет «КРОК», 2023

© Алькема В. Г., Сумець О. М., Кириченко О. С., 2023

ЗМІСТ

ВСТУП

6

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ РОБОТИ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Теоретичні підходи до управління якістю роботи закладу охорони здоров'я	9
1.2. Зовнішні нормативи та стандарти управління якістю в роботі закладу охорони здоров'я	15
1.3. Впровадження сучасних підходів управління якістю роботи закладу охорони здоров'я	17
1.4. Забезпечення якості управління ресурсами закладу охорони здоров'я	23
Запитання для перевірки знань та самопідготовки	30
Список літератури до розділу	30

РОЗДІЛ 2. КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ РОЗБУДОВИ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ (СУЯ) ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Розбудова системи управління якістю роботи закладу охорони здоров'я	32
2.2. Вплив зовнішніх та внутрішніх факторів, на систему управління якістю закладу охорони здоров'я	35
2.3. Планування та впровадження політики у сфері якості	47
2.4. Ресурсне забезпечення системи управління якістю закладу охорони здоров'я	56
2.5. Моделювання системи управління якістю надання медичної допомоги	62
Запитання для перевірки знань та самопідготовки	69
Список літератури до розділу	69

РОЗДІЛ 3. ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКОСТЮ РОБОТИ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Розробка та впровадження Настанови з якості закладу охорони здоров'я	71
3.2. Структура Настанови із якості закладу охорони здоров'я	79
3.3. Організація управління якістю роботи на рівні закладу охорони здоров'я та його структурних підрозділів	87
3.4. Організація та впровадження контролю в системі управління якістю роботи закладу охорони здоров'я	94

3.5. Кадрове забезпечення управління якості роботи закладу охорони здоров'я	104
Запитання для перевірки знань та самопідготовки	108
Список літератури до розділу	108

РОЗДІЛ.4. ОРГАНІЗАЦІЯ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В РОБОТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

4.1. Сутність та основні поняття контролю якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я	110
4.2. Концептуальні засади організації контролю якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я	114
4.3. Впровадження процесів моніторингу здійснення вимірювання, аналізу та оцінювання процесів управління якістю закладу охорони здоров'я	117
4.4. Організація, планування та керування процесами контролю якості надання медичних послуг	126
4.5. Оцінювання якості матеріального-технічного забезпечення закладу охорони здоров'я	133
4.6. Розробка та впровадження медико-соціальної моделі оцінки якості управління та обслуговування в закладі охорони здоров'я	137
Запитання для перевірки знань та самопідготовки	144
Список літератури до розділу	144

РОЗДІЛ 5. ВПРОВАДЖЕННЯ ЛОКАЛЬНИХ ТА КЛІНІЧНИХ ПРОТОКОЛІВ СТАНДАРТІВ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

5.1. Теоретико-практичні засади розробки клінічних рекомендацій та медичних стандартів	146
5.2. Формування та використання протоколів в управлінні якістю роботи закладу охорони здоров'я	152
5.3. Впровадження процесу проектування та розробки локальних клінічних протоколів	155
5.4. Управління знаннями та компетентностями працівників в забезпеченні якості закладу охорони здоров'я	161
Запитання для перевірки знань та самопідготовки	164
Список літератури до розділу	164

РОЗДІЛ 6. ВНУТРІШНІЙ АУДИТ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ РОБОТИ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

6.1. Концептуальні методичні засади впровадження внутрішнього аудиту контролю якості роботи закладу охорони здоров'я	166
6.2. Класифікація видів внутрішнього аудиту	170
6.3. Етапи проведення внутрішнього аудиту якості роботи закладу охорони здоров'я	175
6.4. Обґрунтування системи показників-індикаторів здійснення внутрішнього аудиту забезпечення якості медичної допомоги у закладі охорони здоров'я	179
6.5. Впровадження системи показників-індикаторів аналізу та оцінювання процесу забезпечення якості надання медичної допомоги	183
6.6. Організація та впровадження аудиту кадрових ризиків в роботі медичних закладів	187
6.7. Алгоритм проведення аудиту якості роботи кадрових ресурсів всього закладу та окремих підрозділів медичного закладу	190
Запитання для перевірки знань та самопідготовки	196
Список літератури до розділу	197

РОЗДІЛ 7. ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОЦЕСІВ ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ РОБОТИ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

7.1. Впровадження концепції інформатизації закладів охорони здоров'я	198
7.2. Організація контролю зовнішньої та внутрішньої інформації закладу охорони здоров'я	202
7.3. Впровадження інформаційних технологій для забезпечення контролю якості роботи закладу охорони здоров'я	208
Запитання для перевірки знань та самопідготовки	210
Список літератури до розділу	210
ЗАДАЧІ. ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ	212
ЛІТЕРАТУРА	249
ДОДАТОКИ	252

ВСТУП

Забезпечення якості надання медичної допомоги, медичних послуг є однією із найбільш важливих та невід'ємних складових ефективного управління закладом охорони здоров'я. Водночас зростання якості надання медичної допомоги, медичних послуг безпосередньо залежить від підвищення ефективності функціонування самого закладу охорони здоров'я, впровадження сучасних методів та механізмів контролю управління якістю, в тому числі і самооцінки роботи персоналу та підрозділів закладу.

Розбудова та впровадження систем управління якістю в діяльності закладу охорони здоров'я здійснюється із застосуванням системного підходу, який визначає та формує взаємодію процесів цієї системи і використовує всі елементи та складові її підсистем, формуючи між ними тісні зв'язки та взаємодію. Відповідно до міжнародних стандартів впровадження систем управління якістю формується з впровадження процесів, які ділять на чотири групи: процеси відповідальності керівників в сфері якості; якісного управління ресурсами закладу охорони здоров'я; управління процесами якісного надання медичної допомоги, а саме якості діагностичної, профілактичної, лікувальної, реабілітаційної діяльності; якості здійснення процесів аналізу та оцінювання різних видів діяльності та процесів в роботі закладу охорони здоров'я.

Питання розвитку концептуальних підходів до управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я вимагає аналізу підходів, що пояснюють причини необхідності та особливості управління якістю послуг таких закладів з метою підвищення їх якості та ефективності. Розвинуті концептуальні положення управління якістю медичної допомоги, медичних послуг закладів охорони здоров'я мають бути сформовані на теоретичній основі, принципах та наукових підходах, методичному та організаційно-інформаційному базисі такого управління, які у сукупності формують цілісний погляд на процес управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я.

В третій книзі навчального посібника «Менеджмент закладу охорони здоров'я» досліджено основні теоретико-методичні та науково-практичні питання управління якістю роботи закладу охорони здоров'я, розбудови і впровадження системи управління якістю та організацію контролю якості надання медичної допомоги закладом охорони здоров'я.

В першому розділі посібника «Теоретико-методичні основи управління якістю роботи закладу охорони здоров'я» досліджено теоретичні підходи до управління якістю роботи закладів охорони здоров'я, представлено зовнішні нормативи та стандарти управління якістю в роботі закладу охорони здоров'я, досліджено актуальні аспекти впровадження сучасних підходів управління якістю роботи закладу охорони здоров'я, а також питання забезпечення якості управління ресурсами закладу охорони здоров'я.

У другому розділі «Концептуальні засади розбудови системи управління

якістю (СУЯ) закладу охорони здоров'я» досліджено складові розбудови системи управління якістю роботи закладу охорони здоров'я, виявлено вплив зовнішніх та внутрішніх факторів на систему управління якістю закладу охорони здоров'я, детально опрацьовано питання планування та впровадження політики у сфері якості. В розділі систематизовано класифіковано та детально досліджено ресурси, ресурсне забезпечення системи управління якістю закладу охорони здоров'я. Здійснена концептуальна проєкція та моделювання системи управління якістю надання медичної допомоги в роботі закладу охорони здоров'я.

У третьому розділі «Впровадження системи управління якістю роботи закладу охорони здоров'я» розглянуто теоретико-методичні засади розробки та впровадження Настанови з якості закладу охорони здоров'я, описано структуру, склад розділів Настанови із якості закладу охорони здоров'я. Детально досліджено питання організації управління якістю роботи на рівні закладу охорони здоров'я та його структурних підрозділів. Розглянуто процеси організації та впровадження контролю в системі управління якістю роботи закладу охорони здоров'я та проблеми кадрового забезпечення управління якості роботи закладу охорони здоров'я.

У четвертому розділі начального посібника «Організація контролю якості медичної допомоги в роботі закладу охорони здоров'я» досліджено сутність та основні поняття контролю якості медичної допомоги, концептуальні засади організації контролю якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я, основні параметри та характеристики провадження процесів моніторингу здійснення вимірювання, аналізу та оцінювання процесів управління якістю закладу охорони здоров'я. Детально досліджено механізми та процеси організації, планування та керування процесами контролю якості надання медичних послуг, процеси оцінювання якості матеріального-технічного забезпечення закладу охорони здоров'я. Представлено теоретично-практичне бачення розробки та впровадження медико-соціальної моделі оцінки якості управління та обслуговування в закладі охорони здоров'я.

У п'ятому розділі навчального посібника «Впровадження локальних та клінічних протоколів стандартів якості надання медичної допомоги» представлено теоретико-практичні засади розробки клінічних рекомендацій та медичних стандартів, процеси формування та використання протоколів в управлінні якістю роботи закладу охорони здоров'я, а також процеси впровадження процесу проєктування та розробки локальних клінічних протоколів. Значна увага приділена питанням управління знаннями та компетентностями працівників в забезпеченні якості роботи закладу охорони здоров'я.

У шостому розділі навчального посібника «Внутрішній аудит контролю якості роботи закладу охорони здоров'я» досліджено концептуальні методичні засади впровадження внутрішнього аудиту контролю якості роботи

закладу охорони здоров'я, здійснено систематизацію та класифікацію видів внутрішнього аудиту, виявлено та структуровано основні етапи проведення внутрішнього аудиту якості роботи закладу охорони здоров'я. Систематизовано та обґрунтовано систему показників-індикаторів здійснення внутрішнього аудиту забезпечення якості медичної допомоги у закладі охорони здоров'я та впровадження системи показників-індикаторів аналізу та оцінювання процесу забезпечення якості надання медичної допомоги. Розкрито механізми організації та впровадження аудиту кадрових ризиків в роботі медичних закладів, а також розробки та застосування алгоритму проведення аудиту якості роботи кадрових ресурсів всього закладу та його окремих підрозділів.

У сьомому розділі навчального посібника «Впровадження процесів інформаційного забезпечення контролю якості роботи закладу охорони здоров'я» досліджено питання впровадження концепції інформатизації закладів охорони здоров'я, організації контролю зовнішньої та внутрішньої інформації закладу охорони здоров'я та впровадження інформаційних технологій для забезпечення контролю якості роботи закладу охорони здоров'я.

Книга призначена для здобувачів закладів освіти, що навчаються за освітньою програмою «Управління закладами охорони здоров'я», слухачів системи перекваліфікації та перепідготовки кадрів, керівників та адміністраторів закладів охорони здоров'я всіх форм власності.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ РОБОТИ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Ключові питання розділу:

- 1.1. Теоретичні підходи до управління якістю роботи закладу охорони здоров'я*
- 1.2. Зовнішні нормативи та стандарти управління якістю в роботі закладу охорони здоров'я*
- 1.3. Впровадження сучасних підходів управління якістю роботи закладу охорони здоров'я*
- 1.4. Забезпечення якості управління ресурсами закладу охорони здоров'я*

1.1. Теоретичні підходи до управління якістю роботи закладу охорони здоров'я

Застосування сучасних наукових підходів до управління якістю надання медичної допомоги, медичних послуг потребує дослідження і визначення підходів, що є найбільш доцільними та адекватними, враховуючи особливості здійснення управління в медичній сфері діяльності. Сучасні концепції управління якістю в закладах охорони здоров'я формуються на теоретичних концептуальних засадах та науково-практичному базисі методик, принципів наукових підходів, механізмів та інструментарію управління, які дають можливість найбільш повно дослідити та здійснювати управління в сфері забезпечення закладів охорони здоров'я.

Метою розбудови системи якості в закладах охорони здоров'я є дослідження сучасних підходів та обґрунтування можливості застосування адаптації їх до вирішення проблем забезпечення управління якістю закладів охорони здоров'я.

В сучасній науковій літературі саме поняття «концептуалізації» досліджують як первісну теоретичну форму, яка забезпечує теоретичне дослідження, та як систему явищ, які характеризують наукові концепти, тенденції та зміни; та як рух від абстрактного мислення до конкретних наукових бачень, поглядів, уявлень з напрацюванням значної бази теоретичного матеріалу, який може бути використаний із застосуванням методології наукових досліджень для формування навколо методологічного рівня вивчення певної сфери [1].

Таким чином, концептуалізація проектується як певна система понять, знань, зв'язків, які формують певну галузь знань, і відповідно до цього дослідження забезпечення якості управління в сфері охорони здоров'я.

Проектування концептуальних засад управління якістю в сфері охорони здоров'я будується на тому, що сфера охорони здоров'я загалом є суспільним

сектором економіки [2]. Це говорить про те, що сфера охорони здоров'я повинна бути відповідальною перед суспільством за надану медичну допомогу, медичні послуги та їх якість, оскільки ці послуги мають загальне суспільне значення. Таким чином, суспільні функції закладу охорони здоров'я зумовлюють високий рівень відповідальності та вимоги, які висуваються і мають висуватися у суспільстві до якості надання медичної допомоги загалом та роботи кожного медичного працівника і підрозділів, які налають цю медичну допомогу зокрема.

Таким чином, до дослідження концептуальних засад управління якістю в сфері охорони здоров'я застосовується функціональний суспільний підхід, який розглядає заклад охорони здоров'я як організацію, що надає суспільно значимі функції – послуги [3]. Так, за функціональним підходом суспільний сектор на економічному рівні ініціює та об'єднує такі сфери як освіта, медицина, сфера публічного управління, соціальна безпека, законність та правопорядок, культурна сфера. Отже, за функціональним підходом до охорони здоров'я як до суспільної сфери враховується значний вплив інституційного правового середовища і водночас досліджуються процеси в сфері охорони здоров'я.

Відповідно до існуючих концептуальних бачень сформовано чотири базові концепції оцінювання показників функціонування суспільного сектору, таких як: цільова концепція; концепція системних ресурсів; концепція множинності зацікавлених сторін; концепція соціального конструктивізму [4-6].

За баченням науковців, ці концепції мають бути врахованими при здійсненні реформування публічного сектору в кожній країні.

В реформуванні управління сучасними закладами охорони здоров'я в Україні ці концепції формують базис, на засадах якого мають здійснюватися реформаторські зміни. Серед інших підходів, що мають ефективно застосовуватися до оцінки якості медичної допомоги та організації надання визначають структурний підхід, який вивчає структуру якості та вивчає з яких компонентів вона складається, після проведеного аналізу та дослідження буде визначено які компоненти якості з цієї структури слід удосконалити, покращити, оптимізувати, щоби покращити загалом якість надання медичних послуг, медичної допомоги [7]. Наступним підходом є процесуальний підхід, який вивчає якість технологій та процесів надання медичної допомоги їх відповідальності нормам та міжнародним стандартам а також існуючим клінічним протоколам надання медичної допомоги.

Наступним підходом науковці визначають результативний підхід за яким аналізуються та визначається якість результату надання медичної допомоги, її відповідність досягнутим завданням та меті.

В сучасних умовах роботи вітчизняної сфери охорони здоров'я в управління якістю значного поширення набув ресурсний підхід обумовлений необхідністю та доцільністю найбільш ефективного використання наявних у закладі охорони и здоров'я кадрових, технічних, технологічних, фінансових,

матеріальних ресурсів, але якість визначити потреби в ресурсах та якість організації роботи по забезпеченню закладів цими ресурсами свідчитимуть про високу якість управління закладом охорони здоров'я загалом та дає можливість оптимізувати та зменшити обсяги ресурсного забезпечення закладу загалом, а значить підвищити ефективність результативність його функціонування, адже забезпечується зростання якості надання медичної допомоги населенню за зменшення витрат на забезпечення надання цих послуг.



Рис.1.1. Концептуальні підходи до управління якістю надання медичних послуг в закладах охорони здоров'я

Джерело: сформовано на основі [1-7]

Модернізація вітчизняної системи охорони здоров'я загалом та удосконалення ресурсного забезпечення сфери охорони здоров'я з впровадженням нових методів, механізмів, засобів державного управління, актуалізує необхідність розвитку організаційної бази медичної сфери та застосування нових механізмів співпраці приватного та суспільного сектору, що можливо з розбудовою та впровадженням механізмів суспільно приватного партнерства, організацією та впровадженням активної громадської діяльності

в сфері охорони здоров'я [8].

Ефективна робота та подальший розвиток закладів охорони здоров'я в сучасних умовах потребує забезпечення їх внутрішньої стійкості. З метою забезпечення такої стійкості держава повинна створити відповідні інституційні умови, за яких ця стійкість та якість будуть забезпечені. Таким чином, вагомими факторами дії держави на діяльність закладів в сфері охорони здоров'я є забезпечення вільного і відкритого конкурентного ринкового середовища; розбудову інфраструктури медичного ринку; зменшення рівня корупції в сфері охорони здоров'я та впровадження механізмів протидії можливим проявам недопущення та протидії корупції в майбутньому; підготовка необхідного обсягу кваліфікованих медичних кадрів необхідних спеціалізацій та загалом зростання якості підготовки кадрових ресурсів в медичній сфері; забезпечення зростання відповідальності в медичній сфері за життя та здоров'я пацієнтів із зростанням рівня безпеки надання медичних послуг.

Саме поняття «інституціоналізація» науковці визначають як процес формування державних структур, які відповідають за здійснення реалізації державної політики за відповідними сферами функціонування, а тому вважається, що «інституціоналізація» виступає невід'ємним компонентом в модернізації соціальних систем та забезпеченні суспільного розвитку [9].

На думку науковців процеси «інституціоналізації» виникають внаслідок наявності суспільних потреб, таких як потреби в соціальному забезпеченні, забезпеченні здоров'я безпеки, потреби в захисті, безпеці громадян, їх благополуччі. Процеси інституціоналізації забезпечують реалізацію декількох основних процесів: потреби у виробництві продуктів та послуг, потреби в безпеці, захисті та благополуччі, потреби у соціальному контролі.

Застосування інституціонального підходу дає можливість досліджувати систему охорони здоров'я як соціальну систему її взаємозв'язку та взаємодії з іншими соціальними системами, а саме з іншими закладами, з іншими структурами, з громадськістю.

Інституціональний підхід забезпечує можливість ґрунтовного дослідження та аналізування соціальних систем, які виступають об'єктами державного управління, і є методологічною основою здійснення значного обсягу наукових досліджень, якісних та кількісних змін функціонування соціальних систем. Вплив інституціональних факторів має вагоме значення та приводить до значних трансформаційних змін. Інституціоналізм є методологічним базисом, який формує засади соціальних змін та виступає сукупністю політичних, правових, економічних, історичних, культурних, соціальні правила які визначають загальні рамки розбудови та функціонування сучасних соціальних систем, як виступають об'єктами державного управління та регулювання.

За сучасних умов в Україні в рамках аналізу роботи закладів охорони здоров'я здійснюються дослідження якості надання медичних послуг. Головним інструментарієм для здійснення такого дослідження є «Анкета пацієнта», яку

використовують для збору інформації від пацієнтів та подальшого аналізу та рейтингування закладів охорони здоров'я [10]. Таким чином, пацієнти приймають участь у покращенні якості надання медичних послуг та роботи закладу охорони здоров'я загалом, адже їх оцінка сприяє подальшим змінам направленим на зростання якості, безпеки доступності надання медичної допомоги. Саме тому збільшення такої кількості досліджень в сфері якості надання медичної допомоги не лише забезпечує необхідними даними для аналізу, а й сама по собі сприяє зростанню якості роботи медичних закладів.

Формування пацієнтоорієнтованої моделі управління закладами охорони здоров'я потребує активування процесів дотримання інституційних засад управління якістю роботи закладів охорони здоров'я.

Проте розбудова системи охорони здоров'я та окремих закладів охорони здоров'я неможлива без застосування ефективного проектного підходу. Проектний підхід зорієнтований на проектуванні бачення майбутньої моделі системи охорони здоров'я та моделювання роботи цієї системи. Також можливе моделювання майбутнього стану об'єкту, саме поняття проектування визначається науковцями як визначення варіантів роботи або ж конструювання варіантів майбутнього розвитку об'єкта та конструювання його майбутніх параметрів, якісно нового стану об'єкта. Проектний підхід визначається як підхід прийняття управлінських рішень в умовах високого ступеня невизначеності.

Таким чином, проектування нової реформованої системи охорони здоров'я вимагає застосування проектного підходу. Таким чином, проект можна розглядати як конструювання дійсності на рівні держави, регіону чи медичного закладу.

Також в сфері охорони здоров'я вагомим значення для соціально-економічного розвитку сфери охорони здоров'я країни загалом та окремих напрямів медичних сфери зокрема має розробка та реалізація державних цільових програм в сфері охорони здоров'я. Зокрема для розвитку певних сфер та галузей, напрямів та векторів соціально-економічного розвитку використовується програмно- цільовий підхід, що дає можливість виявити пріоритети державної соціальної політики та забезпечити матеріальне фінансове забезпечення реалізації впровадження дій, змін за обраними ключовими напрямками.

Загалом впровадження реформування в сфері охорони здоров'я є мегапроектом загальнодержавного рівня, крім цього перехід закладів охорони здоров'я на нові форми і стандарти роботи, впровадження нових технологій надання медичної допомоги та нового обладнання, також здійснюється на засадах проектного програмно-цільового підходу.

Отже реформування сфери охорони здоров'я загалом є соціальним мегапроектом, який має свою специфіку пов'язану із тривалими термінами, високими витратами, значною невизначеністю результатів його реалізації

та значним обсягом факторів, які призводять до змін на різних етапах реформування і потребують адекватних дій з управління змінами в процесі впровадження цього мегапроекту.

1.2. Зовнішні нормативи та стандарти управління якістю в роботі закладу охорони здоров'я

Забезпечення ефективної роботи сучасного закладу охорони здоров'я потребує формування та розбудови дієвої системи управління якістю закладу охорони здоров'я. Водночас, розбудова такої ефективної системи повинна здійснюватися із урахуванням методології управління якістю та галузевих і міжнародних стандартах управління якістю в сфері охорони здоров'я. Це передбачає врахування комплексу методичних концептуальних засад, дотримання яких забезпечить можливість результативної ефективної та дієвої системи управління якістю цього переліку документації.

Так, необхідним є врахування переліку зовнішніх нормативів та стандартів і внутрішньої нормативно-правової документації.

Структура цієї документації складається з переліку документів. Так, зовнішніми нормативними документами, які повинні бути у закладу і повинні враховуватися в розроблені Настанови якості та функціонування системи управління якістю є Міжнародні стандарти ISO, BOO3, JCI, GMP, GCP6 e-Health, CEN/TC 251, HL7, DICOM, SNOMED, а також Галузеві національні стандарти, методики та інструкції, Державні нормативні акти [1-5].

Другою групою документації є документи щодо управління процесами в закладі, документи гарантування діяльності та досягнення результатів. Такими документами виступають різного роду записи а саме: звіти, протоколи, акти, журнали обліку, журнали реєстрації, відомості, рішення та переліки та інша документація. Наступний перелік документів описує та регламентує медичні операційні процеси, діяльність працівників та підрозділів закладу охорони здоров'я які, що входить до СМЯ. Такими документами виступають Програми та плани діяльності закладу охорони здоров'я, Положення про підрозділи, посадові, технологічні робочі інструкції, задокументовані вимоги до надання медичної допомоги та медичних послуг.

Наступною групою документації є документація, яка регламентує та описує безпосередньо процеси якості, такими документами виступають Методики з якості, та інструкції з формування настанов з якості [5-7].

Важливою внутрішньою документацією яка приймається в закладі охорони здоров'я та визначає його діяльності з формування та розбудови системи якості є документація, що задає орієнтири розвитку в сфері якості, а саме такими орієнтирами виступають політика закладу охорони здоров'я та його цілі в сфері забезпечення високої якості надання медичної допомоги населенню. І безпосередньо документом, який описує систему менеджменту якості закладу охорони здоров'я та його політику в сфері якості є Настанова з якості.

Настанова з якості є документом, який визначає розбудову та створення системи якості закладу охорони здоров'я та встановлює її документовані

засади визначаючи її основні положення, функції, також розбудову системи управління якістю медичного закладу згідно із вимогами стандарту ISO 9001:2015/ДСТУ ISO 9001:2015 «Системи управління якістю. Вимоги».

Настанова з якості вміщує інформацію, яка необхідна для розбудови системи управління, яка дозволить медичному закладу ефективно функціонувати, задовольняючи потреби пацієнтів у якісній своєчасній, повній та безпечній медичній допомозі на відповідному сучасному техніко-технологічному рівні відповідно до міжнародних норм та стандартів.

Настанова з якості є внутрішнім постійно діючим чинним документом, який приймається та якого дотримуються в закладі охорони здоров'я. Внесення змін до настанови з якості закладу охорони здоров'я відбувається у випадку, коли ці зміни є необхідними за умов зміни роботи закладу охорони здоров'я та покращення системи менеджменту якості цього закладу охорони здоров'я.

Сферою застосування настанови з якості є безпосередньо система менеджменту якості закладу охорони здоров'я, яка охоплює всю сферу економічної діяльності та медичної практики закладу відповідно до спеціалізації закладу охорони здоров'я визначеною ліцензією закладу, що може передбачати здійснення консультативно-діагностичної, лікувально-діагностичної та реабілітаційної діяльності.

Положення та нормативами цієї настанови визначаються наступними діючими нормами та стандартами [3-5]:

- ДСТУ ISO 9000:2015 (ISO 9000:2015, IDT) «Системи управління якістю. Основні положення та словник термінів»
- ISO 9001:2015 / ДСТУ ISO 9001:2015 (ISO 9001:2015, IDT) «Системи менеджменту якості. Вимоги»
- ДСТУ ISO 9001:2015 / ДСТУ ISO 9001:2015 (ISO 9001:2015, IDT) «Системи управління якістю. Вимоги»
- ДСТУ ISO 9004:2012 (ISO 9004:2009, IDT) «Управління за для досягнення сталого успіху організації. Підхід на основі управління якістю»
- ДСТУ ISO 19011:2012 (ISO 19011:2011, IDT) «Настанови щодо здійснення аудитів систем управління».

1.3. Впровадження сучасних підходів управління якістю роботи закладу охорони здоров'я

Логістичний підхід є одним із актуальних сучасних підходів до управління закладами охорони здоров'я в аспекті організації забезпечення всіма необхідними для його функціонування ресурсами та подальшим ефективним розподілом та використанням цих ресурсів в практичній діяльності закладів охорони здоров'я.

Відповідно до логістичного підходу сферу охорони здоров'я загалом та заклади охорони здоров'я зокрема, розглядають як систему яка складається із значної кількості елементів складових, які взаємопов'язані та взаємодіють між собою, безлічі процесів, метою здійснення яких є якісне надання медичної допомоги, медичних послуг. За сучасних умов системний та процесний підходи, які застосовувалися для формування механізмів управління закладами охорони здоров'я зазнали суттєвих змін, трансформувалися в нові методи та підходи які враховують особливості діяльності в сфері охорони здоров'я та функціонування закладів охорони здоров'я з точки зору їх господарсько-організаційних механізмів. Це призвело до змін системного та структурного підходів та застосування нових методів та технологій управління наявними в закладах охорони здоров'я ресурсами і відповідно, використання з цією метою логістичного підходу та логістичних концепцій [11-12]. Застосування логістичного підходу до організації процесів управління та забезпечення закладів охорони здоров'я обумовлюється об'єктивними факторами, та дає можливість для: здійснення впливу на розробку та впровадження стратегії та організацію тактичних дій в роботі закладу охорони здоров'я, та на забезпечення зростання конкурентоспроможності роботи закладу та надання медичних послуг. Застосування логістичних технологій та методів дає можливість покращити та оптимізувати процеси використання та економії ресурсів, оптимізувати процес збирання, використання та обміну інформацією, інформаційними потоками в діяльності закладу охорони здоров'я. Головною особливістю застосування логістичних процесів загалом є забезпечення отримання кращого результату діяльності за рахунок кращого використання наявних в цьому закладі охорони здоров'я ресурсів. Застосування логістичного підходу до управління оптимізує та прискорює потоки інформації про ресурси закладу і таким чином прискорює процеси та дає можливість до зростання якості надання медичних послуг. Внаслідок цього здійснюється координація діяльності із ресурсозабезпечення медичного закладу загалом [13]. Застосування кращих концепцій, таких як логістика, концепція «точно в термін» дає можливість оптимізації потреби в медичних ресурсах кожного підрозділу та загалом закладу охорони здоров'я у часі та обсягах. Загалом це дає можливість забезпечити безперервність процесів надання медичної допомоги, покращити оборотність надходження та використання медичних

заходів оптимізує їх запаси, внаслідок чого покращиться, оптимізується рух обігових коштів, що покращить показники використання фінансових ресурсів закладу та забезпечить адаптацію системи матеріально-технічного постачання закладу охорони здоров'я до його реальних потреб.

Загалом процес налагодження ефективного функціонування та майбутнього розвитку закладу охорони здоров'я відбувається завдяки впровадженню кращих сучасних технологій та методів [14]. Сфера охорони здоров'я, стан в якому вона знаходиться та результати її діяльності має безпосередній вплив та позначається на процесах та результатах соціально-економічного розвитку країни загалом та всіх секторів національної економіки, та є фактором зростання національного доходу, зростання добробуту та якості життя населення.

Застосування логістичного підходу та технологій логістики в управлінні та забезпеченні закладу охорони здоров'я призводять до необхідності розбудови логістичної системи закладу охорони здоров'я, яка є невід'ємною підпорядкованою системою в загальній системі управління закладом охорони здоров'я. Логістичний підхід може застосовуватися на макро та мікрорівні. На макрорівні він визначає період від об'єктного до процесного управління в сфері охорони здоров'я, базуючись на необхідності розбудови та здійсненні взаємодії між державою, суб'єктами, організаціями, іншими галузями та суспільством загалом [15]. На цьому рівні управління реалізуються загальні норми та принципи функціонування сфери охорони здоров'я, визначається приймаються концепція та стратегія в сфері охорони здоров'я, реалізується державна політика в сфері охорони здоров'я. На макрорівні вирішуються питання аналізу та оцінки якості медичних послуг, формуються загальнонаціональні рекомендації, здійснюється організація інформаційних потоків та матеріальних потоків, їх раціоналізація та оптимізація.

За логістичним підходом організацію діяльності в сфері надання медичної допомоги розглядають як систему, що складається із значної кількості різних процесів, метою яких є якісне надання медичної допомоги. Головною метою такого логістичного процесу є прийняття рішень в умовах найкращого використання доступних та наявних у закладі охорони здоров'я ресурсів. В процесі реформування в Україні було створено Національну службу здоров'я України, що є органом виконавчої влади в медичній сфері, діяльність якої спрямована на реалізацію державної політики в медичній сфері з гарантованим наданням населенню необхідної медичної допомоги, медичного забезпечення за програми державних фінансових гарантій медичного обслуговування.

Національна служба здоров'я України здійснює укладання договорів з медичними організаціями з закупівлі у цих організацій медичних послуг. Вона також здійснює контроль дотримання умов цих договорів та здійснює безпосередні виплати закладам охорони здоров'я в обсягах наданої ними медичної допомоги населенню [16].

Міністерство охорони здоров'я України як головний орган виконавчої влади в медичній сфері, який здійснює формування та подальшу реалізацію державної політики в сфері охорони здоров'я, захисту населення від інфекційних хвороб, забезпечує реалізацію державної політики у сфері епідеміологічного нагляду. Також до функцій МОЗ відносять розвиток ринку медичних послуг, впровадження єдиного інформаційного простору в сфері охорони здоров'я, а саме електронної медичної системи країни, здійснення технічного регулювання ринку медичних препаратів, забезпечення населення країни лікарськими засобами, розвиток кадрового потенціалу медичної сфери з формуванням державного замовлення на підготовку фахівців у медичній сфері, навчання та підвищення кваліфікації медичних працівників. Вагомою перевагою логістичного підходу до управління та забезпечення закладів охорони здоров'я медичної сфери є здатність ефективно здійснювати реалізацію стратегії розвитку закладу охорони здоров'я, зростання його конкурентоспроможності, формування конкурентних переваг на ринку медичних послуг.

Використання логістики пришвидшує процеси отримання і передачі інформації та ефективно координує та прискорює процеси ресурсного забезпечення загалом.

Водночас, ресурсна логістика виступає невід'ємною складовою стратегічного планування в сфері охорони здоров'я.

Загалом стратегічний план є сукупністю взаємоузгоджених, взаємодіючих стратегій за різними напрямками роботи організацій в медичній сфері, що має принципову відмінність від традиційного довгострокового планування.

Так, сучасне стратегічне планування передбачає та забезпечує можливість оперативного реагування на зміни зовнішньої ринкової кон'юнктури, суспільні соціальні зміни та зміни в внутрішнього середовища самих закладів охорони здоров'я. Сучасне стратегічне планування передбачає використання програмно-цільового та логістичного підходів до визначення цілей та задач закладу охорони здоров'я та досягнення поставлених цілей.

Програмно-цільовий підхід є підходом для стратегічного планування, який дає можливість використовувати інструменти стратегічного планування, спрямовані на досягнення поставленої мети. Він виступає системою з комплексом цільових програм, спрямованих на розвиток всіх складових в сфері охорони здоров'я.

Загалом, формування системи стратегічного управління в сфері охорони здоров'я вимагає зміни системи управління з удосконаленою зміною процесів управління, та управлінських процедур; з розподілом повноважень та зміною організаційної структури закладів охорони здоров'я; зміною образу мислення керівників закладів охорони здоров'я з переходом від формального виконання обов'язків до спільного досягнення визначеної стратегічної мети; з розбудовою єдиної організаційної корпоративної культури, корпоративного духу закладу

охорони здоров'я єдності колективу в досягненні поставлених стратегічних завдань та реалізації ролі лідера керівником цього закладу охорони здоров'я.

Сучасні підходи для забезпечення ефективного управління в сфері охорони здоров'я представлені на рис. 1.2.

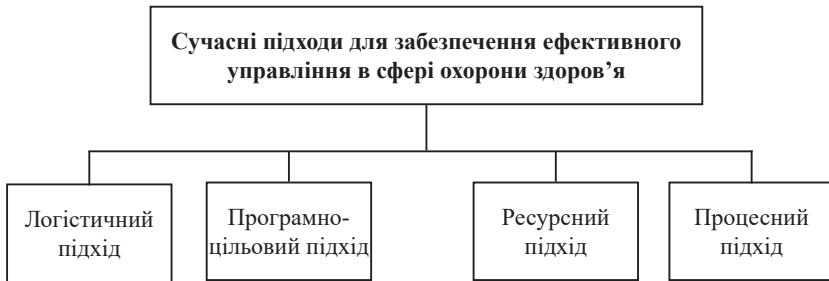


Рис. 1.2. Сучасні підходи для забезпечення ефективного управління в сфері охорони здоров'я

Джерело: сформовано на основі [17-18]

Серед найбільш ефективних напрямів та підходів для зростання ефективності управління в сфері охорони здоров'я науковці визначають застосування програмно-цільового підходу; застосування ресурсного підходу до розвитку, що базується на засадах найбільш ефективного використання всіх наявних в закладах охорони здоров'я ресурсів; та механізму зростання якості надання закладами охорони здоров'я медичних послуг.

Застосування провідних світових практик впровадження логістичної концепції «точно в термін» (“Just in time”) з метою оптимізації обсягів саме ресурсів та матеріальних ресурсів медичного призначення для кожного з структурних підрозділів закладу охорони здоров'я дасть можливість забезпечити безперервність постачання закладу охорони здоров'я та його структурних підрозділів всіма необхідними для їх функціонування ресурсами найбільш оптимально, вчасно та з найменшими витратами. Застосування такої концепції в рамках логістичного підходу забезпечить вчасне безперервне надходження всіх медичних засобів і водночас не потребуватиме накопичення значної частини непотрібних засобів на складах закладу, а отже сприятиме найбільш оптимальному використанню його фінансових ресурсів, обігових коштів. Так відбувається перехід забезпечувальної системи закладу охорони здоров'я від постачання та забезпечення закладу матеріальними ресурсами за певним жорстким графіком до праці на організації постачання за замовленням кожного структурного підрозділу в певних окремих обсягах відповідно до потреб структурних підрозділів закладу охорони здоров'я.

Таким чином, впровадження логістичного підходу дає можливість зменшити обсяги запасів медичних засобів та інших матеріальних ресурсів, необхідних для функціонування закладу охорони здоров'я, прискорити

оборотність обігових коштів, систематизувати звітність щодо постачання, розподілу, списання виробів медичного призначення, зменшити собівартість надання медичних послуг, зменшити логістичні витрати та витрат на формування запасів, що разом призведе до зростання якості надання медичних послуг та зростання економічної ефективності їх надання.

Процесний підхід до управління закладами охорони здоров'я дає можливість зрозуміти управління медичним закладом як безперервний ланцюг функцій управління, що взаємопов'язані між собою і загалом забезпечують управління.

Питання розвитку концептуальних підходів до управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я вимагає аналізу підходів, що пояснюють причини необхідності та особливості управління якістю послуг таких закладів з метою підвищення їх якості. Розвинуті концептуальні положення управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я мають бути сформовані на теоретичній основі, принципах та наукових підходах, методичному та організаційно-інформаційному базисі такого управління, які у сукупності формують цілісний погляд на процес управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я. Проте за сучасних умов реформування галузі охорони здоров'я питання управління якістю надання медичних послуг закладами охорони здоров'я вимагають більш детального, цілісного і критичного дослідження, концептуалізації підходів до управління якістю медичних послуг цими закладами [18]. Це сприятиме ефективнішому функціонуванню закладів охорони здоров'я, дієвішому управлінню якістю медичних послуг таких закладів, утвердженню їх на ринку як конкурентоздатних суб'єктів. Незважаючи на достатньо значний інтерес до питань якості медичних послуг закладів охорони здоров'я та управління такою якістю, варто зазначити, що за умов реформування галузі охорони здоров'я аспект розвитку концептуальних підходів до управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я залишається маловивченим. Розвиток концептуальних засад управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я повинен виходити з факту приналежності закладу до суспільного сектору економіки. Це означає, що заклад охорони здоров'я має нести відповідальність перед суспільством за надані медичні послуги і їх якість, оскільки він є організацією, що надає суспільно значущі послуги. Суспільний сектор економіки може бути охарактеризований виходячи з функцій, які він покликаний виконувати. Відповідно до функціонального підходу суспільний сектор об'єднує усі організації сфери публічного управління, соціальної безпеки, законності та правопорядку, освіти, охорони здоров'я, соціальних та культурних послуг незалежно від джерела їх фінансування і організаційно-правової форми постачальника. За цього підходу забезпечується органічне поєднання характеристик власності, контролю, фінансування, відбувається врахування особливостей інституціонального середовища. Отже, оскільки

заклад охорони здоров'я належить до суспільного сектору економіки, його діяльність щодо управління якістю послуг також може і має бути оцінена з використанням концепцій оцінки показників діяльності суспільного сектору економіки. Крім того, ми погоджуємось із тим, що «компоненти якості медичної послуги і, відповідно, підходи до забезпечення й оцінки такої якості повинні охоплювати: структурну якість (структурний підхід); якість технології (процесуальний підхід); якість результату (результативний підхід)» [19].

Питання розвитку концептуальних підходів до управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я безпосередньо стосується того факту, що сьогодні українські заклади охорони здоров'я вирішують проблеми, пов'язані з управлінням якістю медичних послуг за умов обмежених матеріальних, фінансових, технічних ресурсів, що виділяють на охорону здоров'я. Це зумовлює потребу модернізації функціонування національної системи охорони здоров'я, покращення ресурсного забезпечення виробничих процесів через розвиток інституційної бази охорони здоров'я та впровадження нових механізмів залучення приватного і громадського секторів економіки до забезпечення належної роботи медичних установ і надання ними послуг високої якості через альтернативне фінансування, використання механізму державно-приватного партнерства, опитування громадської думки та ін. Необхідним є забезпечення внутрішньої стійкості у роботі закладів охорони здоров'я як основи для її розвитку. Цього дозволять досягти відповідні інституційні передумови, які повинні сформулювати держава. Сприятливими інституційними чинниками впливу на галузь охорони здоров'я і роботу організацій цієї галузі, є досконалість конкурентного середовища на ринку медичних послуг; низький рівень корупції в медицині; високі кваліфікація кадрів і рівень безпеки пацієнтів тощо.

1.4. Забезпечення якості управління ресурсами закладу охорони здоров'я

Успішне функціонування та розвиток закладу охорони здоров'я потребує формування ефективної системи управління всіма ресурсами закладу охорони здоров'я і в першу чергу кадровими ресурсами. В сучасних умовах ефективне управління кадровими ресурсами персоналом передбачає систематизацію процесу використання цих ресурсів та його спрямування на досягнення поставленої мети. Основним ресурсом закладів охорони здоров'я є саме їх персонал, люди, оскільки вони забезпечують ефективне використання всіх інших ресурсів, а тому ефективне управління залежить від формування дієвої системи управління кадровими ресурсами та забезпечення оптимального використання цього ресурсу [20]. Сфера охорони здоров'я є тією особливою сферою функціонування в якій людський чинник, роль та значення персоналу мають вагомe провідне значення для забезпечення ефективного функціонування закладу загалом та надання медичної допомоги та медичних послуг пацієнтам зокрема, а тому саме управління кадровими ресурсами забезпечує ефективність роботи закладу охорони здоров'я [21]. При цьому в сучасних умовах заклади охорони здоров'я для забезпечення їх ефективного функціонування та майбутнього розвитку потребують використання нових та сучасних ефективних методів управління, кадровими ресурсами і в цьому аспекті важливою є мобілізація та використання нових управлінських технологій, розбудова нових комунікаційних процесів та впровадження нових технологій управління.

Сучасне реформування, яке відбувається наразі в Україні, спрямоване на створення системи здоров'я, яка буде повною мірою орієнтована на пацієнтів та задоволення їхніх потреб та запитів в якісній та сучасній медичній допомозі [22]. Пацієнт-орієнтування закладів охорони здоров'я передбачає формування умов, які забезпечуватимуть розробку та впровадження стратегії розвитку кадрових ресурсів фінансування пакетів надання медичних послуг, зростання якості надання медичних послуг пацієнтам. В межах загальнодержавного реформування в сфері охорони здоров'я для впровадження здійснення таких змін разом зі змінами організаційного та правового статусу закладів охорони здоров'я необхідним є зміна взаємовідносин між суб'єктами та впровадження нових форм управління. Впровадження нових процесів управління потребує формування у керівників закладів охорони здоров'я системного управлінського мислення та можливостей до здійснення маркетингового оцінювання існуючої зовнішньої кон'юнктури та ставлення до пацієнтів як до споживачів медичних послуг [22]. Це пов'язано з необхідністю зростання конкурентоспроможності медичних закладів та пошуку власних ринкових ніш в наданні медичних послуг в існуючому конкурентному середовищі. Тому одним з першочергових завдань впровадження змін в закладах охорони здоров'я є навчання персоналу та впровадження нових методів управління, які дадуть можливість ефективно

працювати в нових ринкових умовах.

Важливою складовою розвитку та ефективного функціонування закладу охорони здоров'я є техніко-технологічна відповідність його медичної технічної бази та можливість та активного впровадження нових інноваційних методів та технологій лікування. Проте таке завдання не може вирішуватися ефективно на рівні лише окремих закладів охорони здоров'я, де інноваційний потенціал формується на загальногалузовому рівні та є сферою державного стимулювання та регулювання впровадження державної політики в сфері охорони здоров'я.

Розвиток закладу охорони здоров'я в сучасних умовах потребує впровадження інтегрованої системи розвитку та управління кадровими ресурсами.

В цього аспекті важливого значення набуває розвиток потенціалу закладу охорони здоров'я та його готовність до сприйняття та впровадження інновацій, інноваційних процесів [23]. Оскільки інноваційний потенціал закладу охорони здоров'я є сукупністю всіх необхідних для його розвитку фінансових, правових, технічних, кадрових, інфраструктурних ресурсів що забезпечують можливість впровадження нових інноваційних змін в різних сферах діяльності закладу, як в його організації роботи, так і в сфері технічного забезпечення надання медичних послуг та впровадження нових ефективних методів лікування.

Проте на практиці заклад охорони здоров'я має накопичені проблеми та відчуває гостру нестачу як адміністративних та фінансових, так і кадрових та технічних ресурсів, а отже низький рівень ресурсного потенціалу необхідного для впровадження відповідних інноваційних змін.

Так, забезпечення фінансовими ресурсами закладу охорони здоров'я здійснюється за бюджетні кошти, які фінансуються з державних фондів, з програми державних гарантій за ті послуги в сфері охорони здоров'я, які були фактично надані населенню. Зростання обсягів фінансування має вагоме значення, оскільки саме завдяки йому забезпечується функціонування закладу та його персоналу.

Важливим завданням формування нових інструментів управління та забезпечення розвитку закладу охорони здоров'я є формування та пошук додаткових альтернативних джерел фінансування та диференціювання фінансових потоків, які можуть бути спрямовані на забезпечення роботи та розвиток закладу охорони здоров'я [24]. Такими додатковими ефективними джерелами фінансування, спираючись на досвід розвинених країн світу в фінансуванні медичної сфери, можуть стати добровільне та обов'язкове медичне страхування населення, створення та фінансування з благодійних фондів, пільгове фінансування значних категорій громадян та інше. Не менш важливим є знаходження нових інструментів та збільшення фінансування закладу охорони здоров'я через створення та розширення надання платних медичних послуг, які не покривають обов'язкових пакетів надання медичної

допомоги гарантованих державною та в значних обсягах. Вагоме значення має також можливість участі закладу охорони здоров'я в реалізації інноваційних проєктів в медичній сфері, що також забезпечуватиме отримання додаткового доходу, необхідного для фінансування закладу.

Не менш важливою проблемою яка потребує вирішення в забезпеченні ефективного управління закладом охорони здоров'я є забезпечення закладу технічними та технологічними, а також матеріальними ресурсами. Наразі українська промисловість не забезпечує покриття існуючого попиту закладу охорони здоров'я на вітчизняну медичну техніку, а представлені технології здебільшого є достатньо застарілими та не відповідають ні потребам пацієнтів, ні сучасним технологіям надання медичної допомоги. Водночас представлені на ринку зразки імпоротної медичної техніки мають високу вартість, що робить їх недоступними для забезпечення роботи закладів первинної та вторинної ланки медичної допомоги.

Вагомого провідного значення в організації ефективної роботи закладу охорони здоров'я має трудовий ресурс, проте на сьогодні існує невідповідність обсягу затребуваного закладом медичного персоналу та його відсутність на ринку праці внаслідок значного впливу міграції трудових ресурсів медичної сфери за межі країни.

Іншою проблемою пов'язаною із забезпеченням кадровими ресурсами є низька якість роботи працівників внаслідок їхньої матеріальної незацікавленості та відсутності ефективних методів мотивування. Так в управлінні закладом охорони здоров'я за умови наявних обмежених обсягів фінансування та неможливості достатньо та ефективно мотивувати персонал матеріально зростає роль керівників як лідерів та зростання значення формування позитивного клімату в колективі та активне застосування соціальних психологічних методів управління, спрямованих мотивувати персонал і таким чином підвищити якість надання медичних послуг та зберегти наявний в закладі охорони здоров'я трудовий потенціал.

Іншою значною проблемою в забезпеченні кадровими ресурсами закладу охорони здоров'я є забезпечення новими молодими кадрами, розподіл цих кадрів між закладами охорони здоров'я та якість цього молодого кадрового забезпечення [25]. Відтак нагальною проблемою в сфері охорони здоров'я є повернення системи розподілу випускників між закладами, а також впровадження програм системного підвищення кваліфікації та навчання медичного персоналу, які дали б можливість довчати персонал та впроваджувати нові провідні методи надання медичної допомоги на сучасному рівні. При цьому важливого значення також має впровадження нових методів оплати працівників охорони здоров'я. Всі напрямки, які дадуть можливість удосконалити ресурсне забезпечення кожного закладу охорони здоров'я лежать за межами їх компетенції та залежать від значних векторів державної політики в сфері охорони здоров'я та стратегії реформування цієї галузі.

Слід зазначити, що ті заходи які прийняті на державному рівні в цій сфері ключають цілий ряд структурних та функціональних змін в організації роботи закладу охорони здоров'я, їх функціонування та фінансування за програмами «гроші йдуть за пацієнтом», а також їх вимогами до впровадження професійного менеджменту в управлінні закладами охорони здоров'я [26].

Таким чином закладу, що показує високий результат роботи та високу якісь надання медичних послуг можуть розраховувати на більший обсяг надходження фінансових ресурсів, хоча це на даному етапі не вирішує повною мірою тих проблем, особливо в аспектах забезпечення техніко-технологічними матеріальними ресурсами які накопичилися в закладі охорони здоров'я за тривалий період.

Одним із викликів який стоїть перед закладом охорони здоров'я та його керівництвом є необхідність адаптуватися до тих значних змін, які відбуваються і в самій галузі охорони здоров'я, так і загалом на ринку медичних послуг.

Ефективне управління кадровими ресурсами потребує оцінювання кадрових ресурсів за відповідними характеристиками. Такими основними характеристиками виступають кількісні характеристики, а саме склад, структура та чисельність персоналу, а також укомплектованість закладу кадровими ресурсами, вік працівників та стаж їхньої роботи в медичній сфері та в даному закладі охорони здоров'я, рівень плинності кадрів, а також рівень рентабельності та продуктивності праці медичного персоналу всіх рівнів [27]. Не менш важливого значення для оцінювання має дослідження та врахування якісних показників оцінки, а саме фізичний, інтелектуальний, етичний, психологічний потенціали кадрових ресурсів, рівень їхньої кваліфікації, та організаційний потенціал.

Важливим в такому дослідженні та оцінюванні є врахування можливостей та потенціалу як окремих працівників так і груп працівників за напрямками та загалом всього медичного колективу. Таким чином для забезпечення ефективного функціонування закладу охорони здоров'я і ефективного використання ним кадрових ресурсів управління кадровим потенціалом здійснюється за двома основними взаємопов'язаними напрямками: формуванням кадрового потенціалу закладу охорони здоров'я та забезпечення активного використання кадрових ресурсів та кадрового потенціалу закладу.

Таким чином ефективний механізм управління персоналом закладу охорони здоров'я складається з переліку компонентів та складових.

Так формується система управління персоналом закладу охорони здоров'я, яка включатиме дії за напрямками:

- Навчання і розвиток персоналу закладу охорони здоров'я;
- Формування кадрового складу персоналу закладу охорони здоров'я;
- Зростання ефективності використання персоналу закладу охорони здоров'я. При цьому основними функціями, які мають бути здійснені в управлінні кадровими ресурсами персоналом закладу охорони здоров'я повинні стати:

добір та наймання медичного персоналу для роботи в закладі; адаптація персоналу закладу охорони здоров'я до роботи в відповідному закладі; планування роботи персоналу; аналіз якості та ефективності роботи персоналу; та у разі необхідності вивільнення персоналу.

Для управління персоналом використовуються відповідні технології, а саме: розроблення та впровадження методів, засобів та інструментів активного впливу на роботу персоналу та створення умов для ефективної адаптації персоналу до роботи у колективі; створення сприятливого середовища роботи у колективі; зниження впливу зовнішніх та внутрішніх негативних факторів в роботі колективу.



Рис. 1.3. Ефективний механізм управління персоналом закладу охорони здоров'я

Джерело: сформовано на основі [28]

Таким чином, ефективне управління кадровим потенціалом та кадровими ресурсами закладу охорони здоров'я виступає складовою ефективного управління сферою охорони здоров'я в цілому. Відтак, управління персоналом закладу охорони здоров'я є безперервним процесом управління кадрами, кадровими ресурсами з метою досягнення найкращого результату та високої якості функціонування закладу охорони здоров'я, досягнення мети та цілей діяльності закладу охорони здоров'я. Процес управління передбачає

оптимальне планування та використання кадрових ресурсів, підбір персоналу та удосконалення розподілу кадрових ресурсів а також впровадження засобів та інструментів мотивації персоналу та забезпечення організації контролю за діяльністю персоналу та якісним виконанням професійних обов'язків та покладених на них функцій. Таким чином, в здійсненні управління кадровими ресурсами персоналу закладу охорони здоров'я необхідним є широке використання всіх функцій сучасного менеджменту та налагодження системи ефективного адміністрування закладу охорони здоров'я. Водночас в у сучасних умовах ефективне управління базується на постійному пошуку ефективних методів організації роботи закладу та його структурних підрозділів та оптимізації використання його трудових ресурсів через оптимізацію процесів надання медичних послуг та функціонування самих закладів охорони здоров'я.

Слід зазначити, що процес управління закладом охорони здоров'я має визначну циклічність управлінських дій. Так, управлінський цикл в управлінні закладом охорони здоров'я включає збір інформації щодо внутрішнього та зовнішнього середовища закладу та його кадрового забезпечення, та процеси, зміни що відбуваються з кадровим потенціалом; оцінювання цієї інформації для прийняття необхідних управлінських рішень; опис робіт та функцій, які мають здійснюватися; планування дій персоналу та його розстановку; впровадження методів та інструментів мотивації, стимулювання роботи персоналу; визначення мети та впровадження системи безперервного постійного навчання персоналу і також здійснення дій щодо організації навчання та підвищення кваліфікації персоналу; організації дій та впровадження заходів щодо кар'єрного зростання персоналу; а також розробка та впровадження механізмів, які забезпечували б постійний моніторинг якості роботи персоналу та постійний контроль роботи персоналу закладу охорони здоров'я.

Таким чином, дослідження процесу управління кадровими ресурсами дасть можливість формувати систему управління кадровими ресурсами – систему управління персоналом. Для ефективної роботи закладу охорони здоров'я модель спочатку знаходиться на етапі концептуальної розробки та моделювання, а потім створена модель впроваджується та інтегрується в управління закладами охорони здоров'я та дає можливість значно підвищити ефективність використання кадрових ресурсів внаслідок високої ефективності організації та оптимізації роботи та функцій, як окремих працівників так і цілих підрозділів.

Отже, система управління кадровими ресурсами включатиме чотири основні підсистеми: підсистему руху персоналу; підсистему мотивації та стимулювання персоналу; підсистему організації функціонування та виконання робіт; підсистему контролю ефективності роботи персоналу. Крім зазначених підсистем важливим є налагодження зворотного зв'язку та контролю впливу самого персоналу на діяльність закладу охорони здоров'я.

Впровадження зазначеної моделі дає можливість окреслити параметри

та вектори впровадження кадрової політики, оскільки всі прийняті рішення повинні бути взаємопов'язані та враховувати вплив на ту чи іншу підсистему, а також вплив самих зазначених підсистем на ефективність реалізації того чи іншого управлінського рішення.

Успішне впровадження цієї моделі в управління персоналом закладу охорони здоров'я потребує значного впливу зовнішніх факторів та зовнішньої кон'юнктури та відповідність змін в середині самого закладу охорони здоров'я таким змінам, які відбуваються в зовнішньому середовищі. Водночас впливи зовнішнього середовища несе в собі як додаткові загрози та проблеми для розвитку закладу так і позитивні зрушення, пов'язані із необхідністю та стимулюванням зростання якості надання медичної допомоги та медичних послуг, а отже такі зміни мають призвести до якісних змін в роботі закладу охорони здоров'я.

Запитання для перевірки знань та самопідготовки:

1. Назвіть теоретичні підходи до управління якістю роботи закладу охорони здоров'я.
2. Наведіть зовнішні нормативи та стандарти управління якістю в роботі закладу охорони здоров'я.
3. Охарактеризуйте впровадження сучасних підходів управління якістю роботи закладу охорони здоров'я.
4. Опишіть складові забезпечення якості управління ресурсами закладу охорони здоров'я.
5. Проектування концептуальних засад управління якістю в сфері охорони здоров'я.
6. Опишіть концептуальні підходи до управління якістю надання медичних послуг в закладах охорони здоров'я.
7. Опишіть формування пацієнтоорієнтованої моделі управління закладами охорони здоров'я.
8. Обґрунтуйте логістичний підхід як один із актуальних сучасних підходів до управління закладами охорони здоров'я.
9. Застосування логістичного підходу та технологій логістики в управлінні та забезпеченні закладу охорони здоров'я.
10. Ресурсна логістика як невід'ємна складова стратегічного планування в сфері охорони здоров'я.
11. Обґрунтуйте програмно-цільовий підхід як підхід до стратегічного планування, в сфері охорони здоров'я.
12. Опишіть сучасні підходи для забезпечення ефективного управління в сфері охорони здоров'я.
13. Обґрунтуйте ресурсний підхід як один із актуальних сучасних підходів до управління закладами охорони здоров'я.
14. Назвіть процесний підхід як один із актуальних сучасних підходів до управління закладами охорони здоров'я.
15. Охарактеризуйте механізм управління персоналом закладу охорони здоров'я.
16. Опишіть ефективне управління кадровим потенціалом та кадровими ресурсами закладу охорони здоров'я як складова ефективного управління сферою охорони здоров'я.

Список літератури до розділу:

1. Басва О. В. Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я. Персонал. 2007. 216 с.
2. Басва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: навчальний посібник. К.: Центр учбової літератури, 2008. 328 с.
3. Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. К.: Україна, 2018. 368 с.

4. Бережна Ю. Роль національного кластеру охорони здоров'я формуванні потенціалу сфери охорони здоров'я. *Економіст*. 2015. № 4. С. 29-33.
5. Білик О. І. Принципи оптимізації системи фінансування охорони здоров'я України. *Актуальні проблеми економіки*. 2017. № 1. С. 210-218.
6. Бояркіна С. І. Перспективи розвитку українського законодавства у сфері забезпечення і реалізації права на охорону здоров'я. *Правничий вісник Університету "КРОК"*. 2017. Вип. 27. С. 101-107.
7. Булах І. Є. *Медицина інформатика в модулях*. К.: Медицина, 2009. 208 с.
8. Вовк С. М. Взаємовідношення держави з малим та середнім бізнесом в охороні здоров'я країни. *Економіка та держава*. 2015. № 3. С. 48-52.
9. Воронцова К. Права суб'єктів інтелектуальної власності на традиційні знання у сфері охорони здоров'я. *Теорія і практика інтелектуальної власності*. 2014. № 6. С. 21-31.
10. Воронцова Т. В. *Основи здоров'я*. К.: Алатон, 2008. 160 с.
11. Ворсовський О. Л. Фінансовий потенціал підприємств, основним видом діяльності яких є охорона здоров'я та надання соціальної допомоги. *Економіка та держава*. 2016. № 7. С. 44-47.
12. Герасимчук Н. А. Правовий статус суб'єктів господарювання, які проводять господарську діяльність з медичної практики у сфері охорони здоров'я. *Медичне право*. 2018. № 2. С. 9-24.
13. Гладун З. Зміст та особливості адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я населення. *Право України*. 2013. № 10. С. 241-249.
14. Грін О. *Загальне медичне право*. Ужгород: Вид-во ФОП Сабов А.М. 2017. 208 с.
15. Грот В. *Інвестування в охорону здоров'я*. К.: Києво-Могилянська академія, 2004. 46 с.
16. Двірська О. В. Медіація у сфері охорони здоров'я - правові проблеми та перспективи розвитку. *Правничий вісник Університету КРОК*. 2015. Вип. 21. С. 123-129.
17. Дешико Л. Конституційно-правові гарантії прав людини і основоположних свобод у сфері охорони здоров'я. *Право України*. 2011. № 11/12. С. 53-61.
18. Дмитрук О. Ю. *Спортивно-оздоровчий туризм*. К.: Альтерпрес, 2008. 280 с.
19. Єфименко Т. І. Модернізація фінансової системи України в процесі євроінтеграції. К.: Акад. фін. управління, 2014. 784 с.
20. Федулова Л. І. Науково-технологічний розвиток сфери охорони здоров'я України в контексті інтеграційних викликів. *Економічний часопис – XXI*. 2014. № 5/6. С. 37-41.
21. Філонова І. Б. Нові підходи до фінансування вітчизняної сфери охорони здоров'я. *Економіка України*. 2015. № 3. С. 76-84.
22. Чепига М. П. *Стимуляція здоров'я та інтелекту: навчальний посібник*. К.: Знання, 2006. 347 с.

РОЗДІЛ 2.

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ РОЗБУДОВИ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ (СУЯ) ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Ключові питання розділу:

2.1. Розбудова системи управління якістю роботи закладу охорони здоров'я

2.2. Вплив зовнішніх та внутрішніх факторів, на систему управління якістю закладу охорони здоров'я

2.3. Планування та впровадження політики у сфері якості

2.4. Ресурсне забезпечення системи управління якістю закладу охорони здоров'я

2.5 Моделювання системи управління якістю надання медичної допомоги

2.1. Розбудова системи управління якістю роботи закладу охорони здоров'я

Розбудова системи управління якістю закладу охорони здоров'я здійснюється на принципах системного та процесного підходів до зростання ефективності та якості надання медичних послуг. Загалом, системний підхід до удосконалення функціонування закладу охорони здоров'я включає управління процесами та їх взаємодією так, щоб досягти запланованих результатів згідно з політикою в сфері якості та стратегічною метою і цілями в сфері якості згідно із Настановою в сфері якості. Для розбудови системи управління якістю необхідним та доцільним є також визначення, які необхідні для її функціонування їх наявності та обсягів [27]. Важливою складовою в розбудові системи якості є аналіз та оцінювання ризиків, прив'язаних із такою діяльністю та можливостей, які можуть вплинути на загальний результат досягнення поставлених цілей та розбудову системи управління якістю.

В процесі формування та розбудови системи управління якістю закладу охорони здоров'я важливим є збереження необхідної інформації та контроль її використання, повноти та ефективності інформаційного забезпечення процесів управління якістю. Відповідно до Настанови якості визначаються і прописуються бізнес-процеси інформаційного забезпечення управління якістю.

Також, згідно до Настанови з управління якістю важливим та доцільним є визначення відповідних осіб, що відповідають за виконання та результатами впровадження процесів інформаційного забезпечення управління якістю та всіх інших бізнес-процесів з управління якістю [27].

Виконання загальних вимог до процесів розбудови системи управління якістю передбачає розробку, документальне забезпечення та подальше

впровадження системи менеджменту якості, яка відповідає вимогам стандарту ДСТУ ISO 9001:2015.

Відповідно до Настанови із якості та за цим стандартом передбачено перелік документації та процедур документального забезпечення системи управління якістю закладу охорони здоров'я.

Так, обов'язковими документами необхідних для дотримання процедур якості в закладах охорони здоров'я є наступні документи:

1. НЯ «Настанова з якості».
2. МЯ-6-1 «Планування системи якості».
3. МЯ-7.5-1 «Управління документацією СМЯ».
4. МЯ-7.5-2 «Управління записами».
5. МЯ-8.2.3-01 «Організації та проведення внутрішньої експертизи якості медичних послуг».
6. МЯ-8.4-1 «Вибір постачальників, організація поставок».
7. МЯ-9.2-1 «Проведення внутрішнього аудиту».
8. МЯ-9.3-1 «Аналіз системи менеджменту якості найвищим керівництвом».
9. МЯ-10.2-1 «Управління невідповідностями».
10. МЯ-10.2-2 «Коригувальні дії».
11. МЯ-10.3-1 «Постійне поліпшення».
12. НІ-7.5-1 «Правила оформлення документації СМЯ».
13. І-7.5-1 «Інструкція з діловодства».
14. Посадові інструкції.
15. Положення про структурні підрозділи.
16. Положення про Медичну раду.
17. Положення про Раду з якості.

Безпосередньо впровадження системи управління якістю визначається в Наказах, прийнятих в закладі охорони здоров'я та у веденні повного переліку реєстраційних журналів та записів, які використовуються в практичній діяльності закладу охорони здоров'я [28].

Так у закладі охорони здоров'я визначаються процеси, їх послідовність та взаємодія згідно із дотриманням вимог стандартів ISO 9001:2015 / ДСТУ ISO 9001:2015.

Дотримання відповідальності осіб визначається у документації закладу охорони здоров'я щодо менеджменту якості, також у Положеннях про структурні підрозділи, у наказах та розпорядженнях, що стосуються системи управління якістю, внутрішніх регламентуючих документах, а також у посадових інструкціях та внутрішній документації регламентуючого характеру.

При цьому чітко прописується та деталізується взаємодія та послідовність впровадження процесів управління якістю в закладі охорони здоров'я.

Результативність процесів впровадження в закладі охорони здоров'я системи управління якістю визначається, досліджується та оцінюється за

системою показників, які мають планові нормативні значення, а інформація щодо їх застосування визначається в відповідних методиках оцінювання якості. Дані щодо їх застосування для оцінювання якості та ефективності процесів зазначені у методиках якості та відповідних інструкціях системи управління якістю закладу охорони здоров'я.

Необхідні ресурси та інформаційне забезпечення, потрібні для здійснення процесів управління якістю визначаються в Методиках якості та відповідних інструкціях систем управління якістю, а також в іншій документації закладу охорони здоров'я.

Процеси, пов'язані із контролем, вимірюванням та аналізом, зазначені в методиках управління якістю та настановчих інструкціях системи управління якістю дають можливість забезпечити безперервне впровадження змін, а також контролювати та оцінювати ризики, які впливатимуть на результати впровадження заходів.

Ресурси, потрібні для постійного забезпечення роботи системи управління якістю та впровадження процесів забезпечення якості визначаються у внутрішніх регламентних документах та підлягають постійному контролю у відповідності із встановленими вимогами.

Ризики та можливості, які впливають на діяльність та процеси кожного окремого структурного підрозділу закладу охорони здоров'я щодо забезпечення якості, а також особи які відповідальні за впровадження цих процесів зазначаються в окремих документах.

Процеси впровадження системи управління якістю підлягають постійному контролю, що дає можливість досягнути запланованих результатів та ефективно і своєчасно впроваджувати коригуючі дії та зміни в порядку їх впровадження. Результати роботи системи якості закладу охорони здоров'я плануються в певні нормативні значення, які мають бути досягнуті. Впровадження системи управління якістю та його оцінювання організовується та здійснюється керівництвом закладу охорони здоров'я. Таким чином, в закладі охорони здоров'я здійснюється управління процесами забезпечення якості згідно вимог ДСТУ ISO 9001:2015.

2.2. Вплив зовнішніх та внутрішніх факторів, на систему управління якістю закладу охорони здоров'я

На діяльність закладу охорони здоров'я та на забезпечення високої якості надання медичних послуг впливає значна кількість внутрішніх та зовнішніх факторів. Ці фактори впливають на цілі стратегічного управління закладом охорони здоров'я та на можливість досягнення закладом запланованих результатів в управлінні якістю. В закладі охорони здоров'я здійснюється моніторинг та аналіз зовнішніх та внутрішніх факторів, які впливають на медичний заклад та актуалізується перелік самих факторів.

Зовнішні фактори, які впливають на діяльність закладу охорони здоров'я визначаються як соціально-економічні та організаційні відносини, дають можливість закладу охорони здоров'я надавати послуги, які за своїми характеристиками є найбільш бажаними для споживачів медичних послуг – пацієнтів [29].

До зовнішніх факторів відносять наступні фактори: політично-правові, економічні фактори; технологічні фактори та соціально-культурні фактори [6- 10].

Зовнішніми політико-правовими факторами є фактори, пов'язані безпосередньо із впливом державної політики, в тому числі амортизаційної політики, податкової політики, фінансово-кредитної політики, інвестиційної політики.

Фактори амортизаційної політики пов'язані із тим, що заклад охорони здоров'я зарахунок амортизаційної політики формує власний потенціал та власні фінансові ресурси за рахунок амортизаційних відрахувань від використання основних фондів та нематеріальних активів з метою їх реінвестування у діяльність закладу згідно із визначеними законодавством країни вимогами. Заклади охорони здоров'я мають власні баланси та реєстраційні, в тому числі розрахункові та валютні рахунки в банківських установах та в Державній казначейській службі України.

Податкова політика є частиною загальної фінансової політики, яка визначає правові норми та організаційні дії, які застосовуються до суб'єктів господарювання з метою регулювання фінансово-податкових відносин. В межах кожного закладу охорони здоров'я податкова політика є частиною фінансової стратегії закладу охорони здоров'я, яка полягає у здійсненні податкових платежів під час впровадження альтернативних варіантів ведення фінансово-господарської діяльності закладу охорони здоров'я.

Фінансово-кредитна політика є державною політикою Національного банку України, яка визначає обсяг коштів які перебувають в обігу за для забезпечення стабільних цін та повної зайнятості і зростання виробництва.

Інвестиційна політика визначає джерела надходження, обсяги, структуру та напрями спрямування інвестиційних фінансових потоків, а також виступає

і є сукупністю господарських рішень та заходів, направлених на спрямування цих інвестиційних потоків, інвестиційного капіталу у найбільш необхідні сектори в різних сферах функціонування економічної та соціальної сфери країни [11-12]. Кожний заклад охорони здоров'я функціонує згідно кошторису, який затверджується відповідним уповноваженим органом управління.

До економічних факторів, що здійснюють безпосередній вплив на діяльність закладів охорони здоров'я відносять розроблення та впровадження законодавчих актів, демонополізацію економіки, державну систему стандартизації та сертифікації, правову захищеність, вплив ринкових факторів, діяльність громадських інститутів, діяльність політичних партій та рухів [13].

Розроблення, прийняття та впровадження законодавчих актів включає перегляд, доповнення існуючих та прийняття нових законодавчих нормативно-правових актів України, згідно із нормами державної політики.

Демонополізація економіки є комплексом економічних та законодавчих дій, спрямованих на обмеження монополізації ринків та формування на внутрішньому ринку вільного конкурентного середовища з наданням населенню медичних послуг [14].

Державна система сертифікації та стандартизації визначає мету, принципи, засади, а також організаційні та технічні норми здійснення діяльності зі стандартизації та сертифікації діяльності в галузі охорони здоров'я.

Фактор правової захищеності визначається як заходи захисту споживачів медичних послуг, що визначені діючими в країні нормативно-правовими актами, законодавством [15-17].

Ринкові фактори визначається як вплив основних характеристик ринку, дій конкурентного ринкового середовища на роботу закладів охорони здоров'я [18-19].

Фактори впливу громадських інститутів визначаються в першу чергу обсягами та характером їх попиту на медичні послуги і відношенням до охорони здоров'я загалом та кожного конкретного закладу охорони здоров'я зокрема [19-21].

Фактори впливу політичних партій та рухів визначають соціально-економічну роботу в різних сферах діяльності, в тому числі і в сфері охорони здоров'я та відповідно здійснюють вплив на заклади охорони здоров'я [21-23].

Група технологічних факторів визначається як фактори операційної діяльності закладу охорони здоров'я та пов'язані із необхідністю впровадження в діяльності закладу охорони здоров'я зокрема та в медичній сфері загалом нових інноваційних технологій надання медичної допомоги, нового інноваційного високотехнологічного обладнання, приладів, інструментарію, нових підходів та методів до діагностики, надання оперативної медичної допомоги та лікування, а також висування нових вимог до навичок, вмінь та загалом до компетенції медичного персоналу закладу охорони здоров'я.

Група соціальних та культурних факторів визначається як загальна

діяльність, яка визначає загальний суспільний розвиток, а також містить демографічні, екологічні, соціокультурні, психологічні фактори. Діяльність закладу охорони здоров'я спрямована на постійне визначення та задоволення вимог споживачів і здійснює медичну та фінансово-господарську діяльність, спрямовану на задоволення потреб населення в якісній та відповідній медичній допомозі, впровадженні процесів надання медичної допомоги із урахування особливостей та запитів суспільства.

До внутрішніх факторів, які здійснюють вплив на формування та впровадження Настанови з якості, належать безпосередньо управлінські рішення, які приймаються та реалізуються в закладі охорони здоров'я в сфері фінансів, маркетингу, управління персоналом, організації та впровадження медичної діяльності з метою досягнення поставлених результатів.

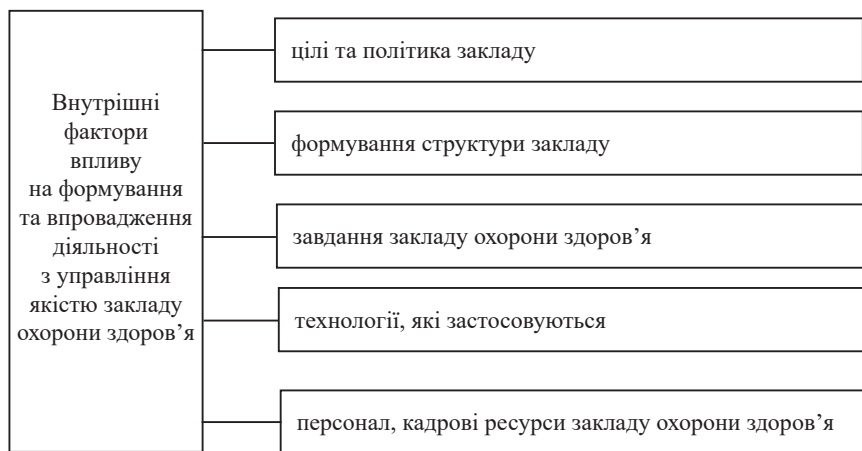


Рис. 2.1. Внутрішні фактори впливу на формування та впровадження діяльності з управління якістю закладу охорони здоров'я

Джерело: сформовано на основі [8-13]

Такими внутрішніми факторами, що здійснюють вплив на формування та впровадження діяльності з управління якістю закладу охорони здоров'я є: цілі та політика закладу; формування структури закладу, завдання закладу охорони здоров'я технології, які застосовуються, персонал, кадрові ресурси закладу охорони здоров'я.

Провідною ціллю діяльності закладу охорони здоров'я є надання населенню якісної медичної допомоги на відповідному сучасному рівні завдяки здійсненню повного циклу досліджень та лікування пацієнтів. В закладі охорони здоров'я відповідно до його рівня та приналежності здійснюються багатоаспектні амбулаторні дослідження та діагностика, ведуться консультації, надається невідкладна екстренна медична допомога, здійснюється лікування пацієнтів та впроваджуються процеси реабілітації пацієнтів.

Керівництво закладом охорони здоров'я спрямовує свої зусилля на зростання якості надання медичної допомоги та впровадження системи якості на всіх етапах надання медичної допомоги та у всіх напрямках роботи закладу охорони здоров'я.

Політика в сфері якості, яка впроваджується в закладах охорони здоров'я повинна сформувати умови, необхідні для постановки відповідних завдань та аналізу стратегічних цілей, які спрямовані на здійснення стратегічного планування в закладі охорони здоров'я за визначеними напрямками майбутнього розвитку [30].

Провідною метою функціонування закладу охорони здоров'я є забезпечення населення якісною медичною допомогою з впровадженням в діяльність закладу сучасних прогресивних технологій і методів лікування, та впровадження профілактичних дій та заходів.

Пріоритетними задачами функціонування закладу охорони здоров'я є [31- 32]:

- застосуванням процесного підходу з метою зростання ефективності управління медичними процесами та адмініструванням з метою зростання якості надання медичних послуг населенню;
- зростання кваліфікації та професіоналізму працівників закладу охорони здоров'я;
- впровадження та використання сучасного високотехнологічного обладнання;
- здійснення заходів з забезпечення впровадження технологічного та санітарно-епідеміологічного контролю в діяльності закладу охорони здоров'я;
- організація та впровадження медичної практики із дотриманням національних та міжнародних стандартів;
- впровадження високого рівня відповідальності працівників закладу охорони здоров'я, його підрозділів та адміністрації за якістю надання медичної допомоги;
- розбудова та розвиток взаємовідносин та взаємодії із партнерами та зацікавленими сторонами у розвитку закладу охорони здоров'я.

В розбудові системи управління якістю вагоме значення та важливу роль виконує керівництво закладу охорони здоров'я його адміністрація.

Так, керівники закладу охорони здоров'я є відповідальними за:

- реалізацію політики в сфері якості, її розробку, впровадження та доведення до персоналу із організацією взаємодії та задіяння всіх працівників закладу охорони здоров'я у процесах забезпечення якості;
- забезпечення відповідності документації закладу охорони здоров'я, яка створюється та приймається в сфері якості вимогам чинного законодавства;
- відповідність документації закладу охорони здоров'я в сфері якості вимогам міжнародного стандарту ISO 9001:2015 / ДСТУ ISO 9001:2015(ISO 9001:2015, IDT) «Системи управління якістю. Вимоги».

Для досягнення окресленої мети та завдань керівництвом закладу охорони здоров'я повинні прийматися необхідні дії та заходи, які є необхідними для створення умов забезпечення високого рівня якості надання медичної допомоги.

Важливою складовою цього забезпечення виступає забезпечення закладу охорони здоров'я необхідним комплексом фінансових, кадрових, техніко-технологічних, матеріальних та інформаційних ресурсів, необхідних для якісного надання медичної допомоги населенню.

Керівництво закладу охорони здоров'я повинне забезпечувати всебічну підтримку розбудованої та впровадженої системи управління якістю та впроваджувати дії, які б забезпечували безперервне покращення умов її функціонування та її результатів згідно із вимогами стандарту ISO 9001:2015 /ДСТУ ISO 9001:2015, а тому повинні виступати гарантами забезпечення системи і необхідними обсягами забезпечення та ресурсів для успішної реалізації політики в сфері якості, атож прийняти заохочення задля об'єднання всіх працівників для досягнення поставлених цілей та задач.

Політика в сфері якості доводиться до всіх співробітників закладу охорони здоров'я на загальних зборах, а документація в сфері якості повинна копіюватися та розміщуватися в доступних для ознайомлення персоналу місцях [36-40]. Політика в сфері якості підлягає аналізу на її відповідність та виступає базисом для здійснення планування та впровадження дій у сфері забезпечення якості.

Структура закладу охорони здоров'я визначається як сукупність його структурних функціональних підрозділів, між якими розподілені функції та робота, і між якими встановлено взаємозв'язок та взаємодія у реалізації їх функцій, обов'язків, а також забезпечено обмін інформацією.

Характеризуючи представлення структури закладу охорони здоров'я завжди формується та визначається схема структури закладу, яка дає можливість найбільш повно та системно представити структуру закладу, його підрозділи, їх підпорядкованість та взаємозв'язки між підрозділами 41-45]. Структурна схема закладу охорони здоров'я є невід'ємним додатком до Настанови з якості закладу охорони здоров'я.

В закладі охорони здоров'я система управління та функціонування будується із урахуванням принципів горизонтального та вертикального розподілів праці між працівниками та розподілу повноважень між рівнями управління в закладі охорони здоров'я [26].

Вертикальний розподіл праці формує в закладі охорони здоров'я ієрархію рівнів управління з відповідними функціональними підрозділами та відповідальними працівниками на кожному рівні управління. В кожному окремому структурному підрозділі працюють працівники, безпосередньо підпорядковані своєму керівникові структурної ланки підрозділу. Водночас керівники структурних підрозділів підпорядковуються керівникам більш

високого рівня на рівні заступників керівників в закладі охорони здоров'я за відповідним напрямками, а робота заступника керівника підпорядковується безпосередньо керівникові закладу охорони здоров'я. Таким чином, кожен працівник закладу охорони здоров'я підпорядковується лише одному керівникові і формується сфера контролю в закладі.

Горизонтальний розподіл праці визначається за певними підрозділами та спеціальностями згідно із функціональними обов'язками підрозділів та фаховою підготовкою їх персоналу. Таким чином, працівники однієї спеціальності поєднані в один підрозділ відповідної функціональної області [26].

Вагомого значення для зростання якості управління закладом охорони здоров'я має координація дій в межах розбудованої вертикалі горизонтального та вертикального розподілу праці, яка досягається завдяки залученню працівників до виконання тих чи інших дій. При цьому контроль здійснюється вищими керівниками закладу охорони здоров'я та відповідними посадовими особами за вертикаллю рівнів управління.

Завданнями закладу охорони здоров'я є надання пацієнтам закладу охорони здоров'я якісних медичних послуг відповідно до ліцензій Міністерства охорони здоров'я України (далі – МОЗ) у визначені медичним закладом та державними нормативами терміни із застосуванням всього комплексу потрібних для цього та наявних у закладі охорони здоров'я ресурсів [27-28].

На кожному рівні управління та організаційної структури закладу визначаються свої окремі завдання, що зазначаються в Положенні про структурний підрозділ та в Посадових інструкціях працівників відповідно до займаних ними посад, а також прописуються в окремій документації, а саме наказах, розпорядженнях, інструкціях, які приймаються адміністрацією і керівниками закладу охорони здоров'я.

Так завдання, які приймаються в закладі охорони здоров'я розподіляються на завдання з управління кадровими ресурсами, на завдання з управління матеріальними ресурсами, оснащення та устаткування закладу охорони здоров'я, що дає можливість для впровадження виробничих процесів з надання медичної допомоги населенню [29].

Технології, які застосовуються в закладі охорони здоров'я є комплексом медичного обладнання, устаткування інструментарію, яким обладнано заклад охорони здоров'я та який використовується для надання якісної медичної допомоги населенню, а також персоналу працівників закладу охорони здоров'я, що матимуть відповідні кваліфікаційні знання та навички [30].

Технології закладу охорони здоров'я визначають систему розбудови взаємозв'язків та взаємодії між окремими видами робіт і залежать від науково-технічного прогресу стандартизації та автоматизації процесів діагностування та надання медичної допомоги населенню, а також можливості стандартизувати та уніфікувати постійні рутинні види робіт, які здійснюються в закладі охорони

здоров'я [31]. Відповідно, для кожного виду діяльності розробляється та впроваджується свій особливий тип технологій, що дає можливість здійснювати ефективну діяльність та надавати широке коло необхідної медичної допомоги за кожним із напрямів. В процесі надання медичної допомоги застосовується інтенсивна технологія, що дає можливість використовувати спеціальні засоби та методи для надання медичної допомоги кожному окремому споживачеві згідно із медичними протоколами та нормативами, які мають бути дотриманими під час здійснення медичної діяльності закладом охорони здоров'я за відповідним напрямом діяльності.

Персонал, кадрові ресурси закладу охорони здоров'я - це всі його працівники, включаючи керівництво закладу охорони здоров'я, його адміністрацію, лікарів, середній та молодший медичний персонал, господарчий та немедичний персонал.

Відповідно до посад працівники мають відмінні обов'язки та організуються для виконання визначених завдань функціонування закладу охорони здоров'я. Такі завдання визначаються нормативно-правовою документацією закладу охорони здоров'я, а саме Статутом закладу, посадовими та робочими інструкціями для роботи його персоналу, Настановами, методичними інструкціями, методиками якості та внутрішніми регламентами закладу охорони здоров'я.

Управління персоналом закладу охорони здоров'я забезпечуватиме виконання робіт, які дадуть можливість для більш ефективного застосування працівників закладу охорони здоров'я та забезпечуватимуть досягнення поставлених цілей.

Під час роботи з персоналом закладу охорони здоров'я враховується сформованість, визначеність взаємозв'язків та взаємодії між працівниками, між роботодавцем та працівниками в межах закладу охорони здоров'я; відповідної спеціальності, кваліфікації, професійного спрямування кожного працівника закладу, які матимуть можливість працювати на кожному конкретному робочому місці згідно до штатного розпису.

Важливе знання в управлінні якістю закладу охорони здоров'я має цільова спрямованість працівників на досягнення цілей закладу охорони здоров'я, а також створення необхідних умов, середовища та розбудови необхідної інфраструктури, які б надавали можливість для успішного і якісного виконання функціональних обов'язків.

Кадрові ресурси персоналу закладу охорони здоров'я є одним із найбільш важливих ресурсів, що забезпечують діяльність закладу охорони здоров'я та відповідну якість наданих ним послуг [32]. Особливості цього виду ресурсу закладу охорони здоров'я посягають у наступному: персонал є одним із найбільш важливих ресурсів закладу охорони здоров'я, що може постійно і безперервно покращуватися, удосконалюватися та мати професійний розвиток. Людський ресурс є мобільним та неоднорідним. В процесі взаємодії

організації та персоналу, кадрових ресурсів формуються двосторонні зв'язки та взаємодія. При цьому співробітники закладу охорони здоров'я мають свої очікування від роботи закладів охорони здоров'я для реалізації власних цілей. У разі неефективного з точки зору персоналу, управління закладом охорони здоров'я, ефективність роботи всього кадрового ресурсу закладу швидко знижується, адже кадровий ресурс найбільш гостро реагує на прояви позитивних чи негативних факторів в управлінні закладами охорони здоров'я і тому ефективна робота цього персоналу потребує формування активного інформаційного забезпечення закладів охорони здоров'я та активної співпраці із ними. Водночас, вкладання інвестування в кадрові ресурси та їх навчання, підвищення кваліфікації, розвиток в сфері охорони здоров'я є найбільш ефективним інвестування, оскільки враховуючи специфіку особливості сфери охорони здоров'я саме кадровий ресурс є основним ресурсом, що забезпечує надання медичної допомоги і від ефективності та якості підготовки якого залежить напряму сама якість надання медичної допомоги.

Загалом, управління персоналом закладу охорони здоров'я є цілеспрямованою діяльністю керівника закладу охорони здоров'я, яка включає розроблення концепції та стратегії кадрової політики, яку впроваджуватиме медичний заклад, а також принципів, механізмів та методів і інструментарію управління кадровими ресурсами закладу охорони здоров'я [33].

Для налагодження тісної ефективної співпраці закладу охорони здоров'я та його зовнішнього та внутрішнього середовища необхідним та доцільним є опис та ідентифікація зацікавлених сторін, їх потреб та очікувань від діяльності закладу охорони здоров'я.

В закладі охорони здоров'я здійснюється моніторинг інформації із визначення кола інтересів, потреб та очікувань зацікавлених сторін щодо діяльності закладу.

Зацікавленими в роботі закладу охорони здоров'я є наступні структури:

Міністерство охорони здоров'я (МОЗ), як уповноважений орган управління. Ця структура зацікавлена у тому, щоб в закладах охорони здоров'я здійснювалося ефективне управління кадровими, фінансовими та матеріальними ресурсами. Також МОЗ визначає відповідність діяльності, роботи закладу охорони здоров'я визначеним національним нормативно-правовим актам про роботу медичних закладів. МОЗ зацікавлене в тому, щоб в закладах охорони здоров'я зростала ефективність надання медичних послуг і водночас зменшувались витрати на сферу охорони здоров'я, а виділені ресурси мали високоефективне цільове спрямування.

Керівництво закладу охорони здоров'я, його Генеральний директор та адміністративно-керуючий персонал. Керівництво медичного закладу зацікавлене в наступному:

- в тому, щоб у закладі охорони здоров'я було налагоджено та забезпечено ефективне управління фінансовими, кадровими та матеріальними ресурсами;

- в тому, щоб діяльність закладу охорони здоров'я здійснювалася в межах та у відповідності до норм чинного законодавства;
- у зростанні ефективності функціонування закладу та наданні медичної допомоги населенню;
- у зростанні якості надання медичних послуг;
- у розбудові ефективної системи управління якістю закладу охорони здоров'я;
- у застосуванні до управління закладом процесного підходу;
- впровадження послідовної вираженої політики в сфері управління якістю діяльності закладу та надання медичних послуг;
- розбудови бізнес процесів управління закладом охорони здоров'я із впровадженням та інтегруванням процесів та системи управління якістю;
- планування діяльності закладу охорони здоров'я з впровадженням систем управління якістю;
- здійснення аналізу та оцінювання діяльності з метою покращення ефективності функціонування діяльності закладу охорони здоров'я;
- залучення кадрового ресурсу працівників закладу охорони здоров'я до впровадження та розбудови системи управління якістю;
- покращення результатів роботи закладу охорони здоров'я;
- розбудова та підтримка високого рівня корпоративної культури в закладі охорони здоров'я та формування сприятливого середовища функціонування;
- розбудова ефективної вертикалі управління та підтримка керівництвом керівників структурних підрозділів закладу у плануванні та впровадженні їх діяльності, спрямованої на зростання ефективності та якості функціонування закладу охорони здоров'я;
- зростання задоволення пацієнтів роботою закладу та якістю надання медичних послуг;
- зростання рейтингу, ринкових конкурентних позицій та конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я.

Персонал і кадрові ресурси закладу охорони здоров'я. Ця група зацікавлених осіб представлена всіма працівниками закладу охорони здоров'я. Вони зацікавлені у наступному:

- стабільності своєї роботи, процесів операційної діяльності, сформованого середовища та інфраструктури в закладі охорони здоров'я;
- в забезпеченні можливості зростання власного рівня компетентності та професіоналізму;
- в можливості стабільно отримувати оплату праці та загалом достатньому фінансово-економічному забезпеченні закладу;
- у впровадженні системи мотивації та стимулювання праці персоналу;

Реалізація закладом охорони здоров'я визначених нормативів з охорони праці, технічної безпеки, законодавства в сфері праці, та встановлених державних завдань для медичних працівників.

Пацієнти та особи, що представляють їх інтереси (фізичні та юридичні особи). Ця група зацікавлених осіб включає населення тієї чи іншої території чи групи, яка отримує медичну допомогу в закладі охорони здоров'я. Її потенційними інтересами є:

- отримання якісної медичної допомоги у визначені терміни та у встановлених обсягах;
- висока якість роботи лікарського персоналу особливо при отриманні оперативної медичної допомоги та допомоги при критичних станах;
- чуйність, професійність та висока якість і організованість роботи середнього медичного персоналу закладу;
- наявність у закладі охорони здоров'я всіх необхідних для його роботи та надання медичної допомоги ресурсів;
- дотримання закладом діючих вимог законодавства та захист прав споживачів;
- дотримання умов конфіденційності в наданні медичної допомоги та дотримання медичної етики;
- забезпечення пацієнтам у закладі охорони здоров'я комфортних умов надання медичної допомоги та медичних послуг;
- впровадження в закладі охорони здоров'я сучасних методів і технологій надання медичних послуг та нового інноваційного обладнання, яке забезпечувало б надання медичної допомоги на якісно новому рівні;
- своєчасність та повнота інформування пацієнтів про обсяг, характер надання медичної допомоги, медичних послуг та ціни на платні види медичної допомоги та послуг;
- впровадження в закладі нових медичних послуг та нових інноваційних методів лікування із урахуванням впровадження нових, більш сучасних наукових досягнень у медичній сфері;
- забезпечення безпеки для життя та здоров'я пацієнтів під час отримання медичної допомоги та після її завершення;
- забезпечення збереження майна пацієнтів під час їхнього перебування в закладі охорони здоров'я;
- створення комфортних умов для перебування пацієнтів, побутового забезпечення, тепла, освітлення, харчування, забезпечення медичними засобами, доглядом і т.п.
- фінансова та фізична доступність отримання медичної допомоги у відповідному закладі охорони здоров'я, наявність черг, попередніх записів, вартість медичної допомоги та перебування у стаціонарі, операційних втручань, тощо.
- партнери закладу охорони здоров'я, його постачальники, організації з якими здійснюється соціальна, медична та суспільна взаємодія, структури фінансового забезпечення. До цієї групи партнерів відносять міжнародні організації: Міжнародну Організацію з Міграції, відповідні підрозділи ООН;

фінансові, страхові організації; інші заклади охорони здоров'я; партнери; постачальників медичних засобів та ліків, фармацевтичні компанії, постачальників медичного обладнання та інструментарію; громадські та суспільні, волонтерські організації та інші структури. Ця група зацікавлена у:

- зростанні власного рейтингу, конкурентоспроможності, забезпечення власного розвитку за рахунок співпраці з закладами охорони здоров'я;
- розширенні ринків збуту власної продукції чи послуг;
- реалізації продукції чи послуг в нових для себе цільових групах та сегментах;
- проведенні маркетингових досліджень, опитувань в сфері своєї діяльності з дослідження ринків надання медичних послуг;
- виявлення та охоплення нових цільових ринків та нових цільових груп споживачів;
- зростання обсягів виробництва власної продукції чи надання послуг чи відкриття нових напрямів виробництва товарів та послуг за рахунок збільшення обсягів реалізації;
- збереження власних матеріальних та нематеріальних ресурсів та зміцнення потенціалу;
- зменшення ризиків виробничої та комерційної діяльності внаслідок диференціювання обсягів та ринків реалізації продукції.

Постачальники медичних та немедичних товарів, що потрібні для забезпечення неперервного надання медичних послуг та функціонування закладу охорони здоров'я. Ця група зацікавлена в наступному:

- в зростанні обсягів доходу за рахунок збільшення обсягів реалізації продукції;
- в зростанні власного рейтингу, конкурентоспроможності, забезпеченні власного розвитку за рахунок співпраці з закладами охорони здоров'я;
- розширенні ринків збуту власної продукції чи послуг;
- в пошуку та залученні нових партнерів із розширенням груп постійних споживачів;
- в реалізації продукції чи послуг в нових для себе цільових групах та сегментах;
- у визначенні критеріїв для оцінювання якості власної продукції чи послуг;
- в досягненні запланованих обсягів реалізації продукції;
- у розробленні та впровадженні нових форм обслуговування потенційних чи постійних партнерів;
- в розробленні нових для себе видів продукції та їх реалізації на медичному ринку.
- у розвитку логістичних систем та мереж постачання продукції.

Державні контролюючі, регулюючі та наглядові органи. До цієї групи зацікавлених партнерів закладів охорони здоров'я відносять: Міністерство

охорони здоров'я, Державна служба України з надзвичайних ситуацій, Державна служба України з лікарських засобів, Державна інспекція ядерного регулювання України, державні споживчі служби та інші державні регулюючі та координуючі органи та служби. Ці структури зацікавлені в тому, щоб заклади охорони здоров'я функціонували із дотриманням всіх норм чинного законодавства та в межах існуючого в країні нормативно-правового поля, а також ніс визначену законодавством відповідальність за свою діяльність та її результати.

Конкуренти. До цієї групи відносять інші національні та міжнародні заклади охорони здоров'я, які здійснюють діяльність в сфері надання спеціалізованої стаціонарної, консультативно-діагностичної та іншої медичної допомоги пацієнтам. Ця група у співпраці із закладом охорони здоров'я зацікавлена у наступному:

- у зростанні конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я на медичному ринку;
- у виявленні цільової групи споживачів, позиціонуванні закладу серед конкурентів;
- у визначенні частки ринку, яку займає заклад охорони здоров'я та медичні послуг, які він надає;
- у впровадженні сучасних бізнес-процесів, які надаватимуть можливість конкурентоспроможності на ринку медичних послуг, медичної допомоги;
- у розробленні нових програм медичного обслуговування населення;
- у розробках та впровадженні нової Стратегії Політики та розвитку закладу охорони здоров'я;
- в організації обміну кращим досвідом щодо організації роботи та надання медичної допомоги населенню;
- у зростанні обсягів фінансування та доходу медичного закладу завдяки впровадженню нових програм зростання якості надання медичної допомоги та підвищенні стандартів якості організації та надання медичної допомоги населенню;
- у забезпеченні закладу охорони здоров'я всім переліком необхідних для цього ресурсів з метою зростання конкурентоспроможності роботи;
- у розробленні та впровадженні дієвих маркетингових програм.

2.3. Планування та впровадження політики у сфері якості

Формування, встановлення, впровадження та дотримання в закладі охорони здоров'я політики у сфері якості здійснюється найвищим керівником закладу охорони здоров'я та повинно відповідати меті функціонування закладу охорони здоров'я а також його завданням щодо забезпечення безперервного удосконалення покращення ефективності роботи закладу охорони здоров'я. Політика в сфері якості визначає основні вимоги та зобов'язання, які мають бути дотримані для забезпечення відповідного високого рівня якості. Політика в сфері якості, як окремий документ, затверджується найвищим керівником закладу охорони здоров'я, який здійснює управління закладом.

Відповідно до Політики в сфері якості розробляються стратегічні цілі та завдання і показники в сфері якості, досягнення яких дасть можливість оцінити роботу системи якості закладу охорони здоров'я, а також здійснити планування заходів і дій в сфері управління якістю та закріпити відповідальність за здійснення цих дій та їх результати між відповідними відповідальними особами та виконавцями.

Доведення до працівників закладу охорони здоров'я затвердженої політики в сфері якості здійснюється з:

- прийняттям відповідних наказів керівництвом закладу охорони здоров'я;
- наданням персоналу інформації з використання наочних засобів;
- оголошенням про ті чи інші дії та заходи на загальних засіданнях та робочих нарадах;
- наданням персоналу інформації від найвищого керівництва закладу, яке має здійснюватися на нарадах найвищих керівників з відповідним персоналом.

Також політика в сфері якості може надаватися зацікавленим структурам та організаціям, таким як наглядові державні органи, партнери та інші структури.

Політика в сфері охорони здоров'я підлягає щорічному перегляду із метою удосконалення, покращення діяльності закладу охорони здоров'я. При цьому здійснюється розробка та прийняття нових редакцій Політики та їх доведення до керівників структурних підрозділів, всіх працівників закладу охорони здоров'я та до груп зацікавлених осіб.

Першим етапом здійснення планування в управлінні якістю закладу охорони здоров'я є визначення цілей в сфері якості, що складаються із переліку планових нормативних показників, що можуть бути досягнутими протягом певного визначеного відрізка часу з виконанням визначених функцій та процесів. Такі планові показники підлягають перегляду та затвердженню під час нарад найвищого керівництва закладу охорони здоров'я. Такі показники спрямовані на оцінювання процесів та певних контрольних точок роботи у загальних процесах та повинні торкатися всіх аспектів діяльності закладу охорони здоров'я.

Під час окреслення цілей в сфері якості закладу охорони здоров'я

перелік визначних заходів з забезпечення якості підлягає узгодженню з прийнятою політикою в сфері якості. Кожній цілі мають відповідати визначені показники оцінювання якості, досягнення яких буде свідчити про результати досягнення цілі, і показники мають відповідати загальній спрямованості системи управління якістю на зростання якості надання медичних послуг та задоволеності споживачів. Система показників формується для забезпечення процесу моніторингу якості надання медичних послуг та може оновлюватися та доповнюватися, проте не частіше одного разу на рік.

Перегляд доповнення чи актуалізації цілей в сфері якості є доцільним при перегляді Політики в сфері якості, а також при здійсненні планування діяльності в сфері управління якістю. При плануванні цілей з управління якістю приймають та затверджують відповідні заходи з забезпечення якості, а також необхідні для здійснення цих заходів кадрові, інформаційні, матеріальні, та інші ресурси та особи, відповідальні за їх виконання і для забезпечення запланованих результатів.

З метою актуалізації завдань здійснюється планування відповідних показників та схема внесення змін при плануванні системи управління якістю закладу охорони здоров'я як зазначаються та прописуються в Настанові з управління якістю, яке регламентується методикою МЯ-6-1 Планування системи якості.

Відповідальним за здійснення планування системи менеджменту якості закладу охорони здоров'я є сама система якості закладу. При цьому в процесі діяльності системи менеджменту якості в окремі процеси та види діяльності здійснюється внесення змін.

Такі зміни можуть бути викликані:

- змінами організаційної структури системи управління якістю закладу;
- впровадженням нових медичних послуг та нових виів медичної допомоги;
- виявленням необхідності у зміні, покращення існуючих послуг процесів надання медичної допомоги за результатами отриманого аналізу роботи системи менеджменту якості, а також за результатами проведеного внутрішнього аудиту системи управління якістю, чи за пропозиціями керівників структурних підрозділів, чи то працівників, відповідальних за окремі процеси в діяльності закладу охорони здоров'я;

- необхідність впровадження змін відповідно зі змінами політики в сфері якості закладу охорони здоров'я;

- за рекомендаціями державних органів нагляду та контролю, сертифікації, постачальників чи субпідрядників, споживачів та інших груп зацікавлених сторін.

Внесення відповідних змін зазначається у внутрішній та зовнішній регламентуючій документації, а саме наказах, розпорядженнях, законодавчих актах та іншій документації.

Також внесення відповідних змін здійснюється в Настанові з якості,

Політиці в сфері якості, методики, положення, настановні інструкції та іншу документацію. При плануванні таких змін оцінюються їх можливі наслідки та той обсяг ресурсного забезпечення, яке буде необхідним для їх здійснення, а також відбувається перерозподіл робіт та відповідальність між відповідними особами.

З метою моніторингу впровадження відповідних змін застосовується протоколювання змін системи менеджменту якості.

Після внесення змін в систему управління якістю важливим завданням є забезпечення цілісності системи управління якістю.

Така цілісність СМЯ забезпечується:

- напрацюванням важливих чинників у впровадженні змін, погодження цих змін з Політикою яку впроваджує закладу охорони здоров'я в сфері якості, зміна задач які повинні здійснюватися в сфері якості, а також технологій управління, забезпечення ресурсами, здійснення документаційного забезпечення процесів управління змінами.

- узгодження та стадії планування змін, відповідних рішень щодо здійснення необхідних змін із зацікавленими сторонами, партнерами;

При цьому працівниками, які будуть відповідальними за своєчасність та повноту підготовки, узгодження та впровадження змін виступатимуть особи, які несуть відповідальність за відповідні процеси, а саме персонал підрозділів управління, керівники структурних підрозділів і ланок та інші відповідальні особи. Головний керівник, який очолює заклад охорони здоров'я є відповідальним за створення умов, необхідних для впровадження змін.

Пропозиції про доцільність та необхідність впровадження змін можуть бути поданими будь яким співробітником медичного закладу. Узгодження змін здійснюється працівниками, що відповідальні за ці дії. Впровадження змін в документації здійснюється розробниками цієї документації. Під час актуалізації впровадження змін відбувається планування системи менеджменту якості. Внесення змін до відповідної документації може здійснюватися відповідними підтримуючими заходами та діями. Таке внесення змін може започаткувати навчання працівників роботі з відповідною документацією чи програмним інформаційним забезпеченням.

У випадку, якщо зміни охоплюють знаний обсяг дій за різними напрямками та якщо не передбачає зміни високої складності попередньо до їх прийняття та впровадження може здійснюватися попереднє збирання та відбір пропозицій, їх аналіз, оцінювання і на їх основі прийняття рішень про внесення найбільш доцільних та необхідних змін, їх планування, ресурсне забезпечення та впровадження.

Рішення щодо ініціювання прийняття узгоджених відповідних змін приймається на засіданні першого керівника закладу охорони здоров'я з керівниками структурних підрозділів та іншими відповідальними працівниками.

Цілісність системи управління якістю в процесі планування та управління змін забезпечується регламентами Методики якості МЯ 6-1 «Планування системи якості».

Впровадження заходів із забезпечення зростання якості надання медичних послуг та забезпечення функціонування системи якості закладу охорони здоров'я потребує ідентифікації, аналізу та врахування ризиків, як негативних факторів, які впливають на діяльність закладу охорони здоров'я та рівень ефективності його функціонування та якості, а також на можливості від впливу зовнішнього середовища яке здійснюється на заклад охорони здоров'я та на рівень якості.

Збереження цілісності системи менеджменту якості потребує постійного аналізу та оцінювання цих ризиків та можливостей, які впливають на систему якості закладу. Відповідальними працівниками управлінського апарату закладу охорони здоров'я здійснюється ідентифікація загроз та ризиків, а також наслідків їх негативної дії на систему якості закладу охорони здоров'я та ефективність його функціонування. Зменшення негативного впливу цих ризиків потребують розробки відповідних дій та здійснення управління цими ризиками в процесі планування та управління якістю.

Загальне оцінювання ризику передбачає виконання наступного алгоритму:

1. Встановлюється сфера використання тих чи інших змін в управлінні процесами забезпечення якості;
2. Здійснюється моніторинг оцінювання та аналіз ризиків, який включає:
 - ідентифікацію ризику;
 - аналіз ризику;
 - порівняльну оцінку ризику.
3. На третьому етапі здійснюється оцінка ризиків.
4. На четвертому етапі здійснюється обмін інформацією та проведення консультацій зі всіма зацікавленими структурами щодо можливостей зменшення негативного впливу ризиків.

Оцінювання ризиків здійснюється з метою:

- вивчення потенційних небезпек та ризиків, які можуть здійснити негативний вплив на систему менеджменту якості та процеси надання послуг.
- доступ до інформації, яка необхідна для прийняття відповідних стратегічних рішень
- розуміння небезпек та джерел їх походження;
- ідентифікацію ключових факторів ризиків, з метою запобігання протидії їх подальшій появі та впливу;
- отримання інформації про небезпеку в діяльності закладу охорони здоров'я та джерела її походження;
- ідентифікацію важливих факторів ризиків та запобігання нових випадків їх появи та дії;
- відповідність вимогам чинного законодавства.

Загальна відповідальність за організацію виявлення та оцінювання ризиків несе найвище керівництво закладу охорони здоров'я і воно відповідно делегує обов'язки та відповідальність щодо здійснення оцінювання ризиків на керівників структурних підрозділів та іншим відповідальним працівникам.

В цьому аспекті обов'язками відповідальних працівників є розуміння сфери та профілю роботи медичного закладу, розуміння мети та цілей роботи закладу, визначення рівня ризиків та способів і методів мінімізації чи нейтралізації негативної дії ризиків, ведення звітності та розподіл відповідальності та повноважень в рамках оцінювання ризиків та протидії ризикам, впровадження дій щодо реєстрації та оцінювання ризиків.

З метою нейтралізації впливу ризиків та мінімізації їх негативної дії впроваджують заходи, визначені у господарській чи нормативній документації закладу охорони здоров'я в тому числі, проведення ознайомлення персоналу з вимогами та нормами щодо зростання якості роботи, впровадження навчання персоналу, започаткування проведення тренінгів, впровадження засідань щодо удосконалення покращення якості надання медичної допомоги та удосконалення роботи всіх систем управління якістю в умовах негативного впливу зовнішніх ризиків, небезпеки та загроз, та в умовах реформування сфери охорони здоров'я.

Здійснення заходів з управління ризиками та врахування й використання можливостей підлягає постійному контролю в процесі здійснення внутрішніх аудитів системи якості.

У випадку виявлення невідповідностей, а також прийнятих та неприйнятних ризиків здійснюється розробка коригувальних дій. Вся вхідна чи вихідна інформація щодо оброблення ризиків та можливостей підлягає реєстрації відповідальними особами та аналізується згідно прийнятої системи оцінювання та запланованих результатів.

Відповідальність та повноваженнями персоналу при плануванні впровадження системи управління якістю визначаються та регламентуються: прийнятими положеннями про підрозділи закладу охорони здоров'я; прийнятими посадовими інструкціями; Настановою з якості; наданням відповідних вказівок працівникам відповідно до Положень, методик, інструкцій в сфері управління якістю та іншої документації.

Кожний заклад відповідно до структури та штатного розпису, склад підрозділів визначає та має підпорядкованість посадових осіб при впровадженні системи управління якістю.

Всі посади визначені згідно штатного розпису закладу охорони здоров'я яровині супроводжуватися посадовими інструкціями. Розроблення нових та, внесення змін до існуючих інструкцій здійснюється відповідно з наказами закладу охорони здоров'я та відповідно до діючих законодавчих актів, таких як Трудовий кодекс, Класифікатор професій ДК 003:2010, Постанови та накази МОЗ України та інші законодавчі акти.

Внесення змін до інформації в посадових інструкціях здійснюється за вказівки вищого керівництва закладу охорони здоров'я та за ініціативи працівників функціональних підрозділів та самих працівників, а також за поданням кадрової служби закладу. Також, відповідні зміни можуть стати наслідком проведених планових переглядів інструкцій а також проведених внутрішніх аудитів у випадку коли необхідно внести зміни та удосконалити роботу того чи іншого структурного підрозділу та окремих працівників. Переглянуті зміни посадових інструкцій підлягають повторному затвердженню керівниками закладу охорони здоров'я.

Відповідно до штатного розпису для кожної посади в закладі охорони здоров'я повинні бути прийняті і затверджені актуальні посадові інструкції та документація, яка регламентуватиме функціональні обов'язки.

Ведення відповідної документації здійснюється відповідно до норм МЯ-7.5-1 Управління документацією СМЯ, НІ-7.5-1 Правила оформлення документації системи менеджменту якості.

У разі, якщо працівники за якоїсь з причин тимчасово відсутні, передавання їх відповідальності та повноважень може бути здійснено із урахуванням: посадової ієрархії та замісникам з виконанням розпорядження відсутнього працівника; за наказом керівника закладу охорони здоров'я.

Відповідальним за функціонування системи якості закладу охорони здоров'я відповідає завідуючий організаційно-методичним підрозділом, який призначається на цю посаду згідно наказу керівника закладу охорони здоров'я. В цьому наказі зазначається його повноваження як керівника в системі якості закладу охорони здоров'я та також його повноваження щодо:

- визначення, впровадження процесів для здійснення управління якістю;
- організації забезпечення необхідного обсягу ресурсів, потрібних для ефективного функціонування системи якості;
- забезпечення високих результатів роботи системи якості закладу охорони здоров'я;
- своєчасності актуалізування цілей та політики в сфері якості;
- поширення цінностей системи якості заказу охорони здоров'я, його стратегічних цілей та політики;
- забезпечення проведення внутрішнього аудиту та окремих внутрішніх перевірок роботи системи якості;
- вдосконалення якості роботи закладу охорони здоров'я;
- прийняття рішень при роботі із зверненнями громадян та зацікавлених структур, а також у роботі із представленими зауваженнями та претензіями;
- підготовка звітів за результатами роботи системи менеджменту якості закладу охорони здоров'я та їх надання вищому керівництву закладу охорони здоров'я;
- надання інформації про вимоги споживачів щодо якості роботи в підрозділі закладу;

- організація взаємодії із зовнішніми організаціями в питаннях функціонування системи управління якістю.

Функціональні обов'язки цього працівника регламентовані та визначені Положенням про представника найвищого керівництва та іншою відповідною документацією.

Важливим аспектом ефективного функціонування системи забезпечення якості закладу охорони здоров'я є інформування працівників закладу з питань:

- необхідності дотримання норм та правил трудової та професійної медичної етики, дотримання вимог взаємовідносин у колективі а також трудової дисципліни;

- дотримання визначеного алгоритму технічних процесів надання медичних послуг та вимог до процесів та медичного персоналу;

- дотримання визначеного встановленого графіку роботи;

- дотримання високих показників якості роботи та обслуговування пацієнтів;

- дотримання норм та правил охорони праці та норм протипожежної безпеки;

- дотримання вимог та положень системи менеджменту якості;

- дотримання норм санітарії;

- дотримання вимог законодавства щодо функціонування закладу охорони здоров'я та процесів, які здійснюються;

Доведення інформації до працівників закладу охорони здоров'я повинно здійснюватися декількома основними способами:

- прийняттям наказів та розпоряджень по закладу охорони здоров'я;

- прийняття розпоряджень в питаннях ефективності процесів управління якістю закладу;

- ознайомлення керівників структурних підрозділів закладу охорони здоров'я з результатами аналізу та оцінювання роботи системи якості закладу;

- проведення засідань в питаннях підвищення ефективності системи менеджменту якості;

- оцінювання планових та фактичних показників системи менеджменту якості та надання відповідних даних щодо результатів проведеного аналізу зацікавленим особам;

- доведення до відома керівників функціональних підрозділів вимог та норм чинного законодавства в сфері управління якістю.

Відповідальними особами, які зобов'язані інформувати працівників, керівників та зацікавлених сторін закладу охорони здоров'я про стан та результати функціонування системи якості закладу охорони здоров'я, встановлюють особи визначені за наказами по закладу охорони здоров'я.

Їхні обов'язки та відповідальність визначають внутрішніми регламентами закладу охорони здоров'я, а також саме методиками якості, посадовими та настановними інструкціями.

З метою інформування персоналу про заходи, дії структурних підрозділів та окремих осіб за забезпечення управління якістю встановлюються терміни та відповідальні особи, що визначаються в відповідних наказах та розпорядженнях.

Таке інформування, згідно пунктів Настанови з якості, має мати зворотній зв'язок, який би міг підтверджувати отримання відповідним особами цієї інформації.

Впровадження системи якості та її функціонування потребує проведення періодичного аналізу ефективності роботи такої системи керівництвом закладу охорони здоров'я, що обумовлюється Настановою з якості.

Відповідно до діючих нормативів та Настанови з якості керівництво закладу охорони здоров'я повинно один раз на рік ініціювати проведення аналізу системи менеджменту якості цього закладу з метою оцінювання її ефективності та результативності з метою пошуку напрямів подальшого розвитку та удосконалення. Під час такого оцінювання здійснюється оцінювання реалізації політики закладу охорони здоров'я в сфері якості. Аналіз проводиться в декілька етапів.

На першому етапі керівниками структурних підрозділів, уповноваженими на виконання таких дій, проводиться сумісне формування звіту про роботу системи менеджменту якості.

На другому етапі відбувається аналіз звіту про роботу системи менеджменту якості закладу охорони здоров'я.

На третьому етапі за отриманими результатами такого аналізу здійснюється розробка коригуючи заходів та низки змін, які дадуть можливість покращити функціонування системи якості закладу охорони здоров'я з урахуванням нових ризиків та викликів в його діяльності. Результати такого проведеного аналізу підлягають реєстрації у вигляді протоколу і таким чином документально підтверджуються та супроводжуються.

Найвищим керівництвом закладу охорони здоров'я не менш ніж один раз на рік повинно ініціюватися проведення нарад з питань оцінювання ефективності роботи системи менеджменту якості, а також забезпечуватися своєчасне впровадження необхідних змін. Результати проведених нарад та засідань в обов'язковому порядку протоколюються. Проведення засідань з питань ефективності системи менеджменту якості регламентуються МЯ-9.3-1.

Вхідними даними, які необхідні для здійснення такого критичного аналізу виступає Звіт про функціонування системи менеджменту якості закладу охорони здоров'я з переліком наступної інформації:

- інформації щодо зміни зовнішніх та внутрішніх чинників, які здійснюють вплив на стан роботи системи менеджменту якості;
- результати проведення внутрішніх та зовнішніх аудитів експертиз з виявленням значних відхилень;
- інформацію про отримані відгуки пацієнтів та результати проведених

опитувань та отриманих претензій;

- узагальнення значення показників в сфері реалізації Політики в сфері якості, в тому числі і з виявленням і дослідженням динаміки та зміни відповідних показників;
- інформацію про результати впровадження коригувальних дій;
- перелік дій, які було впроваджено за результатами проведення попереднього аналізу;
- надходження інформації про змінення запланованих дій щодо впровадження систем управління якістю з визначенням фактів, які впливають на відповідні зміни;
- надходження рекомендацій в питаннях удосконалення системи менеджменту якості та окремих процесів в функціонуванні такої системи;
- наявності необхідної для забезпечення управління якістю, кількості ресурсів;
- наявність необхідної інформації, достатньої для подальшої протидії ризикам та загрозам і діяльності закладу охорони здоров'я;

Результатом здійснення критичного аналізу є отримані дані, необхідні для подальшого використання.

Під час роботи системи управління якістю в закладі охорони здоров'я створюються та підлягають реєстрації накази керівника закладу охорони здоров'я за напрямками:

- зростання ефективності системи управління якістю;
- покращення організації та впровадження процесів роботи;
- удосконалення в системі управління якістю організації та виконання процесів з метою збільшення якості надання медичних послуг та медичної допомоги в закладі охорони здоров'я;
- удосконалення процесів ресурсного управління в функціонуванні закладу охорони здоров'я;
- сфера роботи за відповідними напрямками визначається векторами розвитку медичного закладу. Відповідні накази та розпорядження визначають та закріплюють управлінські дії для їх подальшого виконання.

Зазначені розпорядження направляються співробітникам, відповідальним за функціонування системи менеджменту якості та її впровадження. Здійснення відповідного аналізу, регламентоване та визначене у Настановах з якості, у пункті 9.3-1 Аналіз системи менеджменту якості найвищим керівництвом.

2.4. Ресурсне забезпечення системи управління якістю закладу охорони здоров'я

Однієї із невід'ємних складових напрямів роботи адміністрації закладу охорони здоров'я є організація та постачання всіх необхідних для його подальшого функціонування матеріальних ресурсів. Таке забезпечення повинно здійснюватися відповідно до вимог Настанови з якості та відповідально до зростаючих потреб споживачів.

Заклад охорони здоров'я повинен організувати та здійснювати постачання всіх ресурсів, що необхідні для ефективного функціонування системи якості, і в тому числі успішної реалізації положень Настанови з якості та Політики у сфері якості з метою підвищення задоволення споживачів.

Основними ресурсами, які є необхідними для забезпечення роботи системи менеджменту якості закладу охорони здоров'я є наступні ресурси:

- людські ресурси, а саме компетентні працівники що мають відповідний рівень кваліфікації;
- розбудова, формування необхідної інфраструктури медичної діяльності, яка необхідна для впровадження нових інноваційних технологій в медичній сфері та ефективного і якісного на сучасному техніко технологічному рівні надання медичних послуг медичної допомоги населенню;
- формування ефективного робочого середовища, яке забезпечить можливість здійснення медичної діяльності із створення відповідних умов праці з урахуванням фізичних, психологічних та соціальних факторів, з дотриманням техніки безпеки та впровадженням ефективних систем мотивації персоналу для забезпечення ефективної роботи закладу охорони здоров'я в цілому.
- забезпечення закладу необхідними пристроями та засобами для вимірювання, вимірювальною технікою та медичними пристроями та програмним забезпеченням, необхідним для роботи цих пристроїв, а також для здійснення моніторингу та вимірювання з метою отримання очних достовірних результатів, необхідних для якісного надання медичної допомоги медичних послуг;
- забезпечення інтелектуальних знань та зростання якості інтелектуальних ресурсів в закладі охорони здоров'я, що забезпечує формування загальної бази знань, необхідних для впровадження медичної діяльності та надання відповідних медичних послуг, медичної допомоги.

При цьому інтелектуальними ресурсами знаннями закладу охорони здоров'я відповідно до Настанови з якості виступає весь комплекс знань працівників закладу охорони здоров'я, який є необхідним йому для здійснення процесів надання медичної допомоги на відповідному рівні якості.

В закладі охорони здоров'я важливим є формування та забезпечення інфраструктури, необхідної для ефективного функціонування закладу в забезпеченні високої якості надання медичної допомоги.

Заклади охорони здоров'я повинні бути розташованими у приміщеннях з

інфраструктурою, необхідною для їх функціонування, яка або є їх власністю, або передана закладам на правах оперативного управління.

Заклади охорони здоров'я повинні створювати, розвивати і підтримувати інфраструктуру, необхідну для розвитку закладу охорони здоров'я та надання медичної допомоги необхідної якості.

Обслуговування приміщень, в яких розташовується медичний заклад, зазвичай здійснюється відповідними підрозділами або ж через укладання угод з відповідними суб'єктами господарювання, надавачами послуг. Відповідальність за забезпечення функціонування інфраструктури та виконання необхідного обсягу робіт по забезпеченню необхідного експлуатаційного стану основних фондів закладу охорони здоров'я зазвичай покладаються на заступників керівника закладу з економічних питань чи господарських питань, а також на керівника господарчого підрозділу, відповідно до штатного розпису та посадових інструкцій закладу.

Важливо, щоб обсяг приміщень і споруд та їх стан забезпечували можливість здійснювати діяльність закладу без шкоди для якості та із дотриманням процедур контролю якості з дотриманням всіх санітарних норм та норм безпеки для пацієнтів та працівників закладу.

Основними елементами інфраструктури закладу охорони здоров'я є наступні елементи: будівлі та споруди; обладнання, інженерні мережі та комунікації, наявні мережі тепло, електро, водо та газопостачання; вентиляційні системи; мережа телекомунікацій.

Вся інформація щодо інфраструктурного забезпечення закладу охорони здоров'я зазвичай навидить як та зазначається в технічно-експлуатаційній документації на приміщення, така ж зберігається у відповідальних осіб закладу.

В закладі охорони здоров'я, відповідно до норм та вимог чинного законодавства, повинні здійснюватися заходи протипожежної безпеки, відповідність яких щомісячно повинен перевіряти Інженер закладу охорони здоров'я із охорони праці та протипожежної безпеки.

Діяльність закладів охорони здоров'я підлягає держаному ліцензуванню Міністерством охорони здоров'я та тому, відповідно до діючих норм та правил, робота закладу підлягає перевіркам державної споживчої служби., а також один раз на три роки в закладі охорони здоров'я здійснюється перевірка МОЗ відповідних органів акредитації.

Медичне обладнання, яке використовується в медичному закладі, згідно із діючими нормативами в обов'язковому порядку повинно пройти метрологічну перевірку. За справність та достовірність його роботи та за своєчасність проведення відповідних дій відповідають відповідні працівники господарського підрозділу.

Впровадження системи управління якістю закладу охорони здоров'я потребує створення та розвитку в закладі відповідного середовища, яке сприяло б впровадженню дій із зростання якості роботи персоналу на всіх напрямках

функціонування закладу та призводило би до зростання якості надання медичної допомоги. Таким чином, для того щоб сформувати необхідні сприятливі умови для зростання якості надання медичної допомоги керівництво закладу охорони здоров'я повинно забезпечити можливість керування формуванням робочого середовища.

Складовими такого робочого середовища, які мають безпосередній вплив на якість його роботи можуть виступати наступні складові: соціальні фактори, що включають психологічний клімат в колективі, методом стимулювання праці та підтримки та розвитку ініціативи і творчої діяльності працівників, забезпечення безпеки роботи медичних працівників; дотримання потрібних санітарно-гігієнічних умов, забезпечення ергономічності робочих місць, забезпечення побутових умов працівників, умов для відпочинку, забезпечення дотримання нормативів та діючого законодавства, в тому числі норм законодавства про працю.

Наступною групою складових є фізичні фактори, які полягають у наявності вентиляції приміщень, дотриманні комфортного температурного режиму та вологості повітря, наявності відповідного освітлення.

Так, Міністерством охорони здоров'я України розроблено ряд вимог до приміщень медичних закладів, в яких здійснюється утримання хворих, вимог до медичного одягу працівників медичного закладу та інших вимог. Дотримання всіх цих вимог є обов'язковою умовою отримання та продовження ліцензій на право ведення медичної практики. Інструкції щодо норм та вимог санітарно-гігієнічного та епідеміологічного режимів визначають вимоги, які висуваються до прибирання чистоти та гігієни приміщень. Відповідальність за дотримання санітарно-гігієнічних норм несе заступник директора з медсестринства, а саме медична сестра закладу охорони здоров'я.

Вимоги в питаннях охорони праці затверджені в інструкціях з охорони праці, а відповідальним за організацію та забезпечення охорони працівників в закладі виступає інженер з охорони праці, що є відповідальним за дотримання цих вимог, і призначений наказом керівника закладу.

Загалом, за дотримання вимог до дотримання санітарно-гігієнічного та епідеміологічного режиму здійснюють контроль відповідні органи МОЗ України та державної споживчої служби. Відповідальним за дотриманням всіх вищезазначених вимог виступає керівник закладу охорони здоров'я, який своїми рішеннями може делегувати частину цієї відповідальності та прав іншим керівникам відповідних структурних підрозділів за напрямками діяльності, які і будуть виконувати конкретні завдання задля дотримання закладом зазначених вимог.

Важливого значення в закладі охорони здоров'я має підтримання безпечних умов роботи та безпечних умов для зростання якості надання медичної допомоги.

Так, безпека роботи працівників медичного закладу забезпечується

завдяки дотриманню працівниками вимог, які затверджені інструкцією з охорони праці та іншими відповідними нормативними документами з охорони праці; забезпеченням відповідальними працівниками закладу охорони здоров'я умов для ефективної роботи необхідного обладнання, приладів, медичного устаткування закладу.

В певних випадках документація системи менеджменту якості містить посилання на інструкції з охорони праці для осіб, робота яких визначена чинною документацією. Відповідальною особою за охорону праці виступає інженер з охорони праці медичного закладу.

Безпека якості надання медичної допомоги може бути забезпеченою завдяки:

- оптимізації процесів роботи для працівників закладу та зменшенню кількості травм, отриманих під час роботи на робочому місці;
- облаштуванню приміщень всім необхідним для якісного і безпечного надання медичної допомоги на відповідному сучасному рівні;
- оснащенню приміщень джерелами енергії освітлення, опалення, кондиціювання, водопостачання для забезпечення відповідних санітарно-гігієнічних норм та стандартів;
- забезпеченню впровадження щоденного контролю з веденням журналу обліку показників робочого середовища, які можуть мати негативний вплив на якість та відповідність з надання медичних послуг закладом охорони здоров'я;
- забезпечення дотримання вимог стерильності, радіації, електромагнітних інтерференцій, вологості, електричного освітлення, температурного режиму, показників шуму та вібрації.

Загалом, всі функціональні підрозділи закладу охорони здоров'я повинні бути розподіленими відокремленими приміщеннями, в тому числі із врахуванням несумісності окремих видів надання медичної діяльності.

В закладах охорони здоров'я повинен здійснюватися контроль доступу до окремих блоків та обладнання, що використовується з метою недопущення негативного впливу на якість медичної допомоги та роботи цього обладнання.

В закладах охорони здоров'я повинні бути розбудовані мережі комунікацій, здатні забезпечити заклад всіма необхідними засобами зв'язку, а саме телефонним зв'язком, мережами інтернету із доступом до електронної пошти та спеціалізованого програмного забезпечення, можливість працювати в програмах єдиного медичного простору, інформацією процесів надання медичних послуг пацієнтам.

В закладі охорони здоров'я важливо передбачити необхідні приміщення та простір для збереження обладнання, медичних матеріалів, реагентів, біологічного матеріалу, лікарських засобів і відповідно всього обсягу медичної документації закладу охорони здоров'я.

В приміщеннях закладу охорони здоров'я необхідним є дотримання чистоти загального простору та робочих приміщень.

Вся внутрішня документація закладу охорони здоров'я повинна мати посилання на інструкції та нормативно-правову документацію, а також на закони і законодавчі акти МОЗ України та на внутрішні накази і розпорядження, що діють в медичному закладі охорони здоров'я та є його внутрішньою документацією.

Особою, відповідальною за забезпечення контролю дотримання всіх цих вимог в закладі охорони здоров'я виступає керівник медичного закладу, а також інші відповідальні особи, повноваження та обов'язки яких визначаються в посадових інструкціях закладу охорони здоров'я, а також визначаються наказом керівника закладу охорони здоров'я.

Підтримання відповідного санітарного стану приміщень забезпечується завдяки регулярному, поточному та генеральному прибиранню приміщень, яке забезпечує молодший медичний персонал згідно з інструкціями, дійсними в закладі охорони здоров'я.

В зазначених інструкціях регламентується режим роботи молодшого медичного персоналу та приміщення, в яких повинні проводитися відповідні роботи, а також способи та миючі засоби, що використовуються для виконання зазначених гігієнічних операцій. Частина миючих розчинів, які застосовуються в закладах охорони здоров'я готуються самостійно відповідно до інструкцій. Дії щодо підготовки спеціальних розчинників та здійснення санітарної роботи приміщень заносяться у відповідні журнали, відповідальними особами в кожному окремому функціональному підрозділі закладу охорони здоров'я. Відповідальним за організацію цієї роботи та ведення відповідних журналів є заступник керівника закладу охорони здоров'я з медсестринства.

З метою дотримання нормативних умов формування та функціонування робочого середовища в закладі періодично здійснюється інвентаризація та атестація робочих місць.

Інвентаризація повинна здійснюватися за наказом керівника закладу охорони здоров'я, не рідше одного разу на рік. В цьому наказі також визначаються терміни проведення інвентаризації та відповідальні особи, які уповноважені на її проведення.

Атестація робочих місць має проводитися з метою врегулювання відносин між закладом охорони здоров'я та його персоналом з метою врегулювання всіх питань співпраці та взаємодії і забезпечення реалізації їх прав на здоров'я та безпечні умови праці, пільгове пенсійне забезпечення та компенсаційні виплати за роботу у складних умовах праці.

Контролювання засобів моніторингу вимірювальних технічних засобів планується та впроваджується самим закладом охорони здоров'я та є необхідним етапом діяльності і є необхідним для забезпечення високої якості роботи обладнання і приладів, їхньої точності вимірювання.

Об'єктами моніторингу є :

- медичні прилади, обладнання, медичні засоби, які зареєстровані як засоби

вимірювальної техніки (ЗВТ) та на які поширюються норми метрологічного контролю;

- медичне обладнання, прилади, які застосовуються для вимірювання фізичних показників, таких як температура чи вологість, тиск та інші;
- програмне забезпечення, завдяки якому використовується для надання медичного обслуговування та медичної допомоги населенню.

Достовірність здійснення вимірювань може бути забезпеченою із впровадженням:

- періодичних перевірок обладнання;
- проведення своєчасного планового сервісного обслуговування, калібрування, регулювання та захисту від пошкоджень;
- ідентифікації;
- оцінювання точності отриманих результатів проведених вимірювань то своєчасне впровадження коригування та змін;
- документування результатів проведених перевірок та відповідного сервісного обслуговування.

2.5. Моделювання системи управління якістю надання медичної допомоги

Формування нової моделі системи управління якістю надання медичної допомоги потребує глибокого аналізу та оцінювання як внутрішнього стану закладу охорони здоров'я, забезпечення якості його потенціалу так складових так і аналізу впливу зовнішніх факторів на його функціонування. Все це загалом обумовлює необхідність та доцільність впровадження механізмів та процесу внутрішнього аудиту якості. Формування нової системи якості сучасного закладу передбачає, за визначенням науковців формування певної моделі, яка будується на трьох її основних базових складових, таких як нормативно-методологічна складова, мотиваційна складова та внутрішньо-структурна складова - складова формування сприятливого середовища. Таким чином, ці три основні складові як провідні базові компоненти розбудови та функціонування системи управління якістю формують необхідні організаційні, правові, методичні, мотиваційні та організаційні умови, необхідні для впровадження цієї моделі в управлінні закладом охорони здоров'я. Створення такої моделі є необхідним для функціонування механізму внутрішнього аудиту в закладі охорони здоров'я та має забезпечуватися активно діючий стан такої моделі, який би забезпечував можливість її безперебійного функціонування.

Нормативно-методологічну складову цієї моделі складають постанови Кабінету Міністрів України, накази відповідних міністерств та відомств, а саме накази Управління охорони здоров'я, крім цього до цієї складової безпосередньо входять накази, розпорядження та вся внутрішня документація кожного конкретного закладу охорони здоров'я, яка стосується забезпечення якості його роботи затверджується та приймається в кожному закладу охорони здоров'я. Крім цього, в закладі охорони здоров'я розробляються та приймаються відповідні Методичні рекомендації, локальні клінічні протоколи, впроваджується хронометраж лікувальних та технологічних процесів, визначаються та прописуються маршрути пацієнтів. Також, необхідною внутрішньою документацією є підготовка статистичних даних, готуються плани медичних рад, програми та відповідні плани забезпечення якості медичної допомоги та інша документація. Мотиваційна складова системи якості надання медичної допомоги спрямована на формування системи матеріального та морального стимулювання, зростання якості надання медичної допомоги та прийняття активної участі працівників закладу охорони здоров'я в удосконаленні роботи та зростанні якості надання медичної допомоги.

Внутрішня структурна складова передбачає створення внутрішнього сприятливого середовища в закладі охорони здоров'я для реалізації моделі управління якістю медичної діяльності та є однією з базових умов ефективного функціонування та базується на ініціативі керівників закладів охорони здоров'я. Важливого значення в формуванні та ефективності внутрішніх

структурних складових формування та впровадження керівництвом закладу охорони здоров'я відповідної політики управління, спрямованої на досягнення високої якості роботи, об'єднання всього персоналу закладу охорони здоров'я в досягненні мети удосконалення роботи закладу охорони здоров'я.

Таким чином, створення сприятливого позитивного середовища є однією з важливих умов впровадження моделі управління якістю медичного закладу. Не менш важливим в контексті внутрішньої структурної складової є організація навчання та підвищення кваліфікації персоналу, запрошення та задіяння експертів та тренерів в відповідних сферах, формування загальної психологічної атмосфери доброзичливості та загальне формування високого рівня корпоративної культури. Як вже зазначалося, формування та впровадження моделі управління якістю закладу охорони здоров'я потребує здійснення системного впровадження внутрішнього аудиту роботи закладу охорони здоров'я та відповідними обраними та визначеними показниками. Таким чином, формується так звана умовно змінна складова системи управління якістю.

Системне впровадження циклу внутрішнього аудиту має на думку науковців складатися із трьох головних етапів, а саме планування, оцінювання та коригуючих дій. Вже за результатами здійснення циклічного процесу внутрішнього аудиту приймаються рішення, які спрямовані на удосконалення та розвиток існуючої системи управління якістю. На наступному етапі у впровадженні даної моделі є аналіз ефективності її функціонування, а також здійснення повторного аудиту з метою підтримки впровадження безперервних покращень процесу надання медичної допомоги.

Впровадження моделі управління якістю закладу охорони здоров'я передбачає створення необхідних умов для ефективного функціонування системи якості роботи закладу охорони здоров'я. Передусім, в медичному закладі необхідно сформувати нормативно-правову базу управління якістю роботи закладу охорони здоров'я, на основі стандартів локальних та клінічних протоколів, наказів, маршрутів пацієнтів, методичних рекомендацій, внутрішніх технологічних стандартів, річних планів та іншої документації.

Водночас, у закладі охорони здоров'я формується внутрішня нормативно-правова база та внутрішнє сприятливе середовище, що включає провідну роль керівника закладу охорони здоров'я; проведення загальних зборів працівників медичного закладу з метою доведення до персоналу мети та задач розбудови системи управління якістю, а також концептуальних засад розбудови системи якості, що базуються в першу чергу на якості та відповідності роботи кожного працівника та таких соціально-психологічних параметрах, як відповідальність, сумлінність, доброзичливість, безперервне навчання та удосконалення роботи працівників; формування структури безперервного покращення та удосконалення роботи закладу охорони здоров'я; формування за наказом керівника закладу охорони здоров'я необхідних для впровадження системи

управління якістю моно та мультидисциплінарних груп, до складу яких повинні бути залучені фахівці, кадрові ресурси з різних підрозділів медичного закладу та представники громадськості.

Також для впровадження такої моделі необхідним та доцільним є формування мотиваційної складової системи якості, що має включати матеріальну та нематеріальну винагороду працівників за високу якість роботи чи за активність в процесах зростання якості надання медичної допомоги, участі у відповідних робочих групах та розбудови системи якості роботи закладу охорони здоров'я. Створення внутрішнього структурного сприятливого середовища передбачає впровадження дій, що здатні змінити та покращити ставлення працівників закладу охорони здоров'я до процесів забезпечення якості та розбудови самої системи управління якістю закладу охорони здоров'я. Вона передбачає підготовку та поширення серед персоналу, відповідних необхідних матеріалів, широке інформування персоналу про роботу закладу охорони здоров'я та рішення керівництва в аспектах управління якістю та загального управління, адміністрування в закладі охорони здоров'я та відповідно інших аспектах діяльності та управління закладом охорони здоров'я.

Однією із умов ефективного впровадження політики управління якістю є впровадження працівників медичного закладу спрямованості на досягнення поставлених цілей управління якістю та спрямування працівників до активної участі у процесах управління якістю. Відповідно до цього керівництву закладу охорони здоров'я необхідно здійснювати дослідження мотиваційних механізмів та використовувати принципи матеріального та нематеріального мотивування та стимулювання працівників до активної роботи. Таким чином, окремо від матеріальних методів стимулювання впроваджуються та активуються нематеріальні методи стимулювання, такі як нагородження працівників грамотами та відзнаками (поряд з преміюванням), впровадження конкурсів на звання кращого лікаря чи «кращої медичної сестри» та інші. Важливим є створення для працівників відповідних умов, за яких вони зможуть ефективно працювати та підвищувати якість надання медичної допомоги. При цьому, найбільш активні працівники повинні мати можливості для подальшого професійного та кар'єрного зростання та досягнення поставлених цілей.

Так, одним із основоположних напрямів в системі морального стимулювання працівників повинно бути демонстрування здобутків системи якості. Головні досягнення доцільно представляти на загальних зборах закладу охорони здоров'я, на адміністративних нарадах з управління охорони здоров'я, а також подавати відповідну інформацію в інформаційних засобах. Одним із найбільш ефективних напрямів морального стимулювання працівників є демонстрація їх професійних здобутків в аспектах зростання якості роботи, надання медичної допомоги населенню. При цьому, демонструвати потрібно не тільки особисті здобутки того чи іншого працівника але й здобутки всього

колективу, підрозділу, відділення.

Також, важливим для зростання якості надання медичної допомоги населенню є впровадження навчання працівників за вузькоспеціалізованими напрямками, які стосуються того чи іншого медичного профілю лікування, що дає можливість суттєво підвищити якість роботи спеціалістів працівників. Також доцільним є розбудова тісної співпраці та взаємодії між медичними працівниками та пацієнтами закладу охорони здоров'я, яка має здійснюватися на системних постійних засадах за певними визначеними напрямками, такими як: деонтологічна складова; забезпечення безпеки пацієнтів та їх навчання; здійснення моніторингу вивчення думок пацієнтів щодо якості надання медичної допомоги; а також організації, взаємодії та співпраці з громадськими об'єднаннями.

Навчання пацієнтів передбачає впровадження масового навчання потенційних споживачів медичних послуг, населення тим навичкам дії в тій чи іншій ситуації щодо надання первинної, екстреної медичної допомоги для збереження життя і здоров'я постраждалого, дії в певних випадках, при певних хворобах, при яких є певний перелік визначених дій, яких необхідно дотримуватися і в яких населення може самостійно здійснити ті чи інші кроки, таких наприклад як опрацювання рук антисептиками чи дотримання маскового режиму. Також в такі процеси навчання входить навчання пацієнтів проведення певних лікувальних чи профілактичних дій та процедур, дотримання дієт, фізичних навантажень та в домашніх умовах безпосередньо та під час лікування чи після проведення процесу лікування.

На таких заняттях хворим надається інформація про саму хворобу, надаються практичні навички та рекомендації, що є особливо актуальним для хворих цукровим діабетом, анемією, бронхіальною астмою та цілим переліком інших захворювань, перелік яких може носити постійний чи хронічний характер, що може позначатися на якості життя пацієнтів. Впровадження адміністративної роботи в управління якістю обов'язково повинно передбачати проведення систематичного аналізу думок та відгуків пацієнтів про роботу закладу охорони здоров'я та його персонал, та якість здійснення управління самим діагностично-лікувальним процесом, а також відповідність дотримання закладом та його працівниками етичних принципів.

Всі ці показники мають вимірюватися та діагностуватися з застосуванням переліку уніфікованих показників індикаторів. Таким чином, для ефективної роботи системи управління якістю закладу охорони здоров'я необхідне формування прийняття необхідної нормативно-правової бази на засадах існуючих медичних норм та стандартів, яка б визначала та регламентувала рівень надання медичних послуг закладом охорони здоров'я, формування сприятливого позитивного середовища в колективі працівників та впровадження ефективної системи матеріального і нематеріального стимулювання та активного прийняття участі у процесах удосконалення

роботи системи управління якістю. Для того, щоб впровадити зазначені дії в закладі охорони здоров'я приймається наказ про здійснення внутрішнього аудиту, яким визначаються пріоритети, визначаються теми аудиту, необхідні ресурси та також формується мультидисциплінарна група з проведення цього аудиту. Пріоритети роботи цієї групи визначаються за результатами роботи медичних закладів, а також на основі даних статистичної звітності, результатів моніторингу та задоволення пацієнтів.

Конкретизуючи етапи та завдання слід зазначити, що важливим етапом внутрішнього аудиту є визначення теми, оскільки тема аудиту повинна бути актуальною та спрямованою на удосконалення клінічних, епідеміологічних, профілактичних та соціальних аспектів роботи закладу охорони здоров'я. Тему, головний напрям внутрішнього аудиту визначає головний лікар медичного закладу, відповідно до статистичних даних, та результатів моніторингу роботи закладу охорони здоров'я. Таким чином, визначається і окреслюється певне коло проблем, на дослідження яких слід спрямувати зусилля.

Після цього визначаються мета та завдання внутрішнього аудиту, які повинні відповідати визначеним параметрам, вказувати на певну цільову групу дослідження, досліджувати та надавати характеристики певної визначеної проблеми. Важливого значення також має вимір показників, можливість їх розрахунку та порівняння. Етап планування передбачає виявлення та систематизування необхідних для здійснення внутрішнього аудиту кадрових, інформаційних, фінансових, технологічних та матеріальних ресурсів. Також відбувається формування мультидисциплінарної групи, до якої включаються спеціалісти та відповідні учасники з різних структурних підрозділів закладу охорони здоров'я. На етапі процесу визначаються види та об'єкти аудиту, приймаються відповідні показники індикатори, за якими здійснюватиметься аудит, обирається інструментарій та складається поетапний план, і відповідно здійснюється збір та опрацювання даних. Внутрішній аудит дає можливість виявити вузькі місця, недоліки та недоопрацювання в роботі закладу охорони здоров'я. Види та напрями здійснення внутрішнього аудиту та об'єкта запланованого дослідження визначаються та обговорюються на засіданні мультидисциплінарної групи з проведення аудиту.

Так, в процесі внутрішнього аудиту оцінюються індикатори якості, розроблені на основі клінічних стандартів. Проте їх недостатньо, оскільки вони не висвітлюють та не охоплюють всі процеси з управління якістю, тому частина показників індикаторів розробляється самою мультидисциплінарною групою. Такими показниками можуть бути такі показники, як час пацієнтів в очікуванні на отримання медичних послуг, допомоги, кількість пацієнтів, які були задоволені чи не задоволені наданням медичної допомоги; чисельність пацієнтів, які перебувають на тому чи іншому диспансерному обліку; якість розроблення медичної документації та інші показники. Такі працівники визначаються експертною оцінкою.

Інструментами внутрішнього аудиту, які при цьому повинні бути застосованими є моніторинг, аналіз наявної медичної документації закладу; проведення спостережень та інші інструменти. Після цього формується послідовний план здійснення аудиту з визначенням виконавців, термінів та конкретних заходів проведення аудиту.

В процесі здійснення аудиту для збору та обробки інформації використовуються такі методи, як: хронометраж та спостереження під час використання яких здійснюється пряме спостереження за процесами надання медичної допомоги пацієнтам, відбувається перевірка умов, в яких надається медична допомога пацієнтам, таких як світло, гігієна та інші, а також відбувається звірка ресурсів, необхідних за контрольним переліком, при цьому формуються записи за принципом «так» чи «ні», «виконано чи « Не виконано», а також визначається час, необхідний для надання медичної допомоги та час, витрачений на її очікування.

Наступним методом, який застосовується є безпосередньо аналіз. Він використовується для перевірки процесів та їх результатів, а саме здійснюється аналіз історій хвороб, амбулаторних карт, звітності закладу охорони здоров'я, журналів реєстрації та обліку пацієнтів, диспансеризації і т.д.

Третім методом, який використовується є бесіда та використання опитування пацієнтів та членів їх родин на предмет виявлення їх ставлення до медичного закладу та його працівників, а також опитування медичного персоналу, щодо їх задоволення роботою в закладі охорони здоров'я.

Важливим складником зростання якості надання медичної допомоги є розбудова маршруту пацієнта, який визначає працівників, що можуть та повинні ввійти до мультидисциплінарної групи та виявити проблемні ділянки щодо забезпечення якості надання медичної допомоги.

В процесі надання медичної допомоги виокремлюють такі етапи:

- етапи, які дублюються, наприклад, здійснення лабораторних досліджень, оглядів пацієнтів, проведення інструментальних обстежень пацієнтів в умовах стаціонару;
- етапи невизначені, які характерні тим, що невідомо, що саме відбуваються з пролікованими після завершення лікування чи після виписки зі стаціонарного лікування, тощо;
- що мають симптоми «м'ячика», який може проявлятися у тому, що пацієнта з невизначеним діагнозом направляють до різних фахівців, «вузького горла», який проявляють тим, що біля певних кабінетів чи обстежень як скажімо рентгенологічних відбувається скупчення значної кількості пацієнтів;
- також присутні певною мірою непотрібні дії, пов'язані із призначенням пацієнтам обстежень чи лабораторних досліджень, додаткових консультацій, яких можна було б не здійснювати.

На етапі здійснення коригуючих дій формуються пропозиції та відбувається певна апробація наданих пропозицій. Відповідно, після того як

будуть визначені чинники внаслідок яких знижується якість надання медичної допомоги, мультидисциплінарна група повинна розробити комплекс дій та впроваджує комплекс заходів, спрямованих на зростання рівня якості.

В завершенні апробації запропонованих заходів здійснюється аналіз покращень на застосування визначених показників-індикаторів. В завершенні впровадження заходів здійснюється моніторинг показників-індикаторів, спрямований на виявлення наслідків впровадження заходів, спрямованих на зростання якості роботи закладу охорони здоров'я та надання медичної допомоги.

На етапі здійснення моніторингу формується кінцева оцінка результатів внутрішнього аудиту. З цією метою результати, отримані в процесі аналізу та оцінки роботи системи якості за певним переліком показників-індикаторів порівнюються з показниками-індикаторами оцінками, отриманими за попередні періоди та виявити відповідність процесу запланованим параметрам, а також підвести підсумки та узагальнити відповідні висновки. За цими висновками мультидисциплінарна група повинна внести корективи в здійснення відповідних дій, визначити обсяг необхідних змін та здійснити оцінку отриманим результатам. За умов зростання якості визначити, які саме зміни повинні бути здійснені та закріплені в діяльності закладу охорони здоров'я.

На етапі реалізації та здійснення відповідних змін приймається наказ про результати проведення внутрішнього аудиту та впровадження інших заходів, спрямованих на покращення якості надання медичної допомоги населенню.

Запитання для перевірки знань та самопідготовки:

1. Опишіть розбудову системи управління якістю роботи закладу охорони здоров'я.
2. Охарактеризуйте вплив зовнішніх та внутрішніх факторів, на систему управління якістю закладу охорони здоров'я.
3. Охарактеризуйте планування та впровадження політики у сфері якості.
4. Опишіть ресурсне забезпечення системи управління якістю закладу охорони здоров'я.
5. Охарактеризуйте моделювання системи управління якістю надання медичної допомоги.
6. Опишіть процеси, пов'язані із контролем, вимірюванням та аналізом, зазначені в методиках управління якістю.
7. Опишіть результативність процесів впровадження в закладі охорони здоров'я системи управління якістю.
8. Охарактеризуйте ресурси, потрібні для постійного забезпечення роботи системи управління якістю.
9. Опишіть ризики та можливості, які впливають на діяльність та процеси кожного окремого структурного підрозділу закладу охорони здоров'я.
10. Опишіть зовнішні фактори, які впливають на діяльність закладу охорони здоров'я.
11. Охарактеризуйте внутрішні фактори впливу на формування та впровадження діяльності з управління якістю закладу охорони здоров'я.
12. Опишіть процес формування, встановлення, впровадження та дотримання в закладі охорони здоров'я політики у сфері якості.
13. Основні ресурси які є необхідними для забезпечення роботи системи менеджменту якості закладу охорони здоров'я.
14. Опишіть механізм формування нової моделі системи управління якістю надання медичної допомоги.
15. Охарактеризуйте процес впровадження моделі управління якістю закладу охорони здоров'я.

Список літератури до розділу:

1. Басєва О.В. *Менеджмент у галузі охорони здоров'я: навчальний посібник*. К.: Центр учбової літератури, 2008. 328 с.
2. Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. *Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні*. К.: Україна, 2018. 368 с.
3. Бережна Ю. Роль національного кластеру охорони здоров'я формуванні потенціалу сфери охорони здоров'я. *Економіст*. 2015. № 4. С. 29-33.
4. Білик О. І. *Принципи оптимізації системи фінансування охорони здоров'я України. Актуальні проблеми економіки*. 2017. № 1. С. 210-218.
5. Бояркіна С. І. *Перспективи розвитку українського законодавства у сфері забезпечення і реалізації права на охорону здоров'я. Правничий вісник Університету "КРОК"*. 2017. Вип. 27. С. 101-107.
6. Булах І. Є. *Медицина інформатика в модулях*. К.: Медицина, 2009. 208 с.

7. Вовк С. М. Взаємовідношення держави з малим та середнім бізнесом в охороні здоров'я країни. *Економіка та держава*. 2015. № 3. С. 48-52.
8. Воронцова К. Права суб'єктів інтелектуальної власності на традиційні знання у сфері охорони здоров'я. *Теорія і практика інтелектуальної власності*. 2014. № 6. С. 21-31.
9. Воронцова Т. В. *Основи здоров'я*. К.: Алатон, 2008. 160 с.
10. Ворсовський О. Л. Фінансовий потенціал підприємств, основним видом діяльності яких є охорона здоров'я та надання соціальної допомоги. *Економіка та держава*. 2016. № 7. С. 44-47.
11. Герасимчук Н. А. Правовий статус суб'єктів господарювання, які проводять господарську діяльність з медичної практики у сфері охорони здоров'я. *Медичне право*. 2018. № 2. С. 9-24.
12. Гладун З. Зміст та особливості адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я населення. *Право України*. 2013. № 10. С. 241-249.
13. Двірська О. В. Медіація у сфері охорони здоров'я - правові проблеми та перспективи розвитку. *Правничий вісник Університету КРОК*. 2015. Вип. 21. С. 123-129.
14. Дешко Л. Конституційно-правові гарантії прав людини і основоположних свобод у сфері охорони здоров'я. *Право України*. 2011. № 11/12. С. 53-61.
15. Дмитрук О. Ю. *Спортивно-оздоровчий туризм*. К.: Альтерпрес, 2008. 280 с.
16. Семигіна Т. Охорона здоров'я у глобальному та європейському порядку денному. *Політичний менеджмент*. 2012. № 1/2. С. 112-121
17. Стеценко С. Г. *Медичне право України: правові засади забезпечення медичного страхування: монографія*. К.: Атіка, 2010. 208 с.
18. Терешко Х. Я. Права пацієнтів за умов запровадження електронної системи охорони здоров'я: деякі проблеми дотримання. *Медичне право*. 2018. № 2. С. 50-58.

РОЗДІЛ 3.

ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКОСТЮ РОБОТИ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Ключові питання розділу:

3.1. Розробка та впровадження Настанови з якості закладу охорони здоров'я

3.2. Структура Настанови із якості закладу охорони здоров'я

3.3. Організація управління якістю роботи на рівні закладу охорони здоров'я та його структурних підрозділів

3.4. Організація та впровадження контролю в системі управління якістю роботи закладу охорони здоров'я

3.5. Кадрове забезпечення управління якістю роботи закладу охорони здоров'я

3.1. Розробка та впровадження Настанови з якості закладу охорони здоров'я

З метою комплексного та системного забезпечення якості процесів управління та обслуговування пацієнтів в закладах охорони здоров'я необхідним є розробка та впровадження «Настанови з якості» як уніфікованого базового документу спрямованого на аналіз, дотримання, оцінку якості, дотримання стандартів якості та покращення якості надання медичних послуг в закладі охорони здоров'я. Міністерством охорони здоров'я в Україні запроваджено добровільну сертифікацію оцінювання якості надання медичних послуг відповідно до міжнародних стандартів, та гармонізованих з вітчизняними стандартами ДСТУ ISO 9001:2009 «Системи управління якістю. Вимоги» проте як в медичному закладу відсутня система управління якість що відповідає європейським стандартам такий заклад не може претендувати на акредитацію на вищу категорію.

Важливим базовим етапом формування в закладу охорони здоров'я системи управління якістю є розроблення «Настанови з якості». В цьому документі визначається вся система управління якістю закладу на різних його рівнях. Затвердженій структури також настанови не існує. Проте найбільш оптимальною. Для функціонування закладу охорони здоров'я характерною є прийняття наступної структури новоствореної «Настанови з якості»:

- Вступ;
- Політика якості закладу;
- Загальні відомості про заклад та системи управління якістю;
- Сфера застосування Настанови з якості;
- Нормативно правові основи та посилення;

- Терміни та визначення;
- Здійснення управління якістю;
- відповідальність керівництва в сфері управління якістю;
- Керування ресурсним забезпеченням закладу;
- Надання послуг , їх планування проектування впровадження;
- Вимірювання, оцінка , аналізування та покращення;
- Додатки, що включають організаційно-управлінську структуру закладу,

та організаційно-управлінську схему систем управління закладом, модель системи управління кістю закладу.

У розділі «Нормативно – правові основи та посилання» визначено, що нормативно-правовою основою діяльності закладу охорони здоров'я ТОВ в формуванні та управління системою управління якістю закладу є використання міжнародних гармонізованих стандартів якості ДСТУ ISO 9001:2007 «Системи управління якістю. Основні положення та словник термінів», ДСТУ ISO 9001:2009 «Системи управління якістю. Вимоги», ДСТУ ISO 9004:2012 «Управління за для досягнення сталого розвитку організації. Підхід на основі управління якістю», ДСТУ ISO 19011:2012 «Настанови щодо здійснення аудитів систем управління».

Таким чином, в закладі охорони здоров'я формується система управління якістю, визначається політика та цілі в сфері якості. Керівництво поліклінікою інформує персонал закладу стосовно методів та засобів якими буде забезпечуватися управління якістю закладу. Таким чином спільними зусиллями вдається досягнути налагодженої ефективної роботи та зростання якості надання медичної допомоги, медичних послуг в закладі.

У Вступі «Настанови з якості» закладу охорони здоров'я визначена головна місія та пріоритети діяльності закладу. Так головною місією діяльності закладу охорони здоров'я є постійний розвиток та зростання якості надання медичної допомоги, умов лікування та процесу надання медичних послуг, зростання задоволення пацієнтів медичними послугами, що забезпечить ефективний збалансований розвиток установи. Відповідно до Наказів МОЗ України щодо вдосконалення надання медичної допомоги в медичних закладах та відповідно до мети зростання якості надання медичних послуг у закладі охорони здоров'я доцільним є створення та впровадження системи якості надання медичних послуг відповідно до ДСТУ ISO 9001:2009 «Системи управління якістю. Вимоги».

У другому розділі «Політика якості закладу» визначається, що головною місією та пріоритетом функціонування закладу охорони здоров'я є постійний розвиток та покращення надання медичної допомоги пацієнтам, що забезпечить загальний розвиток закладу. Відповідно до севри діяльності поліклініки, керівництво поліклініки зобов'язується формує політику з управління системою якості закладу. Цілями цієї політики якості закладу є:

- безперервне покращення якості надання медичних послуг;

- розробка та впровадження програм розвитку персоналу з приділенням уваги питанню підготовки кадрів та вирішенню соціальних питань працівників з метою формування у персоналу поліклініки прагнення до безперервного покращення якості надання медичних послуг та роботи в закладі;
- сприяння формуванню гарної репутації закладу охорони здоров'я серед пацієнтів, громади, партнерів-постачальників;
- проведення своєчасної модернізації пристроїв та впровадження нових технологій;
- залучення та доцільного результативного використання інвестицій з метою забезпечення високої якості надання медичних послуг розширення переліку надання послуг та покращення техніко технологічної бази надання діагностично-лікувальних послуг;
- гарантування стабільного якісного надання медичних послуг застосовуючи для цього постійний аналіз та покращуючи результативність системи управління якістю.

Таким чином формується політика якості яка є основою для подальшого визначення та аналізу завдань щодо забезпечення якості закладу охорони здоров'я.

У третьому розділі «Загальні відомості про заклад та систему управління якістю» визначається загальні вимоги та законодавче нормативно правове поле на кому формується система якості закладу. Так базовою системою управління для системи управління якістю закладу охорони здоров'я є система побудована відповідно до ISO 9001:2008 «Системи управління якістю. Вимоги», та ДСТУ ISO 9001:2009 «Системи управління якістю. Вимоги» а в систему управління покладено процес ний підхід щодо обслуговування пацієнтів в та організації системи забезпечення якості в роботі закладу. Документально оформлена політика закладу охорони здоров'я щодо якості надання медичних послуг поширюється на всю діяльність закладу. Всі документи розроблені та прийняті в межах управління системою якості а саме документовані процедури локальні протоколи та інші документи систематизують та визначають вимоги до процесів системи управління якістю. Відповідальність за розробку впровадження та функціонування в робочому стані системи управління якістю та процеси що її формують несе представник вищого керівництва - заступник директора поліклініки з питань медичного забезпечення.

Система управління якістю закладу охорони здоров'я має структуру представлену на рис. 3.1. та складається з чотирьох базових рівнів.

Рівень перший заснований на такій загальній основоположній документації як Настанова з якості, політика з якості, Положення про діяльність закладу та Статуту закладу охорони здоров'я.

Другий рівень включає локальні протоколи, стандартні операційні процедури, документовані процедури, порядки надання медичної допомоги, розроблені положення про підрозділи закладу як визначають та регламентують

їх діяльність.

Третій рівень поєднує посадові інструкції, локальні протоколи, робочі інструкції з експлуатації технічних засобів, алгоритми дій при невідкладних станах, а також інструкції з охорони праці, пожежної безпеки, таблиці оснащення функціональних підрозділів та плани розміщення техніки пристроїв в відділеннях, тобто документацію що деталізує та уточнює документації другого рівня.

Четвертий рівень поєднує записи та протоколи в яких зазначені одержані результати проведених робіт зокрема в аспектах зростання якості надання медичних послуг.

Таким чином, у закладі охорони здоров'я визначаються процеси які входять до системи управління якістю їх взаємодія та документація яка регламентує здійснення цих процесів, критерії, методи, засоби та необхідні ресурси для впровадження моніторингу роботи системи управління якістю.

Система управління якістю закладу охорони здоров'я передбачає впровадження наступних процесів:

- здійснення процесу планування, аналізу, оцінювання та покращення системи управління якістю;
- управління документацією та інформатизацією процесів управління даними;
- управління всіма видами ресурсів: фінансовими, кадровими, матеріальним і т.д.;
- управління процесами взаємодії з пацієнтами закладу;
- управління процесам проектування та розроблення;
- управління процесами закупівлі;
- управління процесами здійснення операційної діяльності із надання медичної допомоги та медичних послуг;
- здійсненням процесів оцінювання, аналізування безпеки надання медичних послуг;
- організацією моніторингу та вимірювання послуг та процесів;

Всі процеси як діють в системі управління якістю закладу взаємопов'язані та взаємодіють між собою. Таким чином моделі системи управління якістю поділяються на три основні групи:

Процеси менеджменту тобто процеси які відбуваються на рівні стратегічного управління закладом охорони здоров'я.

Основні процеси, що відбуваються на рівні тактичного управління закладом.

Підтримуючі процеси, то-б то процеси що здійснюються на рівні оперативного управління.

Процеси менеджменту окреслюють та планують основні напрями діяльності закладу охорони здоров'я, та є основою для основних та підтримуючих процесів. Підтримуючі процеси в свою чергу забезпечують

ефективне впровадження процесів управління та основних процесів закладу.

З метою ефективного здійснення процесів системи управління якістю розроблюються критерії результативності, - що виступають певними індикаторами якості та визначаються методичні засади управління системою якості.

У розділі «Відповідальність керівництва» визначається що директор закладу охорони здоров'я, та його заступники та керівники функціональних підрозділів закладу своїми діями забезпечують результативну роботу та безперечно покращення систему управління якістю закладу згідно з вимогами чинного законодавства та міжнародних стандартів якості та державного стандарту. Відповідно до визначених нормативно-правових вимог та потреб ринку та споживачів керівництво закладу охорони здоров'я ініціювало розробку та впровадження системи управління якістю закладу. Безпосереднє управління системою управління якістю здійснює представники керівництва з якості заступник директора закладу з медичного забезпечення, на нього покладена безпосередня відповідальність за розвиток та відповідне функціонування системи якості та зростання якості надання медичних послуг та організації та здійснення відповідних процесів обслуговування пацієнтів. Керівництво системою управління якістю забезпечує виконання наступних функцій:

- доведення до відома працівників закладу першочерговості та вадливості виконана вимог зростання якості надання послуг;
- розроблення та впровадження політики якості;
- визначення цілей системи якості;
- здійснення аналізу роботи системи управління якістю;
- забезпечення закладу необхідними ресурсами.

У розділі «Керування ресурсним забезпеченням закладу» Настанови з якості визначено, що керівництво медичного закладу забезпечує його працівників ресурсами необхідними для впровадження системи управління якістю та зростання ефективності її функціонування. Фінансування діяльності закладу охорони здоров'я здійснюється у встановленому порядку за рахунок коштів місцевого бюджету а також за рахунок інших джерел, що визначені законодавством в межах діючого нормативного поля. У закладу охорони здоров'я самостійно здійснюється бухгалтерський облік, оперативний облік готується статистична звітність та подається відповідним органам уповноваженим здійснювати контроль за діяльністю закладу.

Основні процеси системи управління якістю закладу охорони здоров'я в напрямку управління ресурсами спрямовані на:

- забезпечення раціонального освоєння цільових коштів необхідних для забезпечення функціонування закладу;
- здійснення контролю доцільності та результативності використання фінансових, матеріальних та кадрових ресурсів закладу;
- впровадження економії матеріальних фінансових, людських ресурсів;

- здійснення контролю за дотриманням планової та фінансово-економічної дисципліни;
- здійснення контроль виконання запланованих заходів;
- проведення комплексного аналізу економічних фінансових показників та оцінка результатів планування економічної та господарської діяльності закладу.

У розділі «Надання послуг, їх планування проектування та впровадження» Настанови з якості визначено що керівництво закладу сформувало відповідне виробниче середовище, з метою забезпечення зростання якості надання медичної допомоги пацієнтам поліклініки та забезпечує відповідне оперативне управління виробничим середовищем закладу. Заклад охорони здоров'я здійснює планування роботи на наступний рік то готує «Комплексний план - цільову програму надання якісної медичної допомоги пацієнтам закладу охорони здоров'я на 2020-2021 роки» також переглядає та узгоджує плани організаційних дій на наступний рік.

У планах визначаються цілі щодо зростання якості та потреби закладу в розробленні чи адаптації локальних протоколів та порядків надання медичної допомоги пацієнтам в закладу, визначається необхідність перевірки медичних послуг та критерії щодо їх отримання; переважається обсяги та необхідність в забезпечення всіма видами ресурсів, визначають здійснення необхідних робіт щодо здійснює моніторингу перевірки вимірювання послуг та їх якості, затверджується графік повірки обладнання та планується інші заходи. На основі розробленого та прийнятого комплексного плану керівники функціональних підрозділів складають плани роботи цих підрозділів на рік.

Вимоги щодо здійснення процесів надання медичної допомоги у закладу охорони здоров'я визначається згідно з наказами МОЗ і відповідно до локальних протоколів, мед сестринських стандартів, тощо.

У закладі здійснюється проектування та впроваджуються нові методи роботи. Їх впровадження планують згідно плану основних організаційних заходів. Водночас, на протязі трьох місяців від набрання чинності оновленого клінічного протоколу закладу охорони здоров'я здійснює розробку відповідного локального протоколу. Для цього керівництво закладу створює робочу групу, призначає відповідальних за проектування цього протоколу.

Сформована робоча група досліджує нормативні вимоги, основні функції локального протоколу, здійснює аналіз інформації, проектує структуру протоколу, та його узгодження з іншим нормативними документами та функціями в роботі закладу аспектах можливої неузгодженості. При цьому, до процесів проектування розроблення залучаються працівники підрозділів закладу що визначають ймовірні проблеми та оцінюють перспективи його практичного втілення.

Здійснюючи процеси закупівлі закладу охорони здоров'я забезпечує відповідність закуплених ресурсів визначеним вимогам, шляхом виконання

наказів ДОЗ. Закупівля здійснюється відповідно до кошторису центру. При цьому тендерна комісія закладу здійснює оцінку постачальників та визначає тих що постачатимуть продукцію відповідно з вимогами закладу та пунктів нормативно технічних документів та Форми оцінки постачальників.

Всі процеси які здійснюються в закладі формалізуються локальними протоколами медичної допомоги та відповідного порядку надання медичної допомоги, стандартами та відповідними наказами.

Надання медичних послуг уніфікується з допомогою надання кожному пацієнтові закладу уніфікованого номера.

Основні засоби та інші матеріальні ресурси, що надходять закупаються в закладу а також необоротні швидкозношувані предмети, медикаменти, перев'язувальні матеріали продукти харчування закуплені за кошти загального та спеціальних фондів всі матеріальні ресурси в тому чи і іншому вигляді які надходять до закладу перевіряються та приймаються відповідальними особами за кількістю відповідністю та якістю.

Закуплена продукція перевіряється засобами вхідного контролю реактивів та допоміжних матеріалів, допоміжних та лікарських засобів. Загальні вимоги до процесу проведення закупівель та перевіряння закупленої продукції закладу охорони здоров'я зазначена в посадовій інструкції керівника планово-економічного відділу.

У розділі «Вимірювання, оцінка, аналізування та покращення» Настанови з якості закладу охорони здоров'я регламентуються процеси моніторингу, вимірювання аналізу та покращень як необхідні для того щоб:

- підтвердити відповідність наданої медичної допомоги пацієнтам;
- забезпечити відповідність систем управління якістю закладу;
- забезпечити безперечне покращення ефективності функціонування системи управління якістю закладу.

Відповідність надання наданих медичних послуг вимогам підтверджується шляхом моніторингу якості надання медичних послуг у всіх функціональних структурних підрозділах закладу. З метою здійснення постійного моніторингу та аналізу якості надання медичних послуг застосовують статистичні методи, за їх результатами формують пропозиції щодо покращення рівень якості надання медичних послуг.

При цьому відповідність діючої у закладі системи управління якістю підтримується завдяки впровадженню внутрішніх аудитів системи якості а також із застосуванням регулярного аналізу її функціонування із врахуванням результатів моніторингу процесів системи управління якістю та з наявністю та аналізом інформації щодо ступень задоволення пацієнтів. У процесі планування дій з покращення роботи системи управління якістю застосовуються політику та цілі в сфері управління якістю та результати запобіжних та коригувальних дій які спрямовані на усунення відмінностей та недопущення їх появи в майбутньому. У закладі охорони здоров'я регламентовано процеси отримання

та аналізу інформації яка надходить від пацієнтів та замовників а також процеси моніторингу, вимірювання аналізу та покращення системи управління якістю та забезпечення систем управління якістю з метою їх постійного безперервного вдосконалення.

Так у закладу охорони здоров'я регламентовано процеси внутрішнього аудиту системи управління якістю, яка здійснюється з метою визначення:

Відповідності системи управління якістю визначним згідно прийнятих планів заходам, вимогам міжнародних стандартів та вимогам які застосовуються до систем управління якістю закладу охорони здоров'я відповідно до наказів МОЗ України а саме наказу №207 від 27.03.2012р. « Про затвердження Порядку проведення внутрішнього аудиту в системі Міністерства Охорони здоров'я України». Та № 752 від 28.09.2012р. « Про порядок контролю якості медичної допомоги»; а також ефективності функціонування системи управління якістю пацієнтам закладу.

3.2. Структура Настанови із якості закладу охорони здоров'я

Застосування системи управління, якості в роботі закладів охорони здоров'я в сучасних умовах є однією із засад управління закладів охорони здоров'я. Застосувати при цьому стандарти ISO 9001:2009 "Системи управління якістю". Вимоги вирішує сам заклад, проте відповідно до нових стандартів акредитації, затверджених наказом МОЗ України від 14.03.2011 р. №142, якщо медичний заклад претендує при проходженні акредитації на вищу акредитаційну категорію, то він обов'язково повинен сформувати дієву систему управління якістю, що відповідала б європейським стандартам. Відповідно, першочерговим питанням розробки та формування в закладі охорони здоров'я систем управління якістю є розробка Настанови з якості. Настанова з якості є документом, у якому описують всю систему управління якістю того чи іншого закладу охорони здоров'я на різних його рівнях.

Основними структурними елементами Настанови з якості закладу охорони здоров'я є такі розділи:

1. Вступ.
2. Політика якості закладу охорони здоров'я.
3. Загальні відомості про заклад охорони здоров'я.
4. Сфера застосування Настанови якості.
5. Нормативні посилання.
6. Терміни та визначення Настанови якості.
7. Система управління якістю та вимоги до її документації та оформлення.
8. Відповідальність керівників закладу (обов'язки керівників, орієнтація на засновників, формування та впровадження політики в сфері якості, планування, відповідальності, надання повноважень та інформування, здійснення оцінювання та аналіз діяльності і якості керівництвом закладу).
9. Управління ресурсами (забезпечення закладу матеріальними та фінансовими ресурсами, забезпечення кадровими людськими ресурсами, розбудова інфраструктури, створення робочого середовища).
10. Надання послуг (процеси планування в наданні послуг закладу, проектування та розроблення послуг, закупівля матеріальних ресурсів, процес обслуговування, здійснення системного контролю за засобами моніторингу та вимірювального обладнання).
11. Вимірювання, аналіз та поліпшення (опис загальних положень, здійснення моніторингу та вимірювання, впровадження контролю можливих невідповідностей, аналіз та оцінка даних, впровадження покращень).
12. Додатки (до необхідних додатків слід віднести організаційно-управлінську структуру закладу охорони здоров'я, схему, організацію та управління системи управління якістю закладу та моделювання системи управління якістю закладу охорони здоров'я).

Таким чином вище керівництво закладу охорони здоров'я інформує

його працівників про те, якими методами та засобами буде здійснюватися управління якістю і надання медичної допомоги пацієнтам та функціонуванні закладу охорони здоров'я. Спільними зусиллями персоналу та керівництва закладу вдається налагодити та підвищити якість надання медичних послуг, сформувавши ефективну та якісну сучасну систему документообігу.

У вступі Настанови якості визначено, що місією та пріоритетом роботи закладу є розвиток, поліпшення та удосконалення надання медичної допомоги, умов лікування, організації та проведення процесів лікування, що дає можливість забезпечити комплексний системний гармонізований розвиток закладу охорони здоров'я.

Керуючись чинним законодавством, а конкретніше наказами МОЗ України «Про вдосконалення організації надання медичної допомоги в медичних закладах» із метою покращення надання медичних послуг у закладі охорони здоров'я необхідним стало впровадження і функціонування системи якості надання медичних послуг, згідно з вимогами державного стандарту ISO 9001:2008 «Системи управління якістю. Вимоги» та додатково гармонізованого стандарту ДСТУ ISO 9001:2009 «Системи управління якістю. Вимоги».

Відповідно Настанова з якості є основним документом, в якому описується система управління якістю закладу охорони здоров'я її зв'язок із чинною нормативною правовою базою, принципи, та основи оцінювання якості надання медичних послуг медичного закладу його споживачами.

Нормативно-правова база, на засадах якої розроблено Настанову управління якістю це ISO 9001:2008 «Системи управління якістю. Вимоги», міжнародний стандарт ISO 9000:2005 «Системи управління якістю. Основні положення та словник», гармонізовані стандарти ДСТУ ISO 9001:2009, ДСТУ ISO 9001:2007, та IWA 1:2005 «Системи управління якістю. Настанови щодо поліпшення процесів в організаціях охорони здоров'я» та ДСТУ IWA 1:2007. Терміни та визначення, які застосовуються в Настанові з якості визначені в міжнародному стандарті ISO 9000:2005 «Системи управління якістю. Основні положення та словник», і відповідно в гармонізованому стандарті ДСТУ ISO 9001:2007.

Таким чином, Настанова управління якістю закладу охорони здоров'я визначають політику якості закладу, надає загальні відомості про заклад, відомості про процеси управління якістю та їх організацію, описує структуру, надає структурну схему системи управління якістю закладу, та повну інформацію про призначення відповідальних та розподіл відповідальності і повноважень між посадовими особами щодо управління якістю закладу.

В розділі «Політика якості» Настанови з якості визначається, яким чином в наданні медичної допомоги закладу охорони здоров'я буде здійснюватися політика відповідно до мети настанови з якості та вітчизняних та міжнародних стандартів якості ДСТУ ISO 9001:2008, ДСТУ ISO 9001:2009. Відповідно до галузі діяльності закладу охорони здоров'я керівництво цього закладу

зобов'язується:

1. Покращувати якість надання медичних послуг та підвищувати кваліфікацію медичного та обслуговуючого персоналу закладу охорони здоров'я.

2. Розробляти та впроваджувати сучасні програми розвитку персоналу, приділяючи особливу увагу підготовці і зростанню кваліфікації персоналу лікарні та формування у колективі бажання до безперервних покращень якості надання медичних послуг.

3. Сприяти зростанню рівня довіри до закладу охорони здоров'я та його репутації серед пацієнтів, колег, громади поставників та ринкових контрагентів.

4. Своєчасно проводити оновлення, модернізацію обладнання та впроваджувати нові ефективні технології в лікуванні.

5. Спрямувати зусилля на широке залучення необхідних інвестиційних ресурсів та використовувати інвестиції та фінансування з метою зростання якості надання медичних послуг, зростання переліку цих послуг, впроваджувати нове обладнання та технології.

6. Забезпечити стабільність в наданні медичних послуг, засновуючись на засадах аналізу та оцінювання якості роботи, покращувати результати роботи закладу завдяки таким заходам та діям, як:

- виконання норм чинного законодавства України в сфері безпеки надання медичних послуг для життя та здоров'я населення;

- здійснення постійного моніторингу щодо діяльності основних функціональних підрозділів та відділень лікарні з метою забезпечення максимальної ефективної їх роботи та зростання якості надання медичних послуг;

- сприяння впровадження в роботі закладу сучасних інноваційних методик лікування та застосування сучасних технологій надання допомоги, здійснення лікування пацієнтів з дотримання рівня свіжих стандартів в закладі, в результаті чого буде здійснюватися системний розвиток закладу;

- зростання рівня задоволення пацієнтів якістю отриманих медичних послуг та отримання позитивного результату від застосування сучасних методик;

- оптимізації процесів лікування із застосуванням сучасних інноваційних техніки та технологій;

- створення комфортних умов для перебування пацієнтів в лікарні та отримання медичних послуг, чуйність, людяність, гуманізм в роботі медичного персоналу, увага до потреб та надання моральної підтримки пацієнтам;

- забезпечення ефективного функціонування та покращення системи управління персоналом як невід'ємного елемента загальної системи управління якістю із застосуванням сучасних методик підготовки та зростання кваліфікації кадрів, як в аспектах професійної підготовки так і в сфері розвитку їх ділової творчої активності, розвитку та розкриття їх здібностей, сприяння у вирішенні соціальних проблем та запитів працівників лікарні;

- зростання ділової репутації та визнання високої якості роботи лікарні серед громади та інших лікувальних закладів в Україні;

- забезпечення отримання та зростання економічних та фінансових результатів в роботі лікарні.

Таким чином, політика якості закладу охорони здоров'я є основою для визначення та аналізування цілей в сфері якості цієї лікарні.

У третьому розділі «Система управління якістю» Настанови з якості визначено, що система управління якістю, що розроблена та впроваджена в закладу охорони здоров'я поширюється на надання медичної допомоги всім пацієнтам лікарні так і колективу лікарні, його персоналу.

Розроблена відповідно до вимог та стандартів чинного законодавства та впроваджена система управління якістю забезпечує покращення організації та здійснення діяльності закладу охорони здоров'я умов лікування та процесу здійснення лікування, рівня оздоровлення пацієнтів та задоволення їх запитів, що забезпечить змінення комплексного системного постійного розвитку цієї лікарні.

Базовою основою для менеджменту, здійснення управління системою управління якістю є вимоги стандартів ДСТУ ISO 9001:2008, ДСТУ ISO 9001:2009. Система управління якістю закладу охорони здоров'я будується на засадах процесного підходу, який забезпечує ефективне функціонування та зростання якості результативності системи управління якістю та оцінки задоволення пацієнтів.

При цьому, всі документи які застосовуються в системі управління якістю, а саме документовані процедури та процедури за операціями, протоколи визначають вимоги щодо процесів управління якістю.

Документально оформлена політика закладу охорони здоров'я щодо якості надання медичних послуг поширюється на всю діяльність закладу охорони здоров'я пов'язану із її безпосередньою діяльністю в лікуванні населення.

Відповідальність за розробку впровадження та розвиток системи управління якістю лікарні покладена на представника з вищого керівництва в сфері якості, а саме на заступника головного лікаря з медичного забезпечення.

Система управління якістю закладу охорони здоров'я має структуру представлену на рис. 3.1.

Структура системи управління якістю має чотири основні рівні. Перший рівень - Політика якості, Настанова з якості, Положення про заклад охорони здоров'я. Другий рівень – документовані процедури, локальні протоколи, стандартні операційні процедури, порядки про діяльність з надання медичної допомоги, положення про відділення, які регламентують діяльність в сфері надання медичної допомоги. Третій рівень –містить посадові інструкції та стандарти для медичних сестер, які деталізують все вище зазначене на третьому рівні. Четвертий рівень – містить протоколи, в яких фіксуються отримані результати та реєструється і підтверджується виконання функцій з управління якістю.

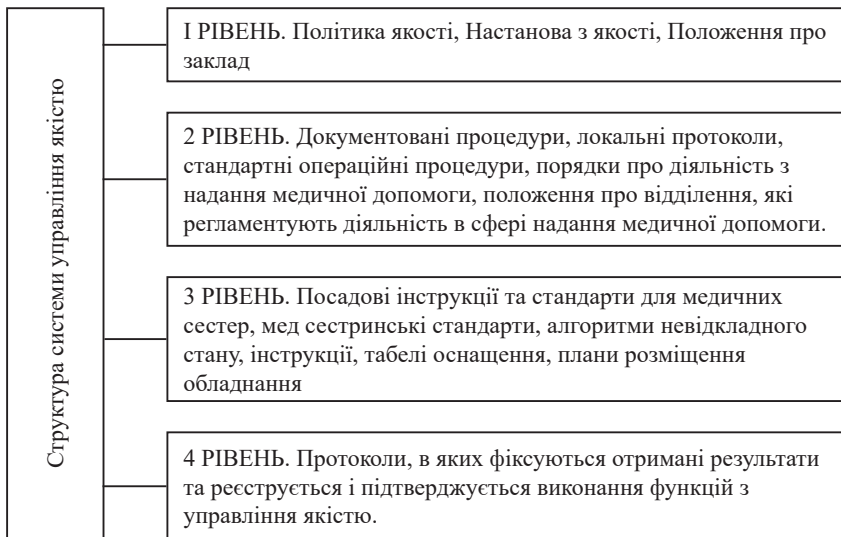


Рис. 3.1. Структура системи управління якістю закладу охорони здоров'я

В закладу охорони здоров'я визначено процеси що входять в систему управління якістю та їх взаємодію, і документи які регламентують впровадження цих процесів, також показники, критерії та методи, які можуть застосовуватися із метою впровадження моніторингу роботи процесів в системі управління якістю.

1. Процес планування, аналізу, оцінки та покращення системи управління якістю;
2. Процес управління даними та документами;
3. Процес управління ресурсами закладу;
4. Процес взаємодії із замовниками, пацієнтами;
5. Процес проектування та розроблення;
6. Процес проведення закупівель;
7. Процес здійснення діагностики, надання консультаційних послуг та лікування пацієнтів в закладі;
8. Процес аналізу, оцінки та управління безпекою надання медичних послуг;
9. Процес моніторингу та вимірювання послуг та процесів.

У Розділі «Відповідальність керівництва» Настанови з якості визначено зобов'язання керівництва лікарні – головного лікаря, його заступників, завідувачів відділень закладу охорони здоров'я які забезпечують ефективну роботу та безперервне покращення системи управління якістю, відповідно з

вимогами міжнародних стандартів ISO 9001:2008 «Системи управління якістю. Вимоги» та державного стандарту ДСТУ ISO 9001:2009 «Системи управління якістю. Вимоги», з метою управління системою якості призначений заступник головного лікаря з медичного забезпечення, який несе відповідальність за результативне впровадження систем управління якістю та забезпечує їх покращення. Відповідальний призначений керівник забезпечує роботу з персоналом щодо необхідності зростання якості наданих медичних послуг, формулювання політики в сфері якості, проведення аналізу систем управління якістю та наявність всіх необхідних ресурсів.

Управлінські дії керівництва закладу охорони здоров'я закладу охорони здоров'я спрямовані на орієнтацією на замовників та пацієнтів лікарні, та надання їм максимально ефективної повної медичної допомоги.

З метою поліпшення якості надання медичних послуг та відповідно до норм чинного законодавства з метою здійснення всебічного постійного безперервного контролю за якістю надання медичних послуг розроблено індикатори якості, які дають можливість відстежити їх кількісне значення, зростання чи навпаки погіршення якості надання медичних послуг і відповідно своєчасно реагувати і вносити відповідні зміни в управління лікарнею.

Керівництво закладу охорони здоров'я формує та доводить до колективу політику закладу в сфері якості, відповідно для якої основним пріоритетом роботи лікарні є максимально ефективне лікування пацієнтів та задоволення пацієнтів медичними послугами, що їх надають.

Планування дій із забезпечення високої якості надання медичних послуг дає можливість визначити цілі в сфері якості на досягнення яких будуть спрямовані дії всього персоналу закладу. Цілі в сфері якості визначаються для всіх відділень, підрозділів та для всіх процесів системи управління якістю. Відповідно, керівники цих функціональних підрозділів несуть відповідальність за реалізації поставлених цілей та їх результати в сфері зростання якості надання медичних послуг. Відповідні нормативи щодо діяльності функціональних підрозділів в системі управління якістю лікарні визначаються в схемі «організаційно управлінської структури управління якістю і положеннях про відділення лікарні та в посадових інструкціях персоналу закладу охорони здоров'я.

На засадах політики управління якістю закладу охорони здоров'я, періодично розробляється та приймається «Комплексний план – цільова програма надання якості медичної допомоги у закладу охорони здоров'я». В цьому документі визначається цілі та напрямки діяльності лікарні, а також заплановані заходи, терміни їх виконання, відповідальні, необхідні фінансові, кадрові, матеріальні та інші ресурси і цільові показники виконання цих заходів, спрямовані на зростання рівня якості надання медичної допомоги.

Заходи та дії, заплановані та прийняті в відповідному плані є обов'язковими до виконання всіма керівниками та персоналом структурних підрозділів

лікарні.

Керівництво закладу охорони здоров'я визначає відповідальність кожного працівника лікарні за діяльність в аспектах зростання якості надання медичної допомоги. Ця відповідальність встановлюється в положеннях про структурні підрозділи та відповідних посадових інструкціях, в процедурах системи управління якістю, локальних протоколах, інструкції та порядках надання медичної допомоги та інструкції, які регламентують здійснення певних дій.

Важливим аспектом управління якістю є організація процесу планування та проведення аналізу системи управління якістю керівництвом лікарні з ціллю встановлення ефективності, результативності її роботи. З цією метою проводяться наради, учасниками яких є головний лікар, його заступники, керівники відділень та персонал, запрошений з конкретних питань. Результати такої наради оформлюються відповідним протоколом який дає оцінку роботи системи управління якістю лікарні за показниками її ефективності та результатами діяльності.

Вхідними даними для проведення такого аналізу є наступна інформація:

- результати проведених зовнішніх та внутрішніх аудитів;
- результати зворотнього зв'язку, налагодженого з пацієнтами;
- результати ефективності здійснення процесів управління якістю в лікарні;
- результати змінених коригувальних та превентивних дій;
- результати дій, спрямованих на мінімізацію негативних наслідків попередніх недоопрацювань;
- зміни, що впливають на загальну роботу системи управління якістю;
- розробка рекомендацій щодо зростання якості роботи.

Важливого значення в ефективному впровадженні системи управління якістю має ефективне управління ресурсами, яке визначається та планується в Розділі «Керування ресурсами» відповідної Настанови з якості.

Відповідно керівництво закладу охорони здоров'я забезпечує працівників лікарні ресурсами, необхідними для забезпечення та зростання якості надання медичної допомоги. Відповідно до законодавства та Загального Положення майно закладу охорони здоров'я є комунальною власністю та закріплюється за закладом на засадах оперативного управління. Фінансування діяльності закладу охорони здоров'я в встановленому порядку з місцевого бюджету та інших джерел, визначених згідно норм чинного законодавства.

Основними процесами системи управління якістю закладу охорони здоров'я в сфері управління ресурсами є:

- забезпечення ефективного використання цільових фінансових ресурсів, спрямовуючи їх на утримання та розвиток закладу охорони здоров'я;
- контроль доцільності та ефективності використання фінансових матеріальних та трудових ресурсів ;
- забезпечення дотримання режиму економії всіх виді ресурсів, що вико-

ристовуються;

- забезпечення високого рівня фінансово-економічної дисципліни;
- забезпечувати контроль виконання визначених цілей та завдань;
- здійснювати комплексний економічний аналіз та оцінку результатів.

3.3. Організація управління якістю роботи на рівні закладу охорони здоров'я та його структурних підрозділів

Якість контролю медичної допомоги питання складне та багатовимірне, що потребує комплексного підходу до його обґрунтування та вирішення.

Так, з метою формування системи ефективного контролю якості роботи головним лікарем медичного закладу охорони здоров'я формується та затверджується на рівні закладу охорони здоров'я та у відповідних державних структурах і органах документація щодо розбудови та впровадження системи контролю якості медичної допомоги. Як правило, впровадження таких систем контролю якості медичної допомоги затверджується наказом керівника медичного закладу. Так, в закладі охорони здоров'я відповідно до цього наказу формується комісія, яка займатиметься питаннями забезпечення якості медичної допомоги. Метою роботи цієї комісії має стати розроблення дієвих програм для безперервного зростання якості медичної допомоги на засадах більш глибокого дослідження застосованих для оцінювання діяльності закладу показників, виявлення та дослідження наявних недоліків та недоопрацювань, отриманих скарг від хворих та ненадання ліків, та медичним персоналом закладу пропозицій щодо покращення роботи закладу охорони здоров'я. З метою залучення лікарів та медичного персоналу закладу до ефективної діяльності як учасників зазначеної комісії слід переконати їх в необхідності доцільності спільних дій, спрямованих на зростання якості роботи медичного закладу та надання медичної допомоги пацієнтам, також об'єднати зусилля всього персоналу в досягненні поставленої мети.

Особливу увагу потрібно звернути на пошук дефектів та недоліків в роботі медичного закладу на всіх його ланках, підрозділах та операціях для того, щоб виявити ці дефекти та недоліки в наданні медичної допомоги, оскільки це необхідно для того, щоб сформувавши дієву програму та впровадити заходи щодо усунення цих недоліків та підвищення якості надання медичної допомоги. Відповідальним за організацію та роботу цієї комісії найчастіше призначається заступник головного лікаря з медичної роботи, а за організацію роботи щодо зростання якості надання медичних послуг молодшим медичним персоналом, як правило відповідальною призначається головна медична сестра. На рівні кожного структурного підрозділу окремо роботу в сфері забезпечення якості контролює та організовує керівник кожного структурного підрозділу закладу охорони здоров'я для свого персоналу та відділення чи підрозділу в межах наданих йому адміністрацією повноважень, а відповідно управління якістю - молодшого медичного персоналу на рівні кожного окремого підрозділу опікується старша медична сестра. Відповідна робота та її обсяги визначаються в посадових інструкціях медичного персоналу. Управління якістю надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я визначається та прописується в прийнятих та затверджених перспективних та поточних планах, в яких

визначаються окремі розділи, присвячені саме цьому питанню.

Загалом, контроль якості надання в медичних закладах медичної допомоги є невід'ємною частиною комплексних дій з забезпечення якості надання медичної допомоги населенню на всіх рівнях. Так, на рівні самого медичного закладу, відповідно до загальнодержавної системи охорони здоров'я здійснюються наступні ступені контролю якості:

- 1 ступінь, який здійснюється завідувачем, керівником структурного підрозділу, відділу який здійснює оцінювання якості наданої його підрозділом пацієнтам медичної допомоги кожним лікарем та пацієнтам, які завершили своє лікування у відповідному підрозділі;

- 2 ступінь контролю якості надання медичної допомоги реалізується на рівні заступників головного лікаря медичного закладу. Для визначення якості надання медичної допомоги на цьому рівні керівники, заступники головного лікаря користуються наявною в закладі обліковою документацією, де здійснюються експертне оцінювання якості надання медичної допомоги не менш ніж 10-20% пацієнтів щодня;

- 3 ступінь контролю якості надання медичної допомоги здійснює експертна комісія закладу охорони здоров'я, яка щомісячно оцінює роботу структурних підрозділів. Наступні рівні контролю здійснюють територіальні та регіональні органи управління в сфері охорони здоров'я;

- 4 ступінь контролю якості надання медичної допомоги здійснюють експертна комісія міського відділу охорони здоров'я, яка щоквартально повинна оцінювати якість роботи закладів охорони здоров'я;

- 5 ступінь контролю здійснює експертна комісія обласного управління охорони здоров'я щоквартально.

Аналіз умов надання медичної допомоги на основі медичного страхування оцінку якості надання медичної допомоги доцільно здійснювати на основі 3 ступенів контролю.

Перший ступінь має здійснюватися на рівні внутрішньовідомчому експертною комісією органів охорони здоров'я. Другий ступінь контролю якості має здійснюватися експертною комісією медичної організації страхувальника на умовах позавідомчого контролю.

Третій ступінь контроль якості надання медичної допомоги повинна впроваджувати незалежна експертна комісія у випадку появи конфліктів між пацієнтами та закладом охорони здоров'я або надходження скарг від пацієнтів до цього органу. З метою аналізування та оцінювання якості надання медичної допомоги пацієнтам як основа використовуються клінічні протоколи та медичні стандарти.

Під впровадженням медичних стандартів в діяльності закладу охорони здоров'я науковці розуміють розробку цих стандартів на засадах клінічних рекомендацій забезпечують їх практичне застосування. Крім цього медичні стандарти та клінічні рекомендації є інструментарієм, який надає можливість

лікарям покращити клінічні результати та ефективність впровадження лікувально-діагностичних процедур завдяки покращенню процесів прийняття медичних рішень та підвищити взаємодію між структурами закладу охорони здоров'я, розширити доказову базу, та зменшити відмінності які існують у лікуванні відповідних захворювань. Вони забезпечують працівникам охорони здоров'я доступ до сучасної інформації та вимог до сучасних методів та технологій лікування і запровадити професійну роботу у відповідності із міжнародними кращими практиками та нормами.

Водночас, за досвідом країн існує певна відмінність між формуванням розробок, рекомендацій та їх впровадженням у практичну діяльність. Так, клінічні рекомендації та медичні стандарти спрямовані на поєднання наукових фундаментальних та прикладних досліджень НДКР в медичній сфері та практичним застосуванням цих розробок, а тому таке впровадження в практику потребує застосування численних наукових та науково-практичних підходів, які забезпечували б можливість таких проваджень в практичній діяльності закладів охорони здоров'я. Саме тому для впровадження клінічних рекомендацій та медичних стандартів на практиці необхідним є проведення пілотних тестувань. Для здійснення таких пілотних тестувань та впроваджень доцільним є формування робочої групи, яка і здійснює процеси впровадження та аналізу його результатів та дає можливість отримати відповідні висновки.

Основними принципами, на засадах яких повинно здійснюватися впровадження клінічних рекомендацій та медичних стандартів є:

1. системне, послідовне управління процесами їх впровадження та підтримка, всіляке сприяння самих розробників;
2. доступність та можливість виконання цих медичних стандартів та КР;
3. підтримка такого тестового впровадження відповідною мультидисциплінарною групою фахівців;
4. застосування системного підходу до планування фінансового забезпечення впровадження;
5. застосування системного підходу до процесів самого впровадження клінічних рекомендацій та медичних стандартів;
6. здійснення процесу оцінювання та налагодження механізму ефективного зворотного зв'язку.

Планування впровадження потрібно розпочинати зарані, фактично з початку опрацювання теми напряму клінічних рекомендацій. Адже значна частина складових уніфікованого алгоритму формування клінічних рекомендацій та медичних стандартів дають можливість сформувати компоненти інформації, які в майбутньому будуть потрібними на етапах здійснення впровадження. Так, в процесі підготовки заходів з впровадження доцільним є виконання наступних дій:

1. сформувати групу осіб, відповідальних за впровадження;
2. визначити можливі ризики та перешкоди подальшому впровадженню;

3. визначити, на яких саме базах закладів охорони здоров'я потрібно здійснювати це впровадження;

4. розробити та прийняти відповідні накази та розпорядження в обласних управліннях закладів охорони здоров'я та безпосередньо на місцях в закладах охорони здоров'я;

5. сформувати програми проведення каскадних тренінгів для колективів фахівців, залучених до роботи мультидисциплінарних груп;

6. вирішити організаційні задачі для проведення аналізу впровадження.

Таким чином, існують зовнішні та внутрішні перешкоди впровадженню сформованих медичних стандартів.

До першої групи чинників, які перешкоджають впровадженню клінічних рекомендацій та медичних стандартів можна віднести чинники, пов'язані із особливістю самих рекомендацій.

Відсутністю потрібного медичного устаткування, необхідних реактивів та фінансових ресурсів, як в самих закладах так і загалом в системі охорони здоров'я, та відсутністю нормативно-правового базису впровадження ті інших факторів.

До другої групи факторів відносять фактори „керовані”, втім значну частину невиконання медичних стартапів-стандартів на місцях спровокували саме вони. До другої групи факторів можна віднести недоліки в організації надання медичних процедур; низька якість підготовки медичних працівників, їх недосконала кваліфікованість та їхнє небажання змінювати звичну систему роботи і перелаштовуватися на впровадження відповідних стандартів. Вплив цих внутрішніх факторів-перешкод може бути значно зменшеним за умови, що впровадження буде здійснюватися відповідно до окресленого стандарту, регламенту розроблення та адаптації клінічних рекомендацій та медичних стандартів.

Водночас, при формуванні груп провадження, однією із важливих задач може бути поставлене завдання виявлення внутрішніх і зовнішніх перепон та розроблення заходів для зменшення їх негативного впливу чи нейтралізації.

Відповідальними за впровадження клінічних рекомендацій та медичних стандартів мають бути районні, міські та регіональні управління охорони здоров'я та керівники закладів охорони здоров'я всіх форм власності. Відповідно, в цих структурах утворюються комісії з впровадження клінічних рекомендацій та медичних стандартів, до яких повинні входити провідні фахівці та керівники. Провідною метою діяльності таких комісій має стати здійснення інформаційної роботи серед фахівців та громадськості, а також здійснення аудиту та оцінювання показників ефективності результатів такого впровадження. Окрім вище зазначеного такі комісії повинні бути забезпеченими спеціальними ресурсами для поширення КР та медичних стандартів, що забезпечуватиме можливість здійснення спільної роботи та організації взаємодії закладів охорони здоров'я різних рівнів. Зазначимо,

що при розробленні та впровадженні клінічних рекомендацій та медичних стандартів необхідним є дотримання принципів доказової медицини. Так, доцільним є залучення управління охорони здоров'я та медичних установ до поширення клінічних рекомендацій та медичних стандартів для якнайширшого ознайомлення з ними лікарів та медичного персоналу закладів охорони здоров'я і забезпечуватиме створення позитивних умов для впровадження клінічних рекомендацій і медичних стандартів в діяльності сучасних закладів охорони здоров'я. Вагомого значення для поширення та впровадження клінічних рекомендацій та медичних стандартів має інформаційна підтримка в засобах масової інформації, налагодження інформаційних комунікаційних зв'язків між різними закладами. Не менш вагоме значення має залучення до поширення та впровадження клінічних рекомендацій та медичних стандартів професійних спілок в медичній сфері, які об'єднують медичний персонал, таких як Асоціація лікарів загальної практики України і медичних сестер України, до поширення впровадження на практиці клінічних рекомендацій та медичних стандартів.

Впровадження в практичній діяльності закладів охорони здоров'я клінічних рекомендацій та медичних стандартів має свої етапи та їх послідовність.

Перший етап передбачає визначення пріоритетних патологій для обраної групи впровадження. Таке рішення приймають регіональні органи управління в сфері охорони здоров'я і відповідно Міністерство охорони здоров'я України, згідно з прийнятими та затвердженими державними програмами. При цьому, комісії із впровадження можуть працювати над впровадженням в дію певної групи клінічних рекомендацій та медичних стандартів, яким надається перевага та які виступають найбільш актуальними. Такі комісії мають виявити сильні та слабкі аспекти в цих впровадженнях та визначити сфери їх подальшого застосування.

Водночас визначається, чи здатні зазначені клінічні рекомендації та медичні стандарти при їх використанні покращити якість надання медичної допомоги та роботи закладів охорони здоров'я, а також вони мають мати реальну можливість реалізації та необхідне фінансове та матеріальне забезпечення, необхідне для їх реалізації. Науковці, практики визначають такі найбільш актуальні положення впровадження, як: розповсюдження печатної документації, здійснення аудиту та отримання зворотної інформації, впровадження індивідуального чи колективного навчання медичних працівників, науково-методичне вдосконалення, підтримка в засобах масової інформації, впровадження фінансових методів стимулювання цих процесів та інші. Окремо вище зазначені положення складові не є результативними, проте їх поєднання та комбінація різних методів та інструментів в відповідності із результативними особливостями закладів охорони здоров'я в тій чи в іншій місцевості здатні дати найкращі результати. При впровадженні повинні застосовуватися найбільш оптимальні практичні підходи, наприклад підхід визначений Королівською колегією медичних сестер SPACE (Scottish Practice-

based Accreditation in Clinical Effectiveness, за ним визначається наступна послідовність.

1. Спочатку необхідним є вирішення питання керівництва та координації процесів роботи групи впровадження.

2. На другому етапі необхідним є визначення поточних позицій, де структура в цьому питанні знаходиться на даний час.

3. На третьому етапі здійснюється підготовка медичного персоналу, населення та відповідного для впровадження ресурсного забезпечення.

4. Необхідним є вирішення питання, які саме методи стимулювання впровадження можуть бути застосованими в даних умовах та за наявності відповідних перепон та ризиків.

5. На п'ятому етапі необхідним є здійснення аналізу всього обсягу доступної інформації та розроблення плану подальших дій.

6. Шостий етап передбачає здійснення оцінювання процесу з застосуванням засобів аудиту та налагодження систем зворотного зв'язку з комісією впровадження.

При здійсненні такого впровадження клінічних рекомендацій та медичних стандартів в закладах охорони здоров'я необхідно сформувати перелік необхідної для цього документації. До такого переліку документів можна віднести клінічні рекомендації, маршрут та алгоритми, медичний стандарт та відповідні індикатори; локальний протокол; прийнятий наказ чи розпорядження про початок з визначенням термінів відповідного впровадження, дати його початку та завершення; прийняття наказу чи розпорядження про формування міждисциплінарної групи підтверджений протоколом впровадження; визначення обов'язків всіх учасників цієї команди впровадження; здійснення обліку процесу та збір відповідних даних.

До складу груп впровадження доцільно включити наступні групи працівників: регістраторів, керівників закладів, лікарів, середній медичний персонал, молодший медичний персонал, представників відповідного органу управління охорони здоров'я та інших учасників.

Також необхідним є складання переліку обов'язків учасників групи впровадження, які повинні бути затвердженими наказом по закладу охорони здоров'я та схвалені управлінням охорони здоров'я відповідної області міста чи регіону. Члени таких груп впровадження мають пройти відповідні ознайомчі тренінги до та під час процесу впровадження, що забезпечить своєчасне стисле та системне ознайомлення учасників груп з метою, цілями, завданнями, етапами впровадження та обов'язками учасників груп.

Моніторинг впровадження клінічних рекомендацій та медичних стандартів на державному рівні здійснюється Міністерством охорони здоров'я України та комісіями з впровадження на місцевому рівні, регіональними управліннями охорони здоров'я на місцях.

На основі клінічних рекомендацій та медичних стандартів здійснюється

розробка стандартів діагностування та надання лікування, що будуть спрямовані на вирішення клінічних завдань та будуть сформовані на засадах доказової медицини. Стандарти загалом спрямовані на забезпечення населення ефективним та безпечним наданням медичної допомоги, заснованої на доказах. Управління охорони здоров'я на місцях мають мати зацікавленість в своєчасному та активному впровадженні клінічних рекомендацій та медичних стандартів, бо це дає можливість в тому числі розробляти різні підходи до лікування.

3.4. Організація та впровадження контролю в системі управління якістю роботи закладу охорони здоров'я

Контроль в системі управління якістю роботи закладу охорони здоров'я виступає одночасно функцією управління, системою забезпечення ефективної роботи медичного закладу та складовою системи управління.

Контроль як складова процесу управління спрямований на те, щоб забезпечити можливість надання пацієнтам закладу якісної медичної допомоги завдяки визначенню рівня відповідності всіх складових та параметрів якості надання медичної допомоги певним загальноприйнятим нормам.

Контроль як одна із базових функцій управління медичними закладами спрямований на вирішення низки завдань таких як збір та обробка даних щодо фактичного стану якості надання медичної допомоги, за визначеними критеріями, показниками, індикаторами, формування та впровадження системи моніторингу, яка давала б можливість здійснювати безперервне стеження за станом показників індикаторів якості надання медичної допомоги, здійснення порівняння отриманих даних нормативним показниками індикаторами, зазначеними у протоколах, стандартах та визначення відхилень в якості; здійснення оцінювання виявлених відхилень та невідповідностей; аналіз причин, які могли призвести до появи відповідних відхилень в якості досліджуваних процесів; прийняття необхідних управлінських рішень, які дали б можливість покращити якість надання медичної допомоги в майбутньому. Таким чином, таке управління на основі проведення функції контролю дасть можливість розбудувати зворотні комунікації, зворотній зв'язок, який забезпечуватиме ефективне управління якістю. Контроль як система виступає сукупність різних елементів складових контролю, таких як суб'єкти і об'єкти контролювання, методи та інструменти контролю, механізми контролювання а також перелік критеріїв показників індикаторів контролю якості, дослідження яких дасть можливість забезпечити контроль якості медичної допомоги як системи.

Слід зазначити, що досягнення найбільшої об'єктивності контролю якості в медичній сфері можливо за умови його впровадження з використанням розробленої та затвердженої адміністрацією кожного конкретного закладу охорони здоров'я системи показників та критеріїв використання яких з метою оцінювання дасть можливість отримати ефективну картину якості в роботі медичного закладу.

Критерії якості надання медичної допомоги в медичному закладі повинні охоплювати всі складові та компоненти діяльності медичного закладу та повинні бути відповідними векторами, орієнтирами, які визначають шляхи покращення якості медичної допомоги.

Так, критеріями якості медичної допомоги визначаються для кожного структурного підрозділу відповідно до тих видів медичної діяльності, які

здійснює той чи інший підрозділ та повинні бути відповідними до параметрів визначених в Положеннях про підрозділ та посадових інструкціях медичних працівників.

Так, основними базовими критеріями якості надання медичної допомоги можуть бути критерії за групами.

1. За спрямованістю на пацієнтів до критеріїв якості можуть входити показники: дотримання чинного законодавства в забезпеченні прав пацієнтів; дотримання персоналом закладу етичних норм поведінки при наданні медичної допомоги; здійснення регулярних соціологічних опитувань пацієнтів медичного закладу з метою виявлення очікувань та потреб пацієнтів.

2. За результативністю такими критеріями можуть бути: показники перебігу захворювання та клінічного стану пацієнта відповідно до очікуваного; надання медичної допомоги пацієнтів з дотриманням відповідних протоколів та медичної документації; отримання позитивної динаміки показників лікування пацієнтів; зменшенні кількості скарг пацієнтів на невідповідність надання медичної допомоги та відсутність результату від лікування або хірургічних втручань, або скарг внаслідок погіршення стану здоров'я пацієнтів, викликаних некваліфікованим наданням медичних послуг; проведення регулярної оцінки задоволення пацієнта результатами надання медичної допомоги.

3. За показниками безпеки показниками індикаторами є наступні показники відповідності наданої пацієнтам медичної допомоги загальним протоколам, розробленим з дотриманням кращих світових практик; наявність ліцензування та акредитації даного профілю в закладі охорони здоров'я та дотримання визначених ними стандартів надання медичної допомоги.

4. За показниками доступності надання медичної допомоги такими індикаторами якості є: рівень укомплектованості штатних посад працівників медичного закладу; забезпеченість медичного закладу необхідним і потрібним обладнанням та технічними медичними засобами та пристроями; наявність рівня використання медичними працівниками закладу стандартів, локальної документації, нормативів та методик необхідних для роботи персоналу; визначення та затвердження в закладі єдиного порядку взаємодії між структурними підрозділами та між закладом та іншими медичними закладами з метою забезпечення надання пацієнтам необхідної медичної допомоги.

5. За показниками економічної ефективності, показниками індикаторами якості надання медичної допомоги можуть виступати: наявність необхідного обсягу ресурсів потрібних для надання медичної допомоги згідно локальної медичної документації; використання необхідного обсягу ресурсів згідно локальної та галузевої медичної документації; тривалість процесу лікування та відповідність часу, проведеного лікування встановленим нормативам.

6. За показниками своєчасності, критеріями якості надання медичної допомоги можуть виступати показники: тривалість очікування пацієнтів в наданні медичної допомоги в проходженні планових консультацій, в проходженні

планової госпіталізації, в отриманні планових операцій, в очікуванні отримання діагностичних та лабораторних досліджень відповідно порівнянням всіх тих показників з визначеними нормативом параметрами; дотримання чіткої процедури амбулаторного прийому лікарів; дотримання визначеного регламентом та порядком надання медичної допомоги часу приїзду бригади екстреної медичної допомоги.

Відповідно до визначених критеріїв формується комплекс планових показників якості надання медичної допомоги закладу охорони здоров'я, який підкріплюється та підтверджується протоколами, нормативами, діючими стандартами та інструкціями, закріпленими в розпорядчій та директивній документації. Загалом, індикатори якості надання медичної допомоги, розробляються та визначається згідно Методики розробки системи індикаторів якості медичної допомоги, що затверджена Наказом МОЗ України від 28.09.2012 р. №751.

Безпосередньо організація контролю якості надання медичної допомоги спрямована на досягнення завдань контролю з виконанням окреслених функцій здійснення контролю, що реалізуються відповідними контролюючими органами і структурами, та з використанням певних визначених методів та засобів на основі впроваджених критеріїв якості.

Важливого значення у впровадженні систем управління якістю в закладах охорони здоров'я є впровадження самоконтролю якості, як нового механізму який реалізується самими медичними працівниками в процесі надання медичної допомоги згідно інструкцій роботи медичного персоналу.

Такий принцип самоконтролю заснований на безперервному дотриманні вимог та рекомендацій прийнятих регламентів а також у порівнянні результатів наданої медичної допомоги з встановленими документами, нормативами та очікуваними результатами. При цьому такими діючими регламентами виступають: локальні медико-технологічні документи, накази, нормативи, інструкції, розпорядження. Для самоконтролю фахівцями досліджуються та порівнюються фактичні, проміжні та кінцеві результати надання медичної допомоги пацієнтам. Таким чином, фахівець-медик здатен оцінити виявлені відхилення та внести відповідні корективи в процес лікування, щоб покращити результат. Критерії якості, які використовуються персоналом для здійснення самоконтролю адаптовані для кожного медичного працівника відповідно до його освіти, фаху та включають відповідні критерії: ознайомлення з інформацією про пацієнта; проведення клінічного огляду пацієнта та формулювання попереднього діагнозу; інформування пацієнта про його стан здоров'я отримання його згоди на подальші процеси лікування; формування плану діагностики та лікування згідно з локальними протоколами та іншою документацією; реалізація плану діагностичних дій та очкувань пацієнта; визначення клінічного діагнозу; дослідження динаміки процесу лікування та фактичного стану хворого, ефективності дії призначеного лікування; внесення

своєчасних змін в процес лікування з метою їх удосконалень та покращень відповідно зі змінами в стані пацієнту; відповідність оформлення документації пацієнта заповнення історії хвороби та внесення необхідних виписок; дотримання правил для медичного персоналу під час надання медичної допомоги пацієнтам; дотримання нормативного часу середньої тривалості лікування відповідно до визначеного діагнозу пацієнта.

Так про якість медичної допомоги свідчить відповідність та своєчасність надання медичної допомоги пацієнтам медичним персоналом під час проведення лікування, та у складних непередбачуваних ситуаціях а також повідомлення про ці нештатні ситуації про лікування керівниками структурних підрозділів та своєчасне внесення інформації про ці події у відповідну медичну документацію.

Самоконтроль якості надання медичної допомоги торкається і ресурсних складових, тобто підтримання кадрових ресурсів закладу охорони здоров'я на відповідному високому рівні підготовки та кваліфікації.

Так, з метою зростання показників якості роботи медичного персоналу необхідним та доцільним є проходження ними: безперервного професійного самонавчання; раціональне використання медичного обладнання; дотримання визначеного та встановленого санітарного, епідеміологічного, лікувального та безпечного режиму роботи закладу охорони здоров'я та його відповідних втілень, підрозділів, раціонального використання матеріальних, технічних та медичних ресурсів закладу, медичних матеріалів та лікарських препаратів, техніки, енергетичних ресурсів, інструментарію та обладнання, суворого дотримання медичними працівниками правил трудового розпорядку та трудової дисципліни в медичному закладі а також суворого дотримання правил протипожежної безпеки та охорони праці медичних працівників.

Організація контролю якості медичної допомоги на рівні кожного окремого підрозділу чи здійснюється керівником цього структурного підрозділу з застосуванням оцінювання якості надання медичної допомоги за сукупністю випадків, які можуть бути виявлені під час роботи підрозділу. Відповідно до умов акредитації медичного закладу контроль якості надання медичної допомоги керівниками структурних підрозділів повинен проводитися щомісячно. Критеріями оцінювання якості при такому контролі виступають певні ключові точки в процесі медичної діяльності, а саме процес надходження пацієнта та лікування, тобто точка входу початку надання медичної допомоги, сам процес очікування та процес виходу, тобто отриманого результату від лікування пацієнтами. Таким чином на вході процесу критеріями оцінювання якості надання медичної допомоги виступають критерії доступності, своєчасності, безперервності, надання медичної допомоги працівниками підрозділу. Крім цього звичайно враховується вся та інформація про пацієнта, яка надійшла разом із пацієнтом від попередніх закладів лікування першої ланки надання медичної допомоги чи іншого з медичного закладу чи медичного підрозділу

та стан пацієнта і показники оцінюються в умовах повної наявної інформації.

Критеріями контролю якості надання медичної допомоги пацієнту під час лікування в підрозділі виступають показники дотримання вимог локальних протоколів та клінічних індикаторів якості надання медичної допомоги, прав пацієнтів етичного ставлення та етичних норм персоналу, раціональності та доцільності медичних патентів та доцільності і адекватності призначень, лабораторних та функціональних обстежень. Критеріями показниками якості надання медичної допомоги на виході в завершенні лікування є критерії клінічної результативності, які показують зміни, які відбулися в клінічному стані здорового, наявність позитивних чи негативної динаміки, задоволеності хворого отриманим лікуванням та роботою персоналу, та економічної обґрунтованості застосованих методів та засобів лікування кожного пацієнта, колективного використання на це лікування ресурсів підрозділу медичного закладу.

Згідно з прийнятими критеріями збирання даних щодо якості в медичному закладі повинно здійснюватися з виростання форм затвердженої первинної медичної документації (таких як Ф. 003, 066/о, Ф. 025/о, Ф. 112/о), та код з використанням для здійснення оцінки анкетного опитування хворих. Так, для збирання та аналізу інформації також можливо використовувати відеозаписи процесів надання медичної допомоги які здійснюються в відділеннях реанімації та інтенсивної терапії, а також під час надання екстреної невідкладної медичної допомоги, також для визначення якості надання медичної допомоги керівником функціонального підрозділу використовується інформація під час здійснення оглядів пацієнта а також під час спостереження за роботою підлеглого персоналу проведення нарад з персоналом, огляду пацієнтів перед їх випискою з втілення, та ознайомлення керівника функціонального підрозділу, відділення з документацією пацієнта перед його випискою з лікувального підрозділу. Зазначена інформація підлягає подальшій статистичній обробці з веденням обліку випадків з нормативами, а також обліку кількості випадків що виходять за межі визначених нормативів з визначенням відсотку нормативних параметрів та відсутності виявлених відхилень якості роботи персоналу та якості отриманого результату.

Визначення клінічних індикаторів якості визначено в галузевій медичній технологічній документації та здійснюється за прийнятою затвердженою методикою так показниками.

Економічна ефективність використання ресурсів медичних закладів розраховується з застосуванням клініко-економічного аналізу, які слід періодично здійснювати, застосовувати всім керівникам медичних підрозділів, відділень разом з представниками економічних підрозділів, старшою медичною сестрою та провідними фармакологами медичного закладу.

Основними методами клініко-економічного аналізу, які використовують заклади охорони здоров'я в сучасних умовах є аналіз мінімізації витрат, аналіз

витрати-ефективність, аналіз витрат та вигід. Також допоміжними методами здійснення такого аналізу та обрахунку можуть використовуватися такі методи як: оцінювання структури витрат, частотний аналіз, ABC-аналіз, VEN-аналіз, методи оцінювання вартості «типової практики» та інші.

Одним із найпростіших і найбільш доступних методів для оцінювання в закладах охорони здоров'я вважається використання методу оцінювання вартості «типової практики», так цей метод дає можливість виявити та обрахувати всі витрати для лікування хворих з відповідною нозологією та в майбутньому удосконалити, покращити пгаування витрат ресурсів на здійснення такого лікування. Таким чином, застосування цього методу дає можливість зробити об'єктивний висновок про відповідність використання всіх видів ресурсів лікування певного захворювання.

Наступним методом контролю якості надання медичної допомоги виступають соціологічні методи, які акцентовані на дослідження вивчення думки пацієнтів щодо якості наданої їм медичної допомоги а також виявлення потенційних очікувань пацієнтів та їх побажань для того, щоб ефективно в подальшому планувати заходи, спрямовані на зростання якості надання медичної допомоги.

Так, при здійсненні контролю якості надання медичної допомоги з застосуванням соціологічних опитувань. Об'єктами соціологічних опитувань можуть виступати як самі пацієнти, так і медичний персонал як безпосередні учасники процесу надання медичної допомоги. Дослідження задоволеності медичного персоналу своєю професійною діяльністю дає можливість здійснити оцінку умов праці, соціального захисту а також забезпечення медичних працівників, а також залученні персоналу до управління якістю надання медичної допомоги в цьому медичному закладі. Після отримання результатів контролю лікарів та контролю якості надання медичної допомоги на рівні керівника структурного підрозділу завідуючого відділенням всі виявлені дефекти в наданні медичної допомоги невідповідності та відхилення від затверджених нормативів підлягають обов'язковій реєстрації з аналізом їх причин та визначенням напрямів виправлення недоліків.

Результати контролю якості надання медичної допомоги фіксуються та заносяться до карти оцінки якості лікувально-діагностичного процесу в подальшому використовуються для підготовки аналітичної інформації про роботу підрозділу, а також відповідним працівникам для здійснення аналізу медичної допомоги за певною нозологічною формою.

Також, керівник структурного підрозділу відділення повинен здійснювати поточний контроль за дотриманням своєчасності впровадження процесів навчання працівників, забезпечення пацієнтів лікарськими засобами за наданням контролю та норм збереження лікарських засобів у відділенні, з дотриманням працівниками та пацієнтами підрозділів санітарного та протиепідеміологічного режиму, якістю забезпечення пацієнтів відділень

харчуванням, якість дотримання працівниками закладу охорони здоров'я правил та норм трудового розпорядку, а також норм та вимог протипожежної безпеки та охорони праці в медичному закладі.

Організація необхідного оперативного контролю якості медичної допомоги в медичному закладі здійснюється заступником головного лікаря з лікувальної роботи.

Цей фахівець зобов'язаний здійснювати аналіз якості надання медичної допомоги в закладі, використовуючи ті дані, які налягають йому для аналізу керівники функціональних підрозділів та відділень лікувального закладу. Він має відповідні права та повноваження для здійснення відповідного впливу на стан та дотримання якості працівниками всіх функціональних підрозділів і за необхідності може прийняти рішення щодо покращення якості лікувальних та діагностичних процесів та може впливати на процес якості надання медичної допомоги в цілому.

Таким чином, заступник головного лікаря з лікувальної роботи виконує оперативний контроль якості надання медичної допомоги, базуючись на даних підрозділів та результатів власних обстежень підрозділів, та здійснення контролю за їх функціонуванням, а також внаслідок збору даних служб з використанням та аналізом зібраної інформації із застосуванням відповідних критеріїв оцінки якості.

Керівник закладу охорони здоров'я здійснює аналіз якості надання медичної допомоги закладом на основі узагальнених даних, наданих заступником з медичної роботи, а також даних наданих експертними комісіями, працюючими в медичному закладі, таким як лікарського контролю, інфекційного контролю, летальна. Контроль експертними комісіями здійснюється в випадках дефектів, відхилень в наданні медичної допомоги, які призвели до значних негативних наслідків для життя та здоров'я пацієнта і підлягають своєчасному дослідженню з метою недопущення проявів таких відхилень в роботі медичного закладу в майбутньому. Перелік ситуацій, за якими має здійснюватися розгляд експертною комісією, визначений нормативно-законодавчо. Діяльність цих комісій здійснюється відповідно до прийнятих та затверджених положень про комісії закладу охорони здоров'я. Також, важливі питання щодо управління якістю надання медичної допомоги вирішуються членами медичної ради. Керівник медичного закладу з метою здійснення контролю якості надання медичної допомоги закладом може використовувати інформацію надану йому керівниками структурних підрозділів, керівником з медичної роботи а також результати самостійних оглядів, адміністративних обходів, спостережень, безпосереднього спілкування з пацієнтами, дані опитувань пацієнтів, аналітичні дані статистичних підрозділів, отримані в результаті обробки статистичної інформації закладу охорони здоров'я та анкетування пацієнтів і співробітників закладу охорони здоров'я та використовувати інші дані, які дадуть можливість ефективно та адекватно оцінити стан якості роботи

медичного закладу та зробити відповідні висновки та запити на відповідний комплекс заходів, спрямованих на зростання якості роботи персоналу закладу охорони здоров'я.

Керівник закладу охорони здоров'я також може використовувати як вхідні дані для оперативного контролю якості результатів адміністративних обходів, безпосереднього спілкування з пацієнтами та їх представниками, рішення медичної ради з актуальних питань якості медичної допомоги. Керівник може надати на розгляд медичної ради будь-які актуальні проблемні питання стосовно якості медичної допомоги, виявлені за результатами оперативного контролю у відділеннях, структурних підрозділах та діяльності експертних комісій. Враховуючи, що контроль якості завідувачами відділень структурних підрозділів має бути найбільш ретельним і охоплювати великий обсяг інформації, що потребує достатнього часу, а також достатньо суб'єктивний характер контролю на рівні лінійних керівників, доцільно впровадити в систему контролю якості його сучасні управлінські форми – аудит клінічної і неклінічної діяльності та самооцінку системи управління якістю. В національній системі охорони здоров'я задекларований клінічний аудит як необхідна умова поліпшення якості. Концепцією управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні визначено, що клінічний аудит спрямований на покращання процесів та результатів допомоги пацієнтам через систематичний перегляд складових медичної допомоги у порівнянні з визначеними критеріями та впровадження змін там, де допомога або її результати не досягають очікуваного рівня. У тісному зв'язку з клінічним аудитом, спрямованим переважно на встановлення правильності ведення пацієнтів, логічно, відповідно до критеріїв якості, проводити управлінський аудит – аудит дотримання організаційних технологій (своєчасності, доступності медичної допомоги), раціональності і ефективності використання медичного обладнання, ліків, кадрових ресурсів; аудит відповідності неклінічної діяльності (акредитаційних стандартів на умови, в яких надається медична допомога); аудит відповідності функціонування системи контролю якості. Клінічний і управлінський аудити тісно пов'язані спільними завданнями з забезпечення якості і мають проводитись власними силами закладу охорони здоров'я шляхом залучення компетентних у сфері аудиту співробітників в межах штатного розкладу. Тому їх можна визначити як компоненти внутрішнього аудиту, який охоплює усі аспекти функціонування закладу охорони здоров'я, що впливають на якість медичної допомоги. В сукупності з іншими видами контролю внутрішній аудит можна розглядати як додатковий інформаційний ресурс вищого керівництва, що сприятиме підвищенню прозорості діяльності та поінформованості керівника з усіх питань, що стосуються якості. Запровадження внутрішнього аудиту вимагає від керівника прийняття управлінського рішення щодо створення відповідної організаційної матричної структури – Служби внутрішнього аудиту.

Діяльність закладу охорони здоров'я поділяється на кілька

взаємопов'язаних напрямків, досягнення по кожному з яких є невід'ємною запорукою подальшого успішного розвитку та ефективної діяльності підприємства.

Результатом поточної, повсякденної роботи працівників і керівників є досягнення запланованих якісних показників, ефективності управління майном, фінансових результатів та соціального захисту трудового колективу.

План першочергових заходів щодо удосконалення управління та зростання якості роботи закладу охорони здоров'я складається з переліку невідкладних заходів та запропонованих шляхів їх реалізації.

Першим заходом запропоновано удосконалення організації оплати праці працівників. Одним із першочергових завдань є укладання колективного договору, у якому мають бути визначені форми і системи оплати праці, норми праці, розцінки, умови запровадження та розміри надбавок, доплат, премій, винагород та інших заохочувальних, компенсаційних і гарантійних виплат. У зв'язку з чим система оплати праці повинна чітко визначати:

а) структуру основної заробітної плати за елементами, з яких вона складається;

б) показники, за якими певним групам та категоріям працівників нараховується заробітна плата;

в) умови, за яких основна заробітна плата працівників може бути підвищена або знижена до рівня, передбаченого законом, із визначенням показників та умов діяльності, за якими це підвищення або зниження може бути застосовано, та розмірів такого підвищення або зниження;

г) показники та умови нарахування додаткової оплати праці: премій, доплат, надбавок або інших заохочувальних та компенсаційних виплат.

Другим заходом визначено покращення надання медичної допомоги пацієнтам в момент звернення до стаціонару, є завершення реконструкції відділення екстреної медичної допомоги закладу охорони здоров'я.

Третім напрямом визначено доцільність збільшення кількості пакетів медичних послуг, на які будуть укладені договори з НСЗУ, а також необхідність додатково укласти договори за наступними пакетами: стоматологічна допомога дорослим та дітям; ведення вагітних в амбулаторних умовах; медична допомога при гострому мозковому інсульті; готовність до реагування на інфекційні захворювання та епідемії; езофагогастродуоденоскопія.

Четвертим напрямом визначено необхідність розширення переліку платних послуг. Для цього потрібні ініціювати створення медичної комісії по огляду кандидатів у водії та водіїв транспортних засобів, медичного огляду осіб для отримання дозволу на об'єкти дозвільної системи. Забезпечити впровадження в практику виїздів спеціалістів закладу до місця проживання пацієнтів а також медичне обслуговування за договорами з суб'єктами господарювання, страховими організаціями.

П'ятим напрямом визначено розширення сервісних послуг пацієнтам та

проведення сучасних ремонтів в палатах стаціонарних відділень.

Шостим напрямом визначено оновлення матеріально-технічної бази з закупівлею відеогістероскопу, відеокOLONOSКОПУ (залучення коштів благодійної допомоги, коштів закладу та коштів місцевого бюджету).

Сьомим напрямом зазначено підготовку та залучення необхідних медичних кадрів. Для цього доцільним є освоєння лікарями суміжних спеціальностей, залучення молодих спеціалістів, укладання цивільно-правових договорів з метою розширення спектру медичних послуг.

Восьмом напрямом зазначено відновлення роботи відділення трансфузіології та забезпечення Банку крові у закладі шляхом залучення місцевих донорських кадрів.

3.5. Кадрове забезпечення управління якості роботи закладу охорони здоров'я

В закладі охорони здоров'я розподіл працівників на посадах здійснюється відповідно до прийнятого та затвердженого штатного розпису закладу охорони здоров'я. Штатний розпис формується за отриманими заявками адміністрації керівників функціональних підрозділів відповідно до плану та особливостей виконаних робіт.

Заклад охорони здоров'я формує вимоги до персоналу та здійснює добір персоналу згідно із вимогами до фаху, освіти, компетенції, досвіду та навичок.

З метою максимального задоволення вимог пацієнтів закладу охорони здоров'я, а також з метою найбільш професійного виконання поставлених планів та досягнення очікуваних результатів та стратегічних цілей функціонування закладу охорони здоров'я до роботи у закладі повинні залучатися працівники з відповідною кваліфікацією, рівнем професійної підготовки, який повинен відповідати нормативним вимогам та посадовим інструкціям [22]. Таким чином, визначення процесів, які пов'язані із набуттям професійних знань та компетентності працівниками закладу охорони здоров'я регламентується посадовими інструкціями та відповідно внутрішньою діючою в закладі охорони здоров'я, стандартизацією.

Досліджуючи питання компетентності працівників закладу охорони здоров'я та їх відповідності слід зазначити, що вимоги до рівня компетентності визначаються в посадових інструкціях, що розробляються в закладі охорони здоров'я згідно із кваліфікаційними вимогами та внутрішніми регламентами закладу.

Підбір кадрових ресурсів закладу охорони здоров'я здійснюється за визначним алгоритмом [25]:

- відповідальна особа закладу охорони здоров'я відкриває відповідну вакансію. Під час відкриття вакансії відповідальний фахівець кадрової служби закладу разом з керівником закладу охорони здоров'я узгоджують вимоги щодо компетентності працівників, яких планують залучити на відповідні посади.
- визначаються критерії експертної оцінки, згідно із якими здійснюється співбесіда здобувачів за відповідними вакансіями;
- при прийнятті позитивного рішення про прийняття працівника на посаду працівник проходить інструктаж з охорони праці, техніки безпеки, протипожежної безпеки, санітарії, правил внутрішнього розпорядку і відповідно щодо вимог в сфері управління якістю закладу охорони здоров'я;
- так, невід'ємною складовою таких інструктажів та співбесіди є ознайомлення із посадовою інструкцією працівника.

Згідно із вимогами чинного законодавства в закладі охорони здоров'я систематично здійснюється зовнішня та внутрішня професійна підготовка персоналу [26].

Розроблення планів навчання та підготовки персоналу враховує зміни в процесі функціонування закладу та його діяльності змінами процесів надання медичної допомоги, а саме змін у штатному розписі, змін у регламенті роботи, змін законодавства, змін пов'язаних із технологічними досягненнями в сфері надання медичних послуг, впровадженням нових технологій надання медичної допомоги та нової техніки, програмного забезпечення.

Так, вищим керівництвом закладу охорони здоров'я щорічно здійснюється аналіз з метою ідентифікації та підготовки персоналу в процесі діяльності, а також здійснюється оцінювання результативності проведеного навчання.

З метою задіяти працівників закладу до роботи та розбудови системи якості закладу охорони здоров'я здійснюється навчання та підготовка працівників в сфері:

- політики та цілей в сфері якості закладу охорони здоров'я;
- впровадження організаційних змін та забезпечення розвитку;
- ініціація та здійснення процесів, спрямованих на удосконалення роботи;
- впливу закладу охорони здоров'я на суспільне життя певного регіону та соціуму;

• впровадження навчання для новоприбулих працівників;
• впровадження програм підвищення кваліфікації для працівників, що працюють в закладі охорони здоров'я.

Важливою складовою роботи з персоналом закладу охорони здоров'я в сфері забезпечення якості є визначення вимог до компетентності працівників [27].

Так, компетентністю визначають результат базового безперервного після-дипломного навчання та відповідні набуті вміння та досвід.

В закладі охорони здоров'я відповідно до норм Настанови з якості повинен бути визначений необхідний рівень компетентності працівників з врахуванням тих чи інших робіт персоналу та якості медичних, а також ефективності та результативності процесів забезпечення якості закладу охорони здоров'я.

Загалом, вимоги до компетентності роботи працівників закладу охорони здоров'я визначається:

• базовими вимогами є вимоги, для яких відносять професійні навички, освіти, досвід та стаж роботи за відповідним фахом. Базові вимоги визначаються згідно із посадовими інструкціями.

• додатковими вимогами є вимоги, які визначаються згідно із наказами та розпорядженнями керівництва закладу охорони здоров'я.

Крім вимог визначається відповідальність керівників закладу охорони здоров'я за здійснення та якість відповідної адміністративної, професійної, наукової, організаційної, консультативної діяльності.

Особові справи персоналу закладу охорони здоров'я та контрольні копії посадових інструкцій перебувають на зберігання в кадровій службі закладу [28].

Персонал закладу охорони здоров'я повинен бути ознайомлений з документацією та настановами в сфері якості відповідно до посад та своїх посадових обов'язків згідно із особливостями та характеристиками своєї діяльності та повинен керуватися нормами і вимогами в сфері якості при здійсненні роботи.

Заклад охорони здоров'я повинен визначати вимоги до підготовки кадрів згідно із затвердженими планами впровадження навчання персоналу [29]. При цьому вся інформація щодо проходження працівниками навчальних курсів підвищення кваліфікації, тренінгів та інших заходів освіти і підвищення кваліфікації заноситься до особових справ працівників закладу охорони здоров'я в кадровій службі [29].

Працівники закладу охорони здоров'я проходять підготовку з метою забезпечення високої якості надання медичної допомоги.

Таким чином, для підготовки кадрового ресурсу на всіх рівнях роботи впроваджуються програми безперервного навчання:

Так, навчання персоналу може здійснюватися в закладі охорони здоров'я за рахунок власних ресурсів із внутрішнім навчанням, а також з залученням зовнішніх консультантів, що є зовнішнім навчанням.

Також, впроваджуються такі форми, як навчання за відповідними напрямками, що включає: навчання в снвр і управління якістю; навчання на дотримання вимог з охорони праці; навчання за напрямками професійної підготовки з метою підвищення кваліфікації.

Підготовка персоналу планується та здійснюється згідно: отриманих заяв від робітників; розроблення та виконання програм навчання; визначення та закріплення наставників для молодого персоналу з впровадженням інституту наставництва [11-25]. Відповідальними за підготовку та підвищення кваліфікації працівників є завідувачі структурних підрозділів закладу охорони здоров'я.

Впровадження процесів навчання та підвищення кваліфікації персоналу супроводжується оцінюванням їх якості з метою визначення їх якості та відповідності [16].

Оцінювання дій з підготовки та підвищення кваліфікації працівників змінюється за допомогою: проведення співбесіди із відповідальними працівниками та виконавчим персоналом; проведення співбесід із персоналом, який пройшов підготовку [17]. Особами, відповідальними за оцінювання ефективності підготовки персоналу призначаються керівники структурних підрозділів закладу.

Важливим етапом робіт з підвищення кваліфікації персоналу є підтвердження обізнаності працівників.

Так, підтвердження обізнаності працівників щодо своїх функцій та необхідності дотримання норм та вимог в сфері управління якістю здійснюється за допомогою: узгодження дій та запланованих заходів із керівниками

підрозділів; проведення періодичної атестації працівників; проведення нарад адміністрації закладу; результатів отриманих в процесі проведення внутрішніх аудитів згідно із п.8.2.2. Настанови з якості [18-20].

Реєстрації даних про проходження та результат навчання персоналу забезпечується із внесенням даних про проведення навчання працівників, тренінги з підвищення кваліфікації до особових справ співробітників; з проведенням обліку дотримання та реалізації планів підготовки працівників; з визначенням показників, що характеризують ефективність та результат процесу підготовки працівників та його якість. Особами, відповідальними за реєстрацію даних з підвищення кваліфікації та навчання працівників є керівники функціональних підрозділів закладу та працівники кадрової служби.

Запитання для перевірки знань та самопідготовки:

1. Охарактеризуйте процес розробки та впровадження Настанови з якості закладу охорони здоров'я.
2. Опишіть структуру Настанови із якості закладу охорони здоров'я.
3. Опишіть організацію управління якістю роботи на рівні закладу охорони здоров'я та його структурних підрозділів.
4. Організація та впровадження контролю в системі управління якістю роботи закладу охорони здоров'я.
5. Кадрове забезпечення управління якістю роботи закладу охорони здоров'я.
6. Охарактеризуйте процеси менеджменту які відбуваються на рівні стратегічного управління закладом охорони здоров'я.
7. Опишіть основні процеси, що відбуваються на рівні тактичного управління закладом.
8. Опишіть підтримуючі процеси, процеси, що здійснюються на рівні оперативного управління.
9. Назвіть основні структурні елементи розділи Настанови з якості закладу охорони здоров'я.
10. Опишіть структуру системи управління якістю закладу охорони здоров'я.
11. Опишіть основні процеси системи управління якістю закладу охорони здоров'я в сфері управління ресурсами.
12. Назвіть основні принципи на засадах яких повинно здійснюватися впровадження клінічних рекомендацій та медичних стандартів.
13. Опишіть зовнішні та внутрішні перешкоди впровадженню сформованих медичних стандартів.
14. Опишіть контроль як одна із базових функцій управління медичними закладами.
15. Охарактеризуйте основні базові критерії якості надання медичної допомоги.
16. Опишіть процес підбору кадрових ресурсів закладу охорони здоров'я.

Список літератури до розділу:

1. Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. К.: Україна, 2018. 368 с.
2. Бережна Ю. Роль національного кластеру охорони здоров'я формуванні потенціалу сфери охорони здоров'я. Економіст. 2015. № 4. С. 29-33.
3. Білик О. І. Принципи оптимізації системи фінансування охорони здоров'я України. Актуальні проблеми економіки. 2017. № 1. С. 210-218.
4. Бояркіна С. І. Перспективи розвитку українського законодавства у сфері забезпечення і реалізації права на охорону здоров'я. Правничий вісник Університету "КРОК". 2017. Вип. 27. С. 101-107.
5. Булах І. Є. Медична інформатика в модулях. К.: Медицина, 2009. 208 с.
6. Вовк С. М. Взаємовідношення держави з малим та середнім бізнесом в охороні здоров'я країни.

Економіка та держава. 2015. № 3. С. 48-52.

7. Воронцова К. Права суб'єктів інтелектуальної власності на традиційні знання у сфері охорони здоров'я. Теорія і практика інтелектуальної власності. 2014. № 6. С. 21-31.

8. Герасимчук Н. А. Правовий статус суб'єктів господарювання, які проводять господарську діяльність з медичної практики у сфері охорони здоров'я. Медичне право. 2018. № 2. С. 9-24.

9. Гладун З. Зміст та особливості адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я населення. Право України. 2013. № 10. С. 241-249.

10. Грін О. Загальне медичне право. Ужгород: Вид-во ФОП Сабов А.М. 2017. 208 с.

11. Грот В. Інвестування в охорону здоров'я. К.: Києво-Могилянська академія, 2004. 46 с.

12. Двірська О.В. Медіація у сфері охорони здоров'я - правові проблеми та перспективи розвитку. Правничий вісник Університету КРОК. 2015. Вип. 21. С. 123-129.

13. Дешко Л. Конституційно-правові гарантії прав людини і основоположних свобод у сфері охорони здоров'я. Право України. 2011. № 11/12. С. 53-61.

14. Дмитрук О. Ю. Спортивно-оздоровчий туризм. К.: Альтерпрес, 2008. 280 с.

15. Єфименко Т.І. Модернізація фінансової системи України в процесі євроінтеграції. К.: Акад. фін. управління, 2014. 784 с.

16. Піялович В. Основні фактори зміни витрат на охорону здоров'я. Актуальні проблеми економіки. 2016. № 1. С. 406-417

17. Правові аспекти надання закладом охорони здоров'я відповідей на запити на інформацію. Медичне право. 2017. № 1. С. 75-78

18. Прус Н. В. Підходи до управління фінансовими ресурсами в контексті реформування системи охорони здоров'я України. Економіка та держава. 2018. № 10. С. 27-33.

19. Федулова Л. І. Науково-технологічний розвиток сфери охорони здоров'я України в контексті інтеграційних викликів. Економічний часопис – XXI. 2014. № 5/6. С. 37-41.

20. Філонова І. Б. Нові підходи до фінансування вітчизняної сфери охорони здоров'я. Економіка України. 2015. № 3. С. 76-84.

РОЗДІЛ.4.

ОРГАНІЗАЦІЯ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В РОБОТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Ключові питання розділу:

- 4.1. Сутність та основні поняття контролю якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я*
- 4.2. Концептуальні засади організації контролю якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я*
- 4.3. Впровадження процесів моніторингу здійснення вимірювання, аналізу та оцінювання процесів управління якістю закладу охорони здоров'я*
- 4.4. Організація, планування та керування процесами контролю якості надання медичних послуг*
- 4.5. Оцінювання якості матеріального-технічного забезпечення закладу охорони здоров'я*
- 4.6. Розробка та впровадження медико-соціальної моделі оцінки якості управління та обслуговування в закладі охорони здоров'я*

4.1. Сутність та основні поняття контролю якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я

Забезпечення контролю якості медичної допомоги в сучасному закладі охорони здоров'я потребує формування та розбудови складної системи, що має значну кількість складових елементів, в основі якої є формування сукупності принципів. Така система якості закладу охорони здоров'я будується на засадах таких принципів як: своєчасність, доцільність, ефективність, адекватність, економічність, достатність процесів в сфері охорони здоров'я як на рівні кожного конкретного закладу, так і на рівні досягнень науково-технічного прогресу та впровадження нових інноваційних технологій в медичній сфері. Таким чином, якість в системі охорони здоров'я визначають як рівень оцінки надання медичної допомоги за кожним конкретним випадком чи захворюванням із врахуванням запобігання ризику подальшого розвитку в широкому сенсі. Якість визначається як професійні знання та досягнення науково-технічного прогресу, що забезпечують найкращі клінічні, функціональні та психологічні результати. За іншим визначенням науковців, якість медичної допомоги є об'єктом управління, який визначає характеристики процесу взаємодії лікарів з пацієнтами, що обумовлені кваліфікацією медичного персоналу та його можливістю виконувати дії з надання медичної допомоги з найбільш оптимальним найкращим використанням ресурсів закладу охорони здоров'я та й загалом медичної системи з метою ефективного надання медичної допомоги та задоволення потреб пацієнтів у їх взаємодії із медичною системою. Відповідно до рекомендацій ВООЗ при визначенні якості надання медичної

допомоги враховують чотири основні складові якості надання медичної допомоги пацієнтам, а саме: рівень кваліфікації медичного персоналу; оптимальність використання всіх видів ресурсів; рівень ризиків для життя та здоров'я пацієнтів; задоволення пацієнтів наданою їм медичною допомогою.

Так, під час оцінювання якості надання медичної допомоги пацієнтам рекомендованим є використання підходу, відповідно до якого надається характеристика структури, процесу та результату якості організації та надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.

За цим підходом оцінювання якості медичної допомоги здійснюється відповідно до певного конкретного пацієнта чи то групи пацієнтів, які поєднані за принципом певного нозологічного захворювання чи іншими факторами, такими як час госпіталізації, місце проживання, за наданням медичної допомоги конкретним лікарем, чи загалом певним структурним підрозділом, чи іншими показниками.

Досліджуючи сутність та основні поняття якості надання медичної допомоги необхідним та доцільним є розгляд основних базових понять управління якістю. До таких понять слід віднести поняття : використання ліжкового фонду, поняття внутрішнього аудиту, забезпеченості ліжками; забезпечення якості; зайнятість лікарняного ліжка; модель кінцевих результатів; оборот лікарняного ліжка; летальність; показники дефектів; середня тривалість перебування хворого на ліжку, рівень госпіталізації та інші.

Використання ліжкового фонду визначається як відношення чисельності використаних на лікування пацієнтів ліжко-днів до середньорічної чисельності фактичних ліжок медичного закладу. При цьому поняття пропускнуї спроможності закладу охорони здоров'я визначається як добуток цієї величини на кількість днів роботи лікарні.

Внутрішній аудит відповідно до міжнародних стандартів контролю якості надання медичної допомоги визначається як діяльність внутрішньої служби, створеної суб'єктом господарювання для здійснення аналізу та оцінювання діяльності закладу охорони здоров'я.

Поняття забезпеченості ліжками визначає чисельність ліжок на десять тисяч населення.

Забезпечення якості визначається, як систематичний підхід до трансформації управління закладами охорони здоров'я, відповідно до змін, які здійснюються та пов'язаними із цим процесами. Зайнятість лікарняного ліжка визначається як середня чисельність днів на рік, протягом яких лікарняні ліжка були зайнятими. Розраховується як кількість ліжко-днів в конкретних стаціонарних відділеннях, як відношення ліжко-днів, які були задіяними пацієнтами до середньої чисельності стаціонарних ліжок.

Поняття летальності визначається як відношення чисельності померлих пацієнтів до загальної чисельності вибулих зі стаціонарних відділень закладу охорони здоров'я за відповідний період.

Модель кінцевих результатів (МКР) визначається як узагальнений показник, який характеризує ефективність роботи та недоліки в роботі закладів охорони здоров'я.

Оборот лікарняного ліжка визначається як середня чисельність пацієнтів, які отримали медичну допомогу та пройшли курс лікування на даному стаціонарному ліжку протягом року. Цей показник розраховується як відношення кількості вибулих зі стаціонару пацієнтів на середньорічну чисельність ліжок у медичному закладі.

Показники дефектів загалом не повинні мати нормативних значень та дорівнюють нулю. Проте загалом фактично показники дефектів вимірюються у відносних та абсолютних величинах.

Рівень госпіталізації визначається як чисельність госпіталізованих в закладах охорони здоров'я на десять тисяч населення України.

Середня тривалість перебування пацієнтів на лікарняному ліжку розраховується як відношення чисельності проведених пацієнтами ліжко-днів до чисельності пацієнтів які вибули, в тому числі були виписаними.

Відповідно до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) основними складовими якості визначено наступні складові та їх характеристики:

- технологічне виконання, яке визначається як ступінь виконання технічних вимог та умов якості працівниками закладу охорони здоров'я і закладом охорони здоров'я загалом;
- результативність послуг, яка визначається як досягнення відповідного результату.

Ефективність послуг, що є відношенням результату надання медичної допомоги та відповідних витрат на її надання.

Безпека визначається, як рівень мінімізації ризиків в процесі надання чи як результату надання медичної допомоги пацієнтам.

Доступність послуг, яка визначається як рівень відсутності бар'єрів в наданні медичних послуг, таких як економічні, географічні, організаційні та інші. Безперервність послуг, визначається можливістю надання медичних послуг тим чи іншим постачальником протягом всього періоду постачання та формуванням взаємозв'язку між закладами охорони здоров'я в наданні медичних послуг. Інфраструктура та комфорт, як складові якості надання медичної допомоги визначаються ознаками та характеристиками роботи закладу охорони здоров'я, такими як: чистота, комфорт та інші.

Вибір визначається, як можливість вибору пацієнтами закладу охорони здоров'я в якому буде отримуватися медична допомога, або ж способів, якими вона буде надаватися.

З метою оцінювання забезпечення якості надання медичної допомоги застосовуються наступні поняття.

- Якість структури, яка визначається як певні умови надання допомоги

медичним закладом.

- Якість процесу, що визначається оптимальністю набору лікувально-діагностичних заходів за кожним конкретним пацієнтом.
- Якість результату, яка визначається як співвідношення фактично отриманих та запланованих результатів надання медичної допомоги за певний звітний період чи на певній території.

Також для оцінювання якості надання медичної допомоги важливого значення мають стандарти надання медичних послуг, прийняті та затверджені стандарти медичних технологій, а також формування та впровадження в закладі охорони здоров'я системи управління якістю надання медичної допомоги.

Так, стандарти медичних технологій є гарантованим переліком діагностично-лікувальних процедур та відповідного рівня їх якості та результатів проведеного лікування.

Управління якістю медичної допомоги є систематичним, незалежним та задокументованим процесом безперервних та взаємопов'язаних управлінських дій, функцій управління, які включають планування, організацію, мотивацію, внутрішній аудит діяльності та інші заходи, які дають можливість забезпечити якість надання медичної допомоги та її безпеку, та спрямовані на удосконалення покращення роботи закладів охорони здоров'я та максимально ефективно використання його ресурсів.

Загалом, якість надання медичної допомоги визначається як наданням медичними закладами відповідної медичної допомоги, медичних послуг на сучасному високопрофесійному рівні для отримання відповідних запланованих результатів.

Якість медичної допомоги також визначається як урахування та використання сучасних технологій в медичній сфері з метою максимально ефективного використання всіх наявних в закладі охорони здоров'я технологій та ресурсів.

4.2. Концептуальні засади організації контролю якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я

В сучасних умовах важливого значення має формування концептуальних засад організації контролю якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.

Первинним рівнем забезпечення якості надання медичної допомоги є організація контролю якості надання медичної допомоги в кожному конкретному закладі охорони здоров'я, а також на рівні його окремих структурних підрозділів, тобто забезпечення якості надання медичної допомоги безпосередньо на рівні медичних закладів і процесу надання медичної допомоги та медичних послуг пацієнтам кожним окремим медичним закладом.

З цією метою в кожному медичному закладі його головним лікарем та адміністративними підрозділами розробляється, формується та затверджується документація, що забезпечує формування та функціонування на рівні кожного окремого закладу охорони здоров'я безперервної системи контролю якості надання медичної допомоги, яка затверджується наказом керівника відповідного медичного закладу.

За прийнятим наказом в медичному закладі формується комісія, що відповідає за забезпечення якості надання медичної допомоги. Метою роботи цієї комісії є розробка дієвої програми підвищення якості надання медичної допомоги на засадах аналізу прийнятих показників, які характеризують різні відхилення від відповідних норм якості, а саме скарг пацієнтів, нещасних випадків, що відбулися в процесі надання медичної допомоги, чи пропозицій які надходять від медичного персоналу закладу охорони здоров'я. Принципово, важливого значення в забезпеченні якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я має залучення лікарів до активної роботи у комісіях та об'єднання всіх зусиль лікарів середнього та молодшого медичного персоналу адміністрації, всіх працівників закладу охорони здоров'я з метою удосконалення покращення якості роботи закладу охорони здоров'я, всіх його структурних підрозділів і надання медичної допомоги пацієнтам.

За загальною практикою особою, яка відповідає за роботу з забезпечення якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я призначається заступник головного лікаря з медичної роботи. Водночас, організацію якості роботи середнього та молодшого медичного персоналу закладу охорони здоров'я виконує старша медична сестра закладу, або заступник головного лікаря медичного закладу із медсестринства. В кожному структурному підрозділі закладу охорони здоров'я заходи із забезпечення контролю якості надання медичної допомоги організовують та здійснюють завідувачі відділень, а роботу молодшого медичного персоналу - старші медичні сестри. Ці обов'язки для завідувачів відділень, керівників функціональних підрозділів та

старших медичних сестер визначаються у їх посадових інструкціях.

В закладах охорони здоров'я розробляються та затверджуються перспективні та поточні плани роботи. В ці розроблені та затверджені плани включаються розділи, що регламентують забезпечення якості надання хворим медичної допомоги. Відповідно, контроль якості надання медичної допомоги виступає невід'ємним складником, частиною загального комплексу забезпечення якості надання медичної допомоги на всіх етапах та рівнях.

На рівні кожного медичного закладу, що є частиною загальнодержавної системи охорони здоров'я, реалізуються такі ступені контролювання якості надання медичної допомоги:

- перший ступінь - контроль на цьому рівні здійснюється керівником кожного структурного підрозділу закладу охорони здоров'я, тобто контроль фактично здійснюють завідувачі відділень та керівники структурних підрозділів. Так, на цьому рівні керівник структурного підрозділу оцінює, з якою якістю була надана пацієнтам медична допомога окремими лікарями та оцінюють результати лікування, здійсненого в поліклінічних та стаціонарних підрозділах закладу;

- другий ступінь контролю здійснюється заступниками головного лікаря медичного закладу, які є відповідальними за організацію роботи поліклінічних чи стаціонарних підрозділів. На цьому рівні заступники головного лікаря зобов'язані застосовувати для цього головні облікові документи, проводити щоденне експертне оцінювання десяти відсотків пацієнтів, що отримали медичну допомогу поліклінічних підрозділів та не менш двадцяти відсотків пацієнтів, що отримали медичну допомогу в стаціонарі медичного закладу з метою додержання відповідного контролю якості надання медичної допомоги.

- третій ступінь контролю якості надання медичної допомоги здійснюється експертною комісією медичного закладу, яка щомісячно оцінює якість роботи підрозділів закладу охорони здоров'я.

Наступні рівні контролю якості надання медичної допомоги кожного окремого закладу охорони здоров'я здійснюються фахівцями, а також спеціальними комісіями територіальних чи регіональних органів управління в сфері охорони здоров'я.

Так, четвертий ступінь контролю якості надання медичної допомоги здійснюється експертними комісіями при міських відділах чи управліннях охорони здоров'я, якими щоквартально оцінюється якість надання медичної допомоги кожного медичного закладу відповідного міста чи місцевості.

П'ятий ступінь контролю якості надання медичної допомоги щоквартально здійснюється експертною комісією обласного відділу охорони здоров'я відповідної області, при цьому щоквартальному контролю якості роботи підлягають обласні заклади охорони здоров'я.

Водночас, коли надання медичної допомоги населенню здійснюється за рахунок медичного страхування пацієнтів контроль якості надання медичної

допомоги здійснюється за триступеневою системою.

Перший ступінь - контроль якості надання медичної допомоги здійснюється експертною комісією органів охорони здоров'я.

Другий ступінь - позавідомчий контроль якості надання медичної допомоги здійснює експертна комісія страхової медичної організації.

Третій ступінь - контроль якості надання медичної допомоги здійснюється незалежною експертною комісією в випадку виникнення конфліктів. Для аналізу та оцінювання якості надання медичної допомоги використовуються клінічні протоколи та стандарти медичних технологій.

4.3. Впровадження процесів моніторингу здійснення вимірювання, аналізу та оцінювання процесів управління якістю закладу охорони здоров'я

Розбудова та забезпечення ефективної роботи закладу охорони здоров'я потребує впровадження системи якості, метою функціонування якої є забезпечення контролю якості.

З метою організації та впровадження такого контролю за системою якості у закладі охорони здоров'я доцільним є розробка та впровадження процесів моніторингу здійснення вимірювання, аналізу та оцінювання процесів управління якістю і на основі відповідного аналізу розроблення та впровадження заходів із удосконалення роботи системи управління якістю закладу охорони здоров'я.

Розробка та впровадження в закладах охорони здоров'я процесів моніторингу та аналізу в управлінні якістю дає можливість: показувати відповідність продукції за допомогою задоволення вимог та очікувань пацієнтів; підтримувати стабільність та ефективність роботи системи менеджменту якості; забезпечувати впровадження безперервних покращень, покращувати результативність системи менеджменту якості. Результат проведеного аналізу є необхідними даними і фактологічною базою для прийняття подальших управлінських рішень.

Впровадження заходів з організації контролю, здійснення аналізу та оцінювання здійснюється в процесі:

- розробки та впровадження планів роботи системи управління якістю закладів охорони здоров'я; планування дій з розроблення та впровадження нових медичних послуг; прийняття необхідних управлінських рішень керівниками закладу охорони здоров'я та їх подальшої реалізації з метою удосконалення, покращення роботи системи управління якістю закладу охорони здоров'я. Процес впровадження відповідних положень потребуватиме застосування певної кількості методів, в тому числі статистичних методів;
- відповідність послуг, що були надані закладом охорони здоров'я пацієнтам підтверджується із здійсненням процесів верифікації та валідації медичних послуг, наданих пацієнтам та відповідність проведених у закладі охорони здоров'я лікувальних та діагностичних дій вимогам, які визначені та регламентовані регулюючими органами в галузі охорони здоров'я.

Згідно з наказами та розпорядженнями МОЗ України, протоколами Всесвітньої організації з охорони здоров'я та іншими нормативно-правовими засадами функціонування закладів в сфері охорони здоров'я в медичному закладі встановлюються нормативи щодо повноти та обсягів надання медичної допомоги пацієнтам. В закладі охорони здоров'я має впроваджуватися безперервна робота, спрямована на підтвердження відповідності наданих медичних послуг встановленим стандартам та нормативним вимогам.

Відповідальним за ці процеси є безпосередньо керівник закладу охорони здоров'я. В закладі повинен бути організований процес безперервного стеження за задоволенням пацієнтів, отриманою у закладі охорони здоров'я медичною допомогою, медичними послугами. З цією метою в медичному закладі повинно бути впроваджено і здійснюватися анкетування, опитування пацієнтів, отримувачів медичної допомоги, медичних послуг, а також організовано роботу з реєстрації та подальшого аналізу опрацювання реклаमाцій. Відповідальним за організацію та реалізацію цих процесів у закладі охорони здоров'я виступає особа, що має відповідати у закладі охорони здоров'я за зв'язки із громадськістю.

Важливим аспектом роботи з управління якістю є забезпечення відповідності системи менеджменту якості вимогам стандарту ISO 9001:2015 / ДСТУ ISO 9001:2015.

Ця відповідність вищезазначеним стандартам якості може бути забезпеченою завдяки: впровадженню ефективного та своєчасного управління змінами в системі менеджменту якості закладу охорони здоров'я; планування та впровадження внутрішніх аудитів системи якості медичного закладу; здійснення коригуючих дій з метою удосконалення покращення функціонування системи управління якістю медичного закладу.

Зростання дієвості системи менеджменту може бути забезпечене завдяки:

- перегляду та актуалізації політики закладу охорони здоров'я щодо якості для забезпечення її відповідності вимогам та умовам зовнішнього та внутрішнього середовища в умовах постійних ринкових проявів та кон'юнктурних змін;

- впровадження системного планового аналізу ефективності роботи системи менеджменту якості та забезпечення впровадження ефективних механізмів реалізації політики в сфері якості.

Вищим керівництвом закладу охорони здоров'я повинно ініціюватися як проведення аналізу так і підготовка звітів, що відображатимуть їх результати, що регламентуються відповідними методиками з управління якістю.

Відповідно, в цих звітах повинні відображатися:

- аналіз досягнення запланованих показників ефективності впровадження процесів управління якістю, які визначені в відповідних методиках та стандартах;

- впровадження за результатами отриманих аналізів, доцільних коригуючих дій та заходів з удосконалення покращення роботи системи менеджменту якості та результати, отримані після впровадження коригування.

Для здійснення аналізу та оцінювання системи управління якістю закладу охорони здоров'я активно використовуються статистичні методи.

Метою застосування таких статистичних методів є:

- виявлення обсягу вибірки при впровадженні контролю якості надання медичної допомоги;

- оцінювання рівня задоволення пацієнтів за результатами проведеної оцінки ринкових позицій медичного закладу;
- формування інформації, необхідної для здійснення аналізу роботи системи менеджменту якості керівниками закладу охорони здоров'я.

Вимірювання рівня задоволення потреб пацієнтів як споживачів медичних послуг є невід'ємною складовою процесу моніторингу якості надання медичних послуг закладом охорони здоров'я.

Дослідження рівня задоволення потреб пацієнтів здійснюється завдяки отриманню наступної інформації:

- претензій до роботи закладу охорони здоров'я та його працівників та рекламацій щодо якості надання медичних послуг;
- висловлення думок пацієнтів, їх зауважень чи побажань персоналу медичного закладу. Отримання та переоавчн відповідної інформації повинно здійснюватися з впровадженням відповідного навчання медичних працівників.

Відповідна зібрана інформація у формі службової переписки, сформованих звітів та протоколів засідань повинна надходити до керівника закладу охорони здоров'я з метою прийняття своєчасних оперативних рішень щодо внесення необхідних змін у систему забезпечення якості роботи закладу охорони здоров'я, що стосується надання медичної допомоги пацієнтам.

Внутрішній аудит системи менеджменту якості здійснюється з метою перевірки відповідності та ефективності роботи системи менеджменту якості. Проведення внутрішнього аудиту здійснюється завдяки роботі внутрішніх аудиторів закладу охорони здоров'я. В закладі охорони здоров'я приймається наказ про статус аудиторів.

Проведення внутрішніх аудитів, призначення відповідальних аудиторів, планування діяльності із аудиту та контроль за впровадженням систем управління якістю повинно супроводжуватися відповідними наказами керівника закладу охорони здоров'я відповідно до потреб медичного закладу.

Періодичність планування та проведення внутрішніх аудитів визначається згідно доцільності їх впровадження і змін, які відбуваються в якості роботи закладу охорони здоров'я. Проведення такого внутрішнього аудиту може бути замовлено виявленими фактами падіння якості надання медичних послуг та ефективності роботи закладу, що потребуватиме детального аналізу та оцінювання роботи системи якості закладу, що може бути досягненим в процесі проведення внутрішнього аудиту якості.

Загалом, планово робота кожного структурного підрозділу закладу охорони здоров'я повинна підлягати аудиту не менше ніж один раз на рік.

План проведення внутрішнього аудиту повинен складатися працівником, відповідальним за роботу системи якості закладу охорони здоров'я, а затверджуватися відповідно керівником закладу охорони здоров'я.

В разі необхідності внесення змін щодо проведення відповідних організаційних заходів, такі зміни вносяться до плану і план проходить

повторне затвердження.

Здійснення кожного наступного аудиту підлягає детальній підготовці та плануванню.

Особлива увага при здійсненні цього планування приділяється підбору фахівців аудиторів, оскільки вони призначаються таким чином, щоб уникнути можливості перевірки особами саме тих підрозділів, де вони безпосередньо працюють. Таким чином, планування здійснення внутрішніх аудитів регламентується положенням та проведенням внутрішніх аудитів. Результати отримані в процесі проведення внутрішніх аудитів підлягають реєстрації і після проведення їх та опрацювання в системі управління якістю закладами охорони здоров'я надаються керівникам функціональних підрозділів для ознайомлення та перевірки. Результати проведення внутрішніх аудитів закладу охорони здоров'я застосовуються для ініціювання внесення відповідних коригувальних дій, змін в роботі структурних підрозділів, з метою формування періодичних звітів про роботу структурних підрозділів, для проведення аналізу дії системи менеджменту якості для керівників закладу охорони здоров'я.

Планування, організація та проведення внутрішніх аудитів в закладі охорони здоров'я регламентується методикою проведення внутрішніх аудитів.

З метою організації контролю процесів та їх вимірювання застосовується система показників оцінювання ефективності та результативності. Відповідно, за цими показниками процеси підлягають вхідному контролю та вихідному контролю.

Відповідність цих процесів контролюється за відхиленнями фактично отриманих показників від запланованих. У методичній документації для здійснення такого контролю визначено та узагальнено перелік таких відповідних планових показників, а такожзначається необхідна для аналізу на вході інформація, інформаційна база, особи, що повинні бути в закладі охорони здоров'я відповідальними за розрахунок відповідних показників чи їх реєстрацію, а також особи що є отримувачами відповідної інформації. Також, з метою контролю отримання запланованих нормативних результатів в систему управління якістю закладу охорони здоров'я застосовується:

- контроль параметрів якості вхідних послуг чи продукції;
- контроль з впровадженням внутрішніх аудитів якості роботи;
- контроль, який здійснюють зовнішні контрагенти, які законодавчо уповноважені за змінням відповідних перевірок якості роботи організацій сфери охорони здоров'я.

В закладі охорони здоров'я повинні застосовуватися методи виміру та аналізування якості надання медичної допомоги відповідно із прийнятими нормами та стандартами якості. Процес проведення цих вимірювань та аналізу повинен супроводжуватися оформленням та веденням відповідної документації та звітності на всіх етапах реалізації. Лікарі, медичний персонал закладу охорони здоров'я повинні нести відповідальність за моніторинг та

проведення відповідних вимірювань. Так, надані медичні послуги в закладі охорони здоров'я не вважатимуться наданими, доки всі заплановані заходи не будуть реалізовані із позитивним результатом. Працівники закладу охорони здоров'я повинні здійснювати експертизу якості медичної допомоги відповідно до процедури організації та здійснення експертизи якості надання медичної допомоги.

У закладі охорони здоров'я повинно бути реалізованим та організованим контроль якості надання медичної допомоги згідно із нормативними законодавчо визначеними вимогами нормами та стандартами.

Здійснення моніторингу та виміру якості медичних послуг повинно організовуватися та контролюватися керівництвом закладу охорони здоров'я, що повинно бути зазначеним у їх посадових інструкціях.

Відповідно до цього на кожному етапі надання медичної допомоги у кожному підрозділі повинні бути заплановані та передбачені заходи контролю.

В разі виявлення відхилень від запланованих показників, партнери з надання медичної допомоги можуть бути зміненими і повною мірою наданими лише після повного дотримання норм вимог і стандартів та отриманих результатів надання медичної допомоги пацієнтам.

Медична допомога, медичні послуги які надавалися пацієнтам невідповідним чином чи неякісно повинні бути ідентифікованими, всі фактори які завдали жали надання якісної медичної допомоги повинні бути виявленими та виправленими з метою надання пацієнтам послуги, що відповідає нормам та стандартам та може дати відповідний позитивний результат.

Лікарі, медичні працівники закладу охорони здоров'я повинні забезпечити здійснення вихідного контролю надання медичної допомоги, порівнюючи обсяг наданої медичної допомоги обсягом, що був затвердженим закладом охорони здоров'я відповідно до діючих нормативів та стандартів.

Пацієнтам закладу охорони здоров'я повинна надаватися відповідна медична документація у вигляді висновку фахівця, виписки, тощо з якої від може ознайомитися із медичними даними, та яка свідчить про отримані результати обстеження чи лікування документально. У разі виявлення невідповідностей в цій документації мають виконуватись дії, визначені відповідними інструкціями для медичного персоналу із управління невідповідностями, що регламентовано Настановою з якості закладу охорони здоров'я.

Заклад охорони здоров'я у своїй діяльності базується на нормах та вимога чинного законодавства, а отже в наданні медичної допомоги повинен гарантувати пацієнтам, що надана медична допомога відповідає вимогам, що висуваються до неї згідно з діючими нормами та стандартами згідно діючого законодавства.

Надання медичних послуг в закладах охорони здоров'я підлягає ідентифікації та контролю як в самому медичному закладі, так і зовні відповідними державними органами та структурами, такими як Міністерство

охорони здоров'я, міські, районні, обласні відділи охорони здоров'я.

З метою контролю якості надання медичної допомоги, медичних послуг в закладі охорони здоров'я встановлюється відповідальність за впровадження аналізу, спрямованого на ідентифікацію невідповідностей та відхилень. Так, всі відхилення від норм, та внесені зміни, корективи в процесі лікування, надання медичних послуг повинні бути зареєстрованими. Всі медичні послуги, які надає заклад таким чином, повинні бути під контролем та керовані.

Працівники закладу охорони здоров'я, які виявили невідповідності у процесі надання медичної допомоги визначеним стандартам мають терміново, згідно із своїми повноваженнями проінформувати про цей факт відповідальних осіб адміністративного персоналу, згідно із службовим підпорядкуванням.

Цей порядок дій повинен бути вказаний в нормативній документації закладу охорони здоров'я, відповідних посадових інструкціях та внутрішніх регламентах. Керівники структурних підрозділів закладу охорони здоров'я несуть повну відповідальність за виявлення та фіксування відхилень в наданні медичної допомоги та впровадження соєчасних дій щодо припинення дії відповідних фактів.

Факт надання медичної допомоги невідповідної якості повинен бути зафіксованим і зареєстрованим та зберігатися до моменту сприяння рішень щодо подальших дій. Дії, які слід проводити у випадку виявлення невідповідностей у наданні медичної допомоги регламентовані в положеннях з управління невідповідностями, Настанови якості закладу охорони здоров'я. Даний порядок може бути застосованим в тому числі для медичних послуг, за якими надійшли обґрунтовані рекламації та претензії від пацієнтів. Повідомлення та претензії, які надходять від споживачів повинні бути належним чином зареєстровані з метою подальшого розгляду комісією із розгляду скарг пацієнтів. Залежно від змісту цих претензій приймають рішення щодо їх подальшого розгляду. Результати відповідного розгляду реєструються в документації та направляються в тому числі надавачам скарг. Отримання та фіксування кожного такого звернення пацієнтів щодо невідповідності медичної послуги несе за собою проведення аналізу та впровадження подальших змін.

Загалом в закладі охорони здоров'я повинні бути організованими та системно здійснюватися процеси збору аналізу інформації щодо всіх процесів системи менеджменту якості, щоб виявити працездатність та відповідність такої системи та визначити можливості та напрями для її майбутнього покращення.

Інформація, отримана в результаті здійснення моніторингу, аналізу та оцінювання визначається, формується та аналізується для того, щоб виявити всі аспекти роботи діючої в закладі охорони здоров'я системи менеджменту якості та визначити напрями впровадження необхідних покращень.

Так, інформація отримана в процесі проведення моніторингу, аналізу а також інформація щодо роботи системи менеджменту якості повинна бути

зібраною та оціненою в аспекті можливості налагодження зворотного зв'язку із пацієнтами; необхідності та доцільності використання нових інноваційних технологій; відповідності наданої медичної допомоги існуючим нормам та вимогам; наявних тенденцій в медичній сфері з метою впровадження перспективних нових напрямів розвитку; інформації щодо взаємодії їх контрагентами організаціями-постачальниками.

В закладі охорони здоров'я я повинні системно здійснюватися наради з аналізу проведення роботи з надання медичних послуг пацієнтам. На цих нарадах повинні обговорюватися питання діагностики та лікування пацієнтів та їх результати і на основі обговорення та аналізу даних повинні розроблятися подальші плани з медичного обслуговування пацієнтів, а також аспекти застосування відповідних методів діагностики та лікування і перспективи їх впровадження в закладі охорони здоров'я.

На відповідних нарадах повинні обговорюватися питання забезпечення зростання результативності та ефективності функціонування медичного закладу та його функціональних підрозділів та дотримання персоналом медичного закладу норм, вимог та стандартів.

На завершення календарного року керівники, відповідальні за управління якістю закладу охорони здоров'я зобов'язані скласти звіт про роботу системи менеджменту якості. В цьому звіті повинні бути визначені головні досягнення роботи системи менеджменту якості закладу, реалізації запропонованих заходів, спрямованих на досягнення задач перспективи подальшого розвитку, результати здійснених впроваджених змін у роботі, сформовано нові стратегічні цілі та завдання системи менеджменту якості закладу охорони здоров'я та запропоновано внесення нових актуальних змін.

Аналіз даних роботи системи менеджменту якості здійснюється на підставі порівняння фактичних даних із плановими нормативним показниками та виявленням чинників, що вплинули на відповідні зміни. Проведення такого аудиту може бути ініційованим з причин появи інформації про наявність таких невідповідностей. Головні базові складові такого аналізу представлені у методиках системи менеджменту якості.

Аналіз роботи системи менеджменту якості та її базових процесів здійснюється з виконанням:

- оперативного аналізу даних щодо результативності виконання тих чи інших процесів відповідальними працівниками;
- аналізу результатів планування та впровадження внутрішніх аудитів системи менеджменту якості роботи закладу охорони здоров'я;
- проведення аналізу ефективності здійснення процесів управління якістю під час формування проміжних звітів про роботу системи менеджменту якості закладу;
- аналізу роботи системи менеджменту якості найвищим керівником закладу охорони здоров'я.

Отримані в результаті проведення такого аналізу дані використовуються, як фактологічна база, для обґрунтування і прийняття управлінських рішень в питаннях:

- покращення рівня задоволеності пацієнтів отриманими медичними послугами, медичною допомогою, застосовуючи на опрацюванні даних звернень, претензій та результатах проведених анкетних опитувань пацієнтів;
- дотримання вимог, які висуваються до медичних послуг, використовуючи порівняння типових вимог та можливостей їх практичної реалізації в умовах функціонування того чи іншого медичного закладу;
- оцінювання можливості стратегічних змін процесів надання медичної допомоги.

Відповідний аналіз здійснюється відповідальними працівниками медичного закладу при управлінні системою менеджменту якості, виконанням планування та реалізації медичних послуг, підготовкою медичної технологічної бази. Ініціювання впровадження відповідних дій повинно бути визначено у документації системи менеджменту якості - проведення оцінки постачальників та інших контрагентів, з якими співпрацює та взаємодіє медичний заклад на засадах оцінки їх ціноутворення, відповідності наданих послуг та товарів їх якості, надійності постачальників, формуванні загальних витрат та врахування інших факторів.

Удосконалення роботи системи якості закладу охорони здоров'я повинно здійснюватися з ініціюванням та внесенням змін до структури системи управління якістю, з розподілом відповідальності та обов'язків працівників закладу, впровадженням нових методів та інструментів управління, впровадження сучасних інформаційних та цифрових систем та комунікацій, управління процесами та операціями та інших складових системи управління якістю.

З метою удосконалення роботи системи менеджменту якості розробляються та впроваджуються дії, що здійснюються за результатами:

- формування політики закладу охорони здоров'я та завдань в питаннях управління якістю;
- проведення внутрішнього та зовнішнього аудитів системи управління якістю медичного закладу;
- проведення аналізу отриманих даних та інформації;
- впровадження відповідних змін в роботі системи менеджменту якості медичного закладу;
- аналіз роботи системи менеджменту якості найвищим керівництвом медичного закладу.

Впровадження прийнятих заходів здійснюється відповідно до цілей закладу в сфері управління якістю та на засадах прийнятих розпоряджень, наказів найвищого керівника медичного закладу.

Впровадження коригуючи дій та змін в роботі системи менеджменту

якості медичного закладу може бути ініційованим будь яким співробітником медичного закладу з внесенням цим працівником відповідної пропозиції та при наявності невідповідностей в системі якості, що фіксується внесенням даних у відповідному журналі.

Започаткування впровадження змін здійснюється з оформленням листків коригуючих дій.

За безпосереднє виконання коригуючих дій несуть відповідальність керівники відповідних структурних підрозділів закладу охорони здоров'я.

Контроль здійснення цих коригуючих дій та їх результативність і своєчасність здійснення та реєстрацію повинні виконувати відповідно визначені за наказом керівників відповідальні особи закладу охорони здоров'я.

Впровадження коригувальних дій повинно включати:

- проведення аналізу виявлених невідповідностей;
- виявлення причин виникнення невідповідностей;
- аналіз та оцінка доцільності проведення дій, що виключатимуть повторну появу виявлених невідповідностей;
- визначення та реалізацію потрібних дій та заходів;
- проведення реєстрації результатів здійснених дій та заходів;
- здійснення аналізу реєстрації реалізованих коригувальних заходів.

Основними джерелами отримання інформації про коригувальні дії та необхідність їх внесення можуть виступати: записи, що містяться у робочих журналах медичного закладу; записи що містяться в листках коригувальних дій та заходів. Впровадження відповідних коригуючих дій з метою удосконалення покращення роботи в системі менеджменту якістю медичного закладу регламентоване методикою Коригувальних дій Настанови з управління якістю закладу охорони.

4.4. Організація, планування та керування процесами контролю якості надання медичних послуг

Організація, планування та керування, надання медичної допомоги, медичних послуг населенню є складним процесом, який передбачає використання сучасних функцій планування та методів управління, здатних забезпечити високу ефективність організації та практичного впровадження цієї діяльності.

Перш за все, планування діяльністю закладу охорони здоров'я повинно здійснюватися відповідно до прийнятої мети та стратегічних цілей діяльності закладу, опису критеріїв відповідності виробничих процесів в роботі закладу охорони здоров'я, організації роботи структурних підрозділів, які забезпечують планування та управління процесами надання методичних послуг та загалом функціонування закладу охорони здоров'я.

Особою, відповідальною за організацію роботи структурних підрозділів виступає керівник закладу охорони здоров'я.

Планування надання медичних послуг закладами охорони здоров'я дає можливість чітко визначити та описати всі процеси, які пов'язані із наданням медичних послуг та підтримкою роботи закладу охорони здоров'я в робочому стані [21-25]. Надання медичних послуг повинно здійснюватися в відповідних умовах, а отримані результати мають відповідати вимогам споживачів медичних послуг. В закладі охорони здоров'я повинні підтримуватися всі відповідні процедури, які забезпечували б можливості щодо якісного надання медичних послуг.

Забезпечення необхідної якості планування діяльності закладу потребує детального та всебічного дослідження процесів роботи системи якості закладу та модифікації процесів надання медичних послуг за складовими [26-30]:

- відповідності завдання в сфері забезпечення якості та вимог, які висуваються для ефективної роботи цієї сфери;
- доцільності розроблення процесів та документації з управління якістю із забезпечення їх всіма необхідними для цього ресурсами;
- впровадження заходів, які будуть забезпечувати перевірку, затвердження, контроль в системі якості та розробку критеріїв відповідного контролю;
- застосування потрібної реєстраційної документації, в тому числі протоколів з якості;
- внесення необхідних актуальних змін в систему менеджменту якості відповідно до вимог та порядку, визначеному в Настанові з якості закладу;
- формування потрібної реєстраційної документації, в тому числі протоколів з якості;
- здійснення ведення записів, потрібних для забезпечення відповідності надання медичної допомоги вимогам, що пред'являються до ведення медичної діяльності.

- ініціювання процесів планування потребує розроблення стратегічних напрямів надання медичних послуг на основі дослідження потреб та особливостей розвитку ринку надання медичних послуг [31].

Процес планування роботи закладу охорони здоров'я здійснюється з планування самих медичних послуг та процесів надання цих медичних послуг.

Планування дій з надання медичної допомоги, медичних послуг здійснює адміністрація, відповідальні працівники адміністративних підрозділів, а саме керівник закладу охорони здоров'я, його заступники, медичний директор, його заступники [32]. Діяльність з планування визначається та регламентується посадовими інструкціями та відповідними наказами та розпорядженнями першого керівника закладу охорони здоров'я.

Планування діяльності з організації процесів надання медичних послуг здійснюється адміністративними працівниками та фахівцями, що здійснюють надання медичної допомоги. Ця сфера регламентується відповідними розробленими та діючими посадовими інструкціями.

Медичний заклад здійснює надання медичних послуг в свої структурних підрозділах, саме тому його приміщення, обладнання повинні відповідати встановленим нормам та стандартам, які б відповідали вимогам нормативних актів та ліцензійним вимогам для ведення медичної практики і функціонування закладу охорони здоров'я.

Відповідальним за планування роботи закладу та його структурних підрозділів є головний керівник закладу охорони здоров'я, що відображається у відповідній розпорядчій документації закладу охорони здоров'я.

Наказ охорони здоров'я надає медичні послуги населенню в межах ліцензії та спеціальних дозволів. Надання медичних послуг населенню здійснюється відповідно до запиту др. кількості та номенклатурних послуг: – медичної допомоги та відповідно із встановленими внутрішніми регламентами, а також у відповідності із діючою нормативно-правовою базою, що регламентує діяльність в сфері охорони здоров'я.

У роботі із пацієнтами, споживачами медичних послуг закладу охорони здоров'я повинен дотримуватися визначеної послідовності дій:

- визначати вимоги, які мають потенційні споживачі до якості обсягів медичних послуг термінів їх надання;
- попередньо визначити обсяги ресурсів, які необхідні для якісного надання відповідних медичних послуг, медичної допомоги;
- вимоги до надання якісної медичної допомоги, медичних послуг, що не визначені пацієнтами, проте є невід'ємними та необхідними для ефективного надання медичної допомоги, такої як необхідності консультування, обстеження, діагностики, і т.д.

- наявність законодавчих та регламентуючих вимог будуть впливати на терміни якості надання медичних послуг, а саме нормативні регламентуючі акти МОЗ, СЕС, Державної служби контролю лікарських засобів та інших ін-

ститутів;

- наявність додаткових внутрішніх вимог, які визначаються внутрішніми регламентами та нормами, такими як стандарти та політика;
- надання медичної допомоги, медичних послуг відповідно із розробленими та прийнятими нормативними регламентами надання медичної допомоги, а також стандартами внутрішньої політики закладу охорони здоров'я.

Заклад охорони здоров'я визначає вимоги споживачів до якості надання медичних послуг, спираючись на інформацію отриману від працівників закладу охорони здоров'я [33-35]. Ця інформація передається керівникові закладу охорони здоров'я. Відповідальними за надання повної та достовірної інформації про організацію діяльності закладу охорони здоров'я несуть співробітники, які виконують цю роботу відповідно із посадовими інструкціями.

З метою визначення вимог та запитів споживачів та зацікавлених осіб здійснюється процес збору та аналізу інформації щодо якості та асортименту надання медичних послуг населенню, до якої фахівці відносять інформацію щодо вимог пацієнтів закладу та зацікавлених осіб; інформацію щодо вивчення медичного ринку та роботи та асортимент медичних послуг інших закладів охорони здоров'я; інформацію щодо процесів надання медичних послуг, що вимагають врахування державного регулювання та нормативів [36].

Під час попереднього визначення параметрів надання медичних послуг фіксується інформація щодо стану здоров'я хворих, фінансової документації у взаємодії зі споживачами та укладання договорів між адміністрацією та іншими суб'єктами зовнішнього середовища, такими як постачальники та споживачі, державні органи та структури в сфері охорони здоров'я.

В закладі охорони здоров'я, відповідно до норм та параметрів Настанови з якості, повинні застосовуватися локальні протоколи та клінічні маршрути пацієнтів, а також повинні бути розробленими та застосованими показники для визначення симптоматики нозологій в наданні медичних послуг [37-40]. Пацієнти перед наданням медичної допомоги повинні бути ознайомленими з діючими протоколами та запланованими діями із надання медичної допомоги. В амбулаторних медичних картках відвідувачів повинно бути зафіксовано призначення лікаря та вся необхідна роз'яснювальна для пацієнта інформація. Здійснення цих процесів регламентоване посадовими інструкціями та відповідними нормами чинного законодавства, що регламентують та визначають діяльність закладів охорони здоров'я.

Здійснення аналізу вимог щодо якості надання медичної допомоги здійснюється в закладі з включенням переліку відповідних чинників [41-45]:

- визначення вимог до медичних послуг, що надаються;
- узгодження вимог про надання медичних послуг із споживачами;
- здатності закладу охорони здоров'я виконувати вимоги споживачів;

Загалом, результати аналізу вимог, висунутих до закладу охорони здоров'я визначаються та документуються в виді заповнення бланків в відповідній

медичній документації пацієнтів або в виді оформлення договірних відносин із споживачами медичних послуг пацієнтами.

Укладання договору із споживачами медичних послуг здійснюється завдяки роботі відповідних працівників закладу охорони здоров'я, які відповідають за виконання тих чи інших організаційних адміністративних робіт та функцій. Підставою для укладання відповідного договору є типова форма договору, що затверджена та використовується закладом. В такому типовому договорі визначаються розділи, які регламентують зобов'язання сторін, як закладу охорони здоров'я, так і організації контрагента чи отримувача медичних послуг пацієнта [46-49]. Всі пункти щодо зобов'язань та перевірку робіт, які здійснено заклад охорони здоров'я в обов'язковому порядку узгоджує із споживачами медичних послуг, пацієнтами.

При укладанні договору враховується та обумовлюється: визначеність вимог на надання медичних послуг завдяки тому що в договір вноситься зобов'язання щодо надання медичних послуг в обсягах та порядку, які визначені нормами та пунктами договору. Водночас, договір містить посилання на ті нормативні акти, які визначають, регламентують вимоги до надання медичних послуг. В договорі визначаються параметри взаємодії із споживачем та визначаються і закріплюються права та обов'язки сторін, що визначає взаємини із споживачами. У разі змін точок та факторів відповідні зміни вносяться в договір, укладений між сторонами. При укладанні відповідного договору сторони повинні бути впевненими у можливості виконати умови договору при виконанні відповідних зобов'язань по надбанню медичних послуг. Також, заклад охорони здоров'я таким чином посилається на можливість використання відповідних ресурсів, кадрових, фінансових, матеріальних, технічних та інших. Укладені договори вносять та фіксують в реєстрі договорів закладу охорони здоров'я, за яким здійснюється контроль їх виконання та дотримання зобов'язань сторонами.

Інформаційний зв'язок із споживачами медичних послуг закладу охорони здоров'я здійснюється з інформуванням споживачів про послуги, які повинні надаватися та їх характеристики з наданням споживачам інформації про послуги з використанням сучасних інформаційних та інтернет-технологій, а також з використанням друкованої інформаційної продукції, надання інформації та консультацій пацієнтам провідними фахівцями закладу охорони здоров'я, а також, та під час проведення переговорів із партнерами закладу охорони здоров'я.

Заклад охорони здоров'я повинен забезпечити своєчасне та ефективне інформування пацієнтів про послуги, які надає заклад, особливості їх надання, їх доступність та іншу необхідну інформацію [50-52]. Використовуючи доступні електронні ресурси чи друковану поліграфічну продукцію, а також надаючи пацієнтам необхідні телефонні чи телекомунікаційні консультації, а також під час прийому та консультування пацієнтів провідними лікарями

закладу охорони здоров'я.

Загалом, споживачами медичних послуг закладу охорони здоров'я можуть бути фізичні особи, пацієнти та юридичні особи підприємства, що укладають угоду для медичного забезпечення своїх працівників необхідним обсягом медичних послуг, а також державні органи та структури, які забезпечують населення необхідним обсягом медичної допомоги відповідно до норм чинного законодавства. Реєстрація даних пацієнтів та укладання угод із фізичними особами в закладі охорони здоров'я здійснюється під зверненням до закладу пацієнтів [53-56]. Так, реєстрування даних пацієнтів проводиться за відповідними формами з занесенням в них всіх особистих даних пацієнтів. Така реєстрація може проводитися як в електронному так і в паперовому виді.

Дані, що при цьому вносяться є наступні особові дані: ідентифікаційний номер пацієнта; прізвище, ім'я по батькові; стать; дату народження; клінічні дані; інформацію про медичну послугу, за якою відбулося звернення до закладу охорони здоров'я.

В закладі охорони здоров'я відбувається реєстрація та заповнення амбулаторної карти пацієнта і яка містить інформацію щодо: медичних послуг, за якими відбулося звернення, назви підрозділу закладу охорони здоров'я, до якого відбулося звернення, прізвища, ім'я та по батькові пацієнта, його телефон, адресу та інші особисті дані; дати звернення та надання медичної послуги; інформації про обстеження, лікування та результати надання медичної послуги; інформації про фізіологічний стан хворого, дані анамнезу та медичного діагнозу; інформації про особу лікаря-спеціаліста, уповноваженого до формування звіту; підпису фахівця, уповноваженого на видачу виписки (результатів звіту).

Ця амбулаторна карта водночас, виступає формою звіту про надані медичні послуги. Надання медичних послуг юридичним особам підприємства здійснюється на основі укладених договором на медичне обслуговування.

Важливого значення для своєчасного та ефективного управління якістю надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я є своєчасне та адекватне реагування на претензії та звернення пацієнтів.

В закладі охорони здоров'я повинне бути організоване приймання претензій та рекламацій від пацієнтів та детальний аналіз причин їхнього виникнення. Працівники закладу охорони здоров'я, які отримують ці рекламації звернення від пацієнтів, мають своєчасно передавати відповідну інформацію працівникам, відповідальним за контроль якості роботи закладу охорони здоров'я, а також за організацію роботи із претензіями споживачів.

В закладі охорони здоров'я потрібно організувати та впровадити ефективний механізм приймання претензій та рекламацій, він надасть можливість здійснювати необхідні виявлення причин виникнення відхилень в роботі та зниження рівня якості надання медичних послуг та своєчасно відреагувати на відповідні звернення з внесення змін в організації роботи

закладу охорони здоров'я роботи персоналу з метою забезпечення високого рівня якості роботи закладу охорони здоров'я.

Відповідно до пунктів Настанови з якості закладу охорони здоров'я в закладі повинно бути виявлення причин порушень та осіб, які вчинили порушення та відхилення від норм та параметрів забезпечення якості надання медичної допомоги пацієнтам. Отримані результати аналізу відхилень та причин порушень дають можливість започаткувати підготовку корегуючих дій з метою недопущення повторної появи претензій. Відповідні корегуючі дії регламентовано методиками менеджменту якості.

Зміни вимог до надання медичних послуг в закладі охорони здоров'я можуть бути обумовлені наступними факторами:

- зміною сфери діяльності закладу охорони здоров'я із скороченням чи збільшенням видів діяльності, визначених ліцензією закладу охорони здоров'я;
- внесенням зміни до чинного законодавства щодо ліцензування медичної діяльності;
- зміною регулюючих нормативних актів МОЗ та наглядових органів в питаннях надання медичних послуг пацієнтам;
- зміною політики закладу охорони здоров'я в питаннях забезпечення якості роботи закладу охорони здоров'я;
- змінами в структурі ресурсного забезпечення закладу охорони здоров'я щодо його забезпечення кадрами, фінансовими, технічними, технологічними, інформаційними та іншими ресурсами;
- змінами, пов'язаними із дією ризиків та факторів непередбачуваного характеру, яким неможливо запобігти силами та засобами закладу охорони здоров'я;
- змінами внутрішніх регламентів та стандартів надання медичних послуг закладом охорони здоров'я;
- змінами впливу зовнішнього оточуючого середовища та діями поставальників, партнерів, конкурентного середовища закладу;
- змінами, пов'язаними із впливом факторів технологічного, науково-технічного розвитку;
- змінами, пов'язаними зі зміною запитів та потреб пацієнтів, населення.

Відповідно до зазначених змін та впливів розробляються дії, спрямовані на забезпечення належної якості роботи закладу охорони здоров'я всіх його структурних підрозділів, персоналу в наданні медичних послуг. З цією метою в закладі охорони здоров'я визначаються виконавці та відповідальні за забезпечення якості, які повинні діяти відповідно до вимог, інструкцій та положень, наказів, розпоряджень та іншої внутрішньої розпорядчої документації, а також наказів та розпоряджень генерального директора методик якості інструкцій, а також відповідно до зовнішньої регламентуючої документації законодавчих документів відповідно до норм чинного законодавства.

З метою забезпечення якості визначаються та приймаються конкретні дії з коригування, в тому числі із застосуванням адміністративних розпорядчих методів та засобів із підготовкою відповідних документів та впровадженням нових регламентів процедур, висуванням нових вимог до процесів та алгоритмів забезпечення якості надання медичної допомоги. Інформація щодо зміни вимог повинна бути прийнята документально та міститися в відповідній нормативній документації, а також у вигляді внутрішньої розпорядчої інформації, бути поширеною серед відповідних працівників та підрозділів закладу охорони здоров'я для ознайомлення персоналу та введення розпоряджень у дію.

4.5. Оцінювання якості матеріального-технічного забезпечення закладу охорони здоров'я

Управління процесами закупівлі матеріально-технічних ресурсів та матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я здійснюється із дотриманням правил та методів управління цими процесами, що включатимуть відбір та оцінювання постачальників матеріально-технічних ресурсів, перевірки закуплених товарів, впровадження процесів закупівлі продукції має відбуватися із відповідним рівнем якості, що зазначена в методиці з управління якістю в пункті «Вибір постачання та організування процесу постачання».

З метою якісного своєчасного та відповідного забезпечення закладу охорони здоров'я необхідною для його функціонування кількістю медичних лікарських засобів, обладнання, інструментарію, товарів та послуг керівництво та відповідальні особи закладу охорони здоров'я повинні організувати процеси закупівлі відповідних матеріальних ресурсів, товарів та послуг за визначеними характеристиками та умовами постачання.

Так, типовими для функціонування закладів охорони здоров'я є: організація закупівель медичного обладнання та приладів; офісного обладнання, меблів; лікарських препаратів; медичних виробів та засобів медичного призначення; матеріалів та товарів, необхідних для забезпечення роботи закладу охорони здоров'я; інформаційних послуг; послуг житлово-комунального господарства; послуг організацій субпідрядників та організацій що працюють із закладом охорони здоров'я на аутсорсингу.

Керівник закладу охорони здоров'я має гарантувати, що заклад в організації процесів закупівлі товарно-матеріальних цінностей, товарів та послуг буде діяти у відповідності із нормами чинного законодавства, встановленими в закладі охорони здоров'я нормами та вимогами, та згідно із іншими визначеними та прийнятими критеріями. Вся документація, яка стосуватиметься проведення процесів закупівель товарів та послуг повинна бути ідентифікованою та затвердженою.

Заклад охорони здоров'я повинен обирати та оцінювати потенційних постачальників та субпідрядників, опираючись на їх можливості поставити відповідну замовлену продукцію та послуги відповідно до діючих вимог закладу охорони здоров'я [58]. При тому, критерії які використовуються для оцінювання та відбору постачальників визначаються та встановлюються відповідно до діючих методик з якості. Результати, отримані в процесі проведення оцінювання реєструються відповідальними за ці процеси співробітниками закладу.

Таким чином, заклад охорони здоров'я забезпечує відповідність постачання продукції та послуг впроваджуючи систему управління закупівлями та організації товарно-матеріального забезпечення. В закладах охорони

здоров'я за наказом керівника закладу охорони здоров'я визначаються особи, відповідальні за організацію та проведення процесів закупівель, а детальна інформація щодо самого процесу проведення закупівель товарів та послуг зазначається та описується в Методиці управління якістю діючих правил в закладах охорони здоров'я і повинна здійснюватися згідно із пунктами цієї методики в частині: вибір постачальників, організація постачання.

Важливим етапом процесу закупівель в закладах охорони здоров'я є організація та забезпечення впровадження вхідного контролю товарів та послуг.

Важливим етапом в роботі із закупівлями та товарно-матеріального забезпечення є оцінювання постачальників, яке здійснюється відповідно до прийнятих критеріїв та згідно із затвердженими прийнятими правилами. Відбір постачальників для подальшого укладання договору здійснюється із застосуванням оцінювання постачальників та подальшою оцінкою отриманих результатів. Оцінювання проводиться методом якісної оцінки.

При цьому основними критеріями оцінювання виступають такі показники як:

1. терміни, за які буде відбуватися постачання;
2. наявність у постачальника необхідних сертифікатів та дозвільної документації, що підтверджує його права та можливості для надання відповідних товарів та послуг;
3. наявність у постачальника впровадженої системи менеджменту якості, підтвердженої наявними сертифікатами (ISO 9001 та/або ISO 13485, інше);
4. відповідність цін та надання відповідних додаткових преференцій;
5. надійність та тривалість роботи на ринку постачальника.

Коригування відповідного рейтингу здійснюється ситуативно та за необхідністю [60]. Результати здійсненої оцінки застосовуються відповідальними працівниками закладу для впровадження закупівельної політики медичного закладу.

Важливим елементом складником роботи щодо ефективного впровадження закупівель та постачання матеріально-технічних ресурсів є укладання угод із постачальниками, які відбуваються після оцінювання та відбору кращих та найбільш відповідаючих потребам закладу постачальників, які набрали найбільшу оцінку згідно проведеного оцінювання та рейтингування.

Договір виступає базовим документом між закладом охорони здоров'я та постачальником, в якому зазначаються та регламентуються всі умови постачання та взаємодії базових умов постачання що визначають і регламентують обов'язки та відповідальність сторін в разі порушення зазначених в договорі умов та зобов'язань.

У разі виникнення таких порушень договірних зобов'язань та пунктів договору працівник відповідальний за проведення процесів закупівлі та взаємодію із постачальниками проводить фіксацію відповідних порушень

складаючи спільно із іншими працівниками закладу охорони здоров'я відповідний акт та ініціює подальше вирішення цієї ситуації. При цьому, інформація щодо виявлених порушень і подальший перебіг подій та розв'язання конфліктної ситуації яка виникла враховується при складанні повторного рейтингу постачальників.

Вимоги до продукції та послуг, які будуть постачатися за договорами формуються на основі інформації, яка буде надаватися керівниками та виконавцями із відповідних підрозділів. Таким же чином визначаються та прописуватись будуть детально вимоги до постачальників за необхідності поставок медичної техніки, обладнання, приладів та устаткування, де важливим є включення додаткових пунктів гарантій на обладнання та необхідного технічного чи сервісного обслуговування.

Наявність спеціальних вимог до процесів постачання та устаткування та кваліфікації персоналу до постачальників не пред'являються [61]. Планування процесу закупівель а також узгодження та затвердження регламентується методиками з якості.

Закупівля продукції, товарів та послуг для матеріально-технічного забезпечення повинна проходити вхідний контроль при її прийманні та передачі на збереження в закладі охорони здоров'я.

Особа, яка є відповідальною за збереження матеріально-технічних ресурсів приймає ці ресурси на збереження, здійснюючи перевірку документації, яка супроводжує товари та послуги, а також перевіряє відповідність товару за якістю, кількістю, відповідністю та ціною інформації, зазначеній у документах. Таким чином, організовується та здійснюється фактичний вхідний контроль товарів. У разі, якщо в отриманих товарах будуть виявлені невідповідності, в замовленнях чи супровідній документації такі невідповідності та відхилення оформлюються відповідними актами. Проведення відповідного вхідного контролю регламентується методиками контролю, як і в частині вибору постачальника та організації постачання.

Результати вхідного контролю документуються і в них зазначаються вся виявлені під час перевірки невідповідності [62]. Таким чином, виконання даного вхідного контролю чітко регламентоване згідно методики управління якістю за пунктом Організації постачання та вибору постачальників.

Фактичну перевірку продукції, яку отримує заклад охорони здоров'я здійснює особа, що відповідальна за процес закупівлі продукції. В цьому випадку здійснюється перевірка цілісності пакування, наявність необхідних сертифікатів, перевірка зазначених термінів придатності продукції, та термінів її використання. Всі наявні дані проведеної перевірки реєструються. Якість з надання послуг в сфері навчання та підвищення кваліфікації медичного персоналу контролюється в процесі проходження атестації персоналу та оцінювання їх компетенції та знань.

В процесі співпраці із постачальниками товарів та послуг заклад охорони

здоров'я складає та направляє до них наступну інформацію: перелік продукції та послуг, які планує у них замовити та придбати; питань щодо узгодження взаємодії; вимог до продукції та послуг; вимог до медичного обладнання, що має постачатися та процесів постачання; інформації щодо характеристик випуску їх продукції чи надання послуг; компетентності та кваліфікації працівників; аспектів взаємодії із зовнішнім середовищем; контролю та моніторингу результативності постачальників; проведення заходів щодо верифікації, які встановлені закладами охорони здоров'я. Виконання даних процесів регламентується пунктами методики з оцінювання якості вибору організації та постачальника.

4.6. Розробка та впровадження медико-соціальної моделі оцінки якості управління та обслуговування в закладі охорони здоров'я

Медико-соціальна модель оцінки якості управління та обслуговування в закладі охорони здоров'я що розроблена та буде впроваджуватися в управлінні якістю закладу хорни здоров'я заснована на механізмі внутрішнього аудиту та проведення циклічної оцінки якості та напрацювання та впровадження удосконалень якості роботи закладу. Розроблена медико-соціальна модель оцінки якості управління та обслуговування в закладі охорони здоров'я представлена на рис. 4.1.



Рис. 4.1. Медико-соціальна модель оцінки якості управління та обслуговування в закладі охорони здоров'я

Джерело: сформовано авторами

Основними елементами цієї моделі виступають нормативно – методологічна складова, створенням сприятливого середовища в закладу і охорони здоров'я, мотиваційна складова, що входить в загальну умовно-постійну групу, та безпосереднього цикл проведення аудиту що є умовно змінною групою. Так умовно постійна група створює умови необхідні для ефективної реалізації цієї моделі управління якістю управління та надання медичних послуг. Вона необхідна для того щоб створити якісний системний механізм внутрішнього аудиту в закладу охорони здоров'я і має поступово оновлюватися за умов змін в існуючі державній нормативно-правовій базі МОЗ, також відповідно до змін потре споживачів, кон'юнктури ринку, соціальних запитів та можливостей. Так нормативно-методологічна складова містить постанови Кабінету Міністрів України, накази МОЗ, накази Управління охорони здоров'я, а також локальні клінічні протоколи, методичні рекомендації УКПМД, хронометражі лікувального та технологічного процесів, статистичні дані що використовуються, плани медичних рад, програму та план забезпечення якості надання медичної допомоги, та іншу документацію.

Мотиваційна складова спрямована на створення певного стану матеріальної та моральної мотивації для зростання якості надання медичної допомоги та активну участь персоналу в процесах забезпечення високої якості надання медичних послуг.

Формування сприятливого середовища в закладі охорони здоров'я засноване на зростанні ініціативи та зацікавленості як керівництва закладу так і всього персоналу є першочергово необхідним для ефективної реалізації цієї моделі. З цією метою в закладі охорони здоров'я проводиться роз'яснювальна робота про цілі та принципи впровадження безперервного покращення якості надання медичних послуг, а також організації навчання аудиторів які будуть проводити відповідний аудит.

На засадах умовно постійного блоку моделі буде розроблено та функціонуватимуть умовно змінний блок що і включатиме безпосередньо процеси здійснення аудиту. Таким чином, цикл внутрішнього аудиту якості процесів управління та обслуговування в закладі охорони здоров'я міститиме грипу основних етапів а саме групи етапів планування, етапу процесів проведення аудиту та етапів розробки та впровадження коригуючи дій.

За дотриманими результатами впровадження цієї моделі та здійсненого аудиту розробляються та приймаються відповідні управлінські рішення, спрямовані та зростання якості надання медичних послуг та зростання якості процесів управління та організації роботи закладу охорони здоров'я. на наступному етапі впровадження цієї моделі здійснюється аналіз ефективності реалізованих змін та за необхідності ініціюються здійснення повторного аудиту з метою дотримання ритму впровадження постійних вдосконалень процесів управління та обслуговування пацієнтів в закладі охорони здоров'я.

Впровадження медико-соціальна модель оцінки якості управління та

обслуговування в закладі охорони здоров'я передбачає створення необхідних умов для ефективного функціонування та безперервного покращення роботи закладу охорони здоров'я, на засадах здійснення оцінки та аналізу в процесі внутрішнього аудиту, тому в першу чергу в закладі охорони здоров'я розробляється та приймається необхідна нормативно-правова база управління якістю надання медичної допомоги на засадах стандартизації, а саме розробляються чи адаптуються локальні клінічні протоколи, розробляються та приймаються накази, маршрути пацієнтів, методичні рекомендації щодо роботи персоналу та функціональних підрозділів, приймаються внутрішні технологічні стандарти, розробляються анкети для проведення опитування персоналу та пацієнтів та інша документація. Водночас, поряд зі створенням нормативно-правової бази в закладі охорони здоров'я створюються сприятливе середовища готове до впровадження безперервних покращень якості надання медичних послуг. Формування такого середовища включає:

- формування лідерства керівника закладу;
- проведення загальних зборів персоналу з поясненням концепції та засад на яких мають здійснюватися покращення та зростання якості надання медичних послуг а також дотримання основних принципів (конфіденційності, доброзичливості, застосування фактичних даних, відсутність покарання за результатами проведення аудиту та необхідності навчання персоналу, що буде проводити аудит);
- формування структурної основи безперервного поліпшення якості надання медичних послуг та створення відповідних моно- та мультидисциплінарних груп, до складу яких, за відповідним наказом керівництва повинні ввійти персонал різних структурних підрозділів закладу охорони здоров'я, представники громади та споживачів послуг;
- розвиток мотиваційної складової системи постійного поліпшення якості та надання медичних послуг з формуванням системи матеріальної та моральної мотивації за показниками зростання якості надання медичних послуг та участі в діяльності мультидисциплінарних груп.

Формування відповідного середовища в закладі охорони здоров'я необхідного для впровадження дій зі зміни відношення в колективі до проблем якості надання медичних послуг передбачає: розповсюдження серед персоналу закладу відповідних методичних матеріалів, та їх наявності у кожного працівника; доведення до відома всіх працівників їх інформування щодо дії нової системи управління якістю в закладі охорони здоров'я із зазначенням та наголошенням всіх позитивних моментів та змін які нестиме за собою впровадження в діяльність цієї системи в роботі закладу і в праці кожного працівника на його робочому місці. Важливою умовою ефективного впровадження політики в сфері зростання якості є створення мотивації у персоналу щодо зростання якості надання медичних послуг та виконання своїх безпосередніх обов'язків також щодо процесів активної участі в покращення

якості надання послуг та роботи всього закладу. З цією метою адміністрації закладу доцільно періодично здійснювати вивчення мотиваційних інструментів дії на працівників свого закладу та використовувати економічні та моральні мотиваційні важелі, заохочення такі як оголошення подяки, грамоти, преміювання працівників, нагородження цінними подарунками, проведення конкурсів на звання кращий лікар, краща медична сестра і т.д. з одночасним відповідним фінансовим заохоченням та преміюванням тих хто замає ці місця за певними прозорими показниками. Важливим для зростання якості є створення в медичному закладі відповідних умов для подальшого професійного чи адміністративного зростання персоналу що працює, спонукання його до ініціативи, активності, дієвого сприяння участі в житті закладу охорони здоров'я та житті колективу закладу. При цьому ключовим фактором системи морального стимулювання працівників є демонстрація досягнення в сфері якості така демонстрація повинна відбуватися на нарадах зборах трудового колективу на адміністративних нарадах районного та обласного масштабу та також активно висвітлюватися в засобах масової інформації.

Важливим фактором в зростанні якості надання медичних послуг є систематичне планове навчання працівників на робочому місці яке доцільно проводити в сформованих групах з розглядом певних питань що відносять до вузької спеціалізації того чи іншого персоналу, зосереджуючись при цьому на проблемах якості.

Удосконалення співпраці працівників закладу охорони здоров'я з пацієнтами хворими та відвідувачами доцільно здійснювати в декількох основних сферах: деонтологічної складової із забезпечення безпеки відвідувачів; моніторингу відгуків пацієнтів щодо якості надання медичних послуг та активної взаємодії з громадськими об'єднаннями, громадою систематичний аналіз задоволення хворих та пацієнтів якістю надання медичних послуг є обов'язковим в організації адміністративної роботи в формуванні загальної системи управління і якість, внаслідок того що враження, думка пацієнта та дотримання етичних норм та принципів є індикаторами якості виконання своїх обов'язків медичним персоналом закладу охорони здоров'я. Співпраця з громадськими об'єднаннями пацієнтів є одним із складових в роботі керівництва закладів охорони здоров'я та проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи серед населення та дослідження думки населення щодо якості роботи закладу охорони здоров'я.

Відповідно для ефективного впровадження медико-соціальної моделі необхідною є формування нормативної та методичної бази на засадах стандартизації надання медичної допомоги та розвиток необхідного середовища в самому закладу охорони здоров'я серед його персоналу, оточення пацієнтів а також формування системи матеріального та морального стимулювання зростання якості надання медичної допомоги.

Формування умовно-постійної складової розробленої медико-соціальної

моделі оцінки якості управління та обслуговування в закладі охорони здоров'я в закладах охорони здоров'я із формуванням необхідних нормативно правових засад, розвитку відповідного середовища та зростання мотивації працівників, дає можливість здійснити проведення внутрішнього аудиту закладу охорони здоров'я на високому рівні. Таким чином, на початку в закладі охорони здоров'я приймається наказ про здійснення внутрішнього аудиту в якому визначаються засади, напрямки, вказується мета, обумовлюються ресурси та формується необхідна команда аудиторів. Пріоритети аудиту визначаються відповідно до діяльності закладу охорони здоров'я, рівня здоров'я населення яке забезпечується лікуванням чи обстеженнями, статистичних показників та результатів моніторингу очікування населення.

Визначення теми є вагомим етапом внутрішнього аудиту. Така тема повинна бути актуальною та мати локальний характер спрямованість на поліпшення клінічних, профілактичних, соціальних, демографічних чи інших показників в сфері охорони здоров'я, тому тема аудиту пропонується керівником закладу в відповідності зі статистичним даними, результатами моніторингу, показниками щодо змісту та аналізу наявних скарг пацієнтів та іншої необхідної для прийняття рішення інформації. Наступним кроком визначається мета та завдання аудиту які мають відповідати таким критерієм як: специфічність, цільове призначення, вказуючи на певну цільову групу пацієнтів чи питань яких вона стосується; вимірюваності тобто можливості дослідити явища в кількісному чи якісному вимірі та дослідити порівняти через показники оцінки. На етапі планування вказуються ресурси які є потрібними для здійснення процесу внутрішнього аудиту: тобто кадрові ресурси, спеціалісти що будуть виступати експертами при його проведенні; технічне ресурси комп'ютери, програмне забезпечення, можливо відповідне обладнання, також фінансове ресурси на оплату праці експертів та інші ресурси. Формується мультидисциплінарна група до якої залучаються представники різних підрозділів та груп що зацікавлені в зростанні якості надання медичних послуг у закладі охорони здоров'я. На етапі процесу аудиту визначається вид та безпосередній об'єкт аудиту, відбувається відбір індикаторів за яким буде здійснюватися аудит якості, визначаються інструменти аудиту, формується поетапний план здійснення аудиту, збір даних та їх аналізування. В процесі аналізу визначається недоліки та проблеми в процесі організації надання медичних послуг та загалом організації роботи закладу. Команда з проведення аудиту на відповідних зборах визначає напрямки та об'єкти дослідження. Після цього затверджує індикатори за якими буде здійснено аудит якості. При цьому використовуються не лише тільки ті показник як розроблені на основі клінічних стандартів а також показники-індикатори розроблені безпосередньо командою з проведення аудиту.

Так до індикаторів структури забезпечення якості надання медичної допомоги на первинному рівні надання медичної допомоги відносять такі

індикатори як:

- відповідність штатного розпису закладу охорони здоров'я наказу МОЗ;
- укомплектованість штату закладу фізичними особами, %;
- укомплектованість посад сімейних медсестер фізичним особами, %;
- наявність приміщень відповідно до норм ДСТУ;
- рівень фінансування закладу з розрахунку на 1 мешканця;
- наявність необхідного транспорту;
- забезпеченість закладу необхідним обладнанням та приборами відповідно до таблицю оснащення закладу;
- забезпечення закладу санітарними гігієнічним інформаційними засобами;
- забезпеченість та достатність забезпеченості закладу охорони здоров'я комп'ютерною технікою з доступом для мереж Інтернет;
- можливість застосування локальних клінічних протоколів для організації надання медичної допомоги;
- забезпеченість спеціалізованим програмним забезпеченням та наявність доступу до інформаційних систем та комунікацій.

Індикатори структури забезпечення якості надання медичної допомоги на вторинному рівні включають наступні:

- відповідність структури поліклініки галузевим нормативам та показникам захворюваності серед жителів регіону;
- відповідність штатного розпису вимогам наказу МОЗ;
- укомплектованість штатних посад лікарів;
- укомплектованість штатних посад медичних сестер;
- співвідношення лікарів та медичних сестер;
- рівень фінансування закладу охорони здоров'я з розрахунку на одне звернення пацієнтів;
- наявність та відповідність приміщень вимогам ДСТТУ;
- наявність в приміщенні необхідних комунікацій центрального водопостачання та опалення;
- забезпечення підрозділів закладу необхідним обладнанням, засобами медичного призначення у відповідності до Табелю оснащення підрозділів медичних закладів МОЗ;
- забезпечення закладу охорони здоров'я необхідною діагностикою за переліком досліджень згідно діючих клінічних протоколів;
- забезпеченість закладу охорони здоров'я променевою діагностикою відповідно проведення необхідного переліку досліджень згідно клінічних протоколів та доступом до цієї діагностики в межах поліклініки;
- забезпеченість закладу охорони здоров'я ендоскопічною діагностикою з необхідним списком досліджень згідно клінічних протоколів та їх доступністю в умовах поліклініки;
- забезпеченість закладу засобами функціональної діагностики за списком

досліджень згідно клінічних протоколів та їх використання для обслуговування пацієнтів в поліклініці;

- затвердження системи наступності ступів надання медичної допомоги;
- наявність в підрозділах закладу комп'ютерної техніки та доступу до мереж Інтернет;
- наявність та можливість використання всім персоналом локальних клінічних протоколів в організації роботи закладу;
- забезпечення роботи закладу ліцензійними спеціальним програмним забезпеченням та доступом до телекомунікацій.

До індикаторів процесу забезпечення якості надання медичної допомоги на рині амбулаторії та поліклініки відносять наступні індикатори:

- функції лікарі-спеціаліста поліклінічного підрозділу закладу охорони здоров'я;
- доля звернень пацієнтів з метою вжиття профілактичних заходів до загальної кількості звернень від населення які надійшли за певний період;
- частка звернення пацієнтів з направленнями ЛЗП-СЛ до загальної кількості звернень пацієнтів які надійшли;
- доля взятих осіб поставлених на диспансерний облік на основними нозологіями до загальної кількості хворих;
- доля пацієнтів, що пройшли огляд з профілактичною метою до загальної кількості хворих які перебувають на диспансерному обліку;
- доля хворих які перебувають на заходах реабілітації у відсотковому відношенні до загальної кількості хворих, що перебувають на диспансерному обліку.

До індикаторів результату якості амбулаторної та поліклінічної допомоги відносять такі показники як:

- зменшення рівня загальних захворювань, інвалідності та смертності серед диспансеризованих;
- зменшення рівня смертності працездатного населення;
- зменшення рівня попереджувальної смертності населення;
- зниження рівня госпіталізації населення;
- зростання частки госпіталізованих за планом в тому числі із метою проведення оперативних втручань.

Відповідно до обраних видів аудиту визначаються інструменти аудиту: моніторинг спостереження чи дослідження документації закладу охорони здоров'я, та інші. Після цього відбувається укладання послідовного плану здійснення аудиту прописуються основні заходи, виконавці та планові терміни виконання.

Запитання для перевірки знань та самопідготовки:

1. Охарактеризуйте сутність та основні поняття контролю якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.
2. Концептуальні засади організації контролю якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.
3. Опишіть впровадження процесів моніторингу здійснення вимірювання, аналізу та оцінювання процесів управління якістю закладу охорони здоров'я.
4. Охарактеризуйте організацію, планування та керування процесами контролю якості надання медичних послуг.
5. Оцінювання якості матеріального-технічного забезпечення закладу охорони здоров'я.
6. Розробка та впровадження медико-соціальної моделі оцінки якості управління та обслуговування в закладі охорони здоров'я.
7. Опишіть розбудову та забезпечення ефективної роботи закладу охорони здоров'я.
8. Охарактеризуйте розробку та впровадження в закладах охорони здоров'я процесів моніторингу та аналізу управління якістю.
9. Впровадження заходів з організації контролю, здійснення аналізу та оцінювання.
10. Опишіть планування, організація та проведення внутрішніх аудитів в закладі охорони здоров'я заходів.
11. Охарактеризуйте основні джерела отримання інформації про коригувальні дії та необхідність їх внесення.
12. Охарактеризуйте процес планування роботи закладу охорони здоров'я.
13. Опишіть процес планування діяльності з організації процесів надання медичних послуг.
14. Опишіть організацію та забезпечення впровадження вхідного контролю товарів та послуг.
15. Охарактеризуйте медико-соціальна модель оцінки якості управління та обслуговування в закладі охорони здоров'я.
16. Опишіть індикатори структури забезпечення якості надання медичної допомоги на первинному рівні.

Список літератури до розділу:

1. Басва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: навчальний посібник. К.: Центр учбової літератури, 2008. 328 с.
2. Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. К.: Україна, 2018. 368 с.
3. Білик О. І. Принципи оптимізації системи фінансування охорони здоров'я України. Актуальні проблеми економіки. 2017. № 1. С. 210-218.
4. Бояркіна С. І. Перспективи розвитку українського законодавства у сфері забезпечення і реалізації права на охорону здоров'я. Правничий вісник Університету "КРОК". 2017. Вип. 27. С. 101-107.

5. Булах І. Є. Медична інформатика в модулях. К.: Медицина, 2009. 208 с.
6. Вовк С. М. Взаємовідношення держави з малим та середнім бізнесом в охороні здоров'я країни. Економіка та держава. 2015. № 3. С. 48-52.
7. Ворсовський О. Л. Фінансовий потенціал підприємств, основним видом діяльності яких є охорона здоров'я та надання соціальної допомоги. Економіка та держава. 2016. № 7. С. 44-47.
8. Герасимчук Н. А. Правовий статус суб'єктів господарювання, які проводять господарську діяльність з медичної практики у сфері охорони здоров'я. Медичне право. 2018. № 2. С. 9-24.
9. Гладун З. Зміст та особливості адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я населення. Право України. 2013. № 10. С. 241-249.
10. Грот В. Інвестування в охорону здоров'я. К.: Києво-Могилянська академія, 2004. 46 с.
11. Двірська О. В. Медіація у сфері охорони здоров'я - правові проблеми та перспективи розвитку. Правничий вісник Університету КРОК. 2015. Вип. 21. С. 123-129.
12. Дешко Л. Конституційно-правові гарантії прав людини і основоположних свобод у сфері охорони здоров'я. Право України. 2011. № 11/12. С. 53-61.
13. Єфименко Т. І. Модернізація фінансової системи України в процесі євроінтеграції. К.: Акад. фін. управління, 2014. 784 с.

РОЗДІЛ 5. ВПРОВАДЖЕННЯ ЛОКАЛЬНИХ ТА КЛІНІЧНИХ ПРОТОКОЛІВ СТАНДАРТІВ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Ключові питання розділу:

5.1. Теоретико-практичні засади розробки клінічних рекомендацій та медичних стандартів

5.2. Формування та використання протоколів в управлінні якістю роботи закладу охорони здоров'я

5.3. Впровадження процесу проектування та розробки локальних клінічних протоколів

5.4. Управління знаннями та компетентностями працівників в забезпеченні якості закладу охорони здоров'я

5.1. Теоретико-практичні засади розробки клінічних рекомендацій та медичних стандартів

Клінічні рекомендації та протоколи в діяльності закладів охорони здоров'я на даний час є невід'ємними основоположними засадами функціонування закладів та порядку надання медичної допомоги пацієнтам.

Процес стандартизації в роботі закладів охорони здоров'я розпочався в 80-х роках двадцятого століття з застосуванням в роботі закладів охорони здоров'я нових ринкових механізмів. Процес стандартизації розпочався з розробкою та поступовим впровадженням клініко-статистичних груп (КСГ), а також нових медично-економічних стандартів (МЕС), а також з початком здійснення оцінювання роботи закладів охорони здоров'я відповідно до моделей кінцевих результатів (МКР). Не менш важливим вагомим етапом на шляху впровадження стандартизації в сфері охорони здоров'я стало впровадження та застосування автоматизованих систем контролю якості (АСКЯ).

Проте, за умов керованого планування та відсутності ринкових механізмів функціонування впровадження цих процесів призупинилося. Воно розпочалося після отримання Україною незалежності, коли постало питання реформування закладів охорони здоров'я з метою приведення медичної сфери країни та загальноприйнятого світового рівня з необхідністю дотримання відповідних міжнародних норм та стандартів в медичній сфері. Таким чином, знову постала необхідність впровадження медично-технологічних стандартів, які дають можливість оптимізувати, систематизувати та привести до єдиних рамок процеси надання медичної допомоги пацієнтам. Так, у 1998 р. в Україні було здійснено розробку «Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів лікувально-діагностичного процесу стаціонарної допомоги дорослому і дитячому населенню в ЛПУ України». Ці стандарти представляли уніфікований перелік діагностичних і лікувальних дій, які мали здійснюватися

в процесі лікування та визначали терміни та очікуваний результат лікування. В подальші роки стандартизація набула поширення з активним здійсненням подальших досліджень. Для формування методологічних засад та прикладних методик фахівцями активно застосовувалися експертні методи та дані досліджень. Нормативною основою впровадження стандартизації в Україні стало ухвалення у 2000 р. Закону України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії».

Сьогодні в Україні, як і у всьому світі, головною основною задачею впровадження стандартизації є зростання якості надання медичної допомоги, медичних послуг, а тому сьогодні провідним завданням виступає забезпечення якості надання медичної допомоги та покращення результатів лікування, убезпечення медичних процесів для пацієнтів.

Сучасні процеси спрямовані на контроль та зростанням рівня якості надання медичної допомоги, контролю та удосконалення роботи всієї медичної системи. Сучасна система якості медичної допомоги базується на засадах доказової медицини та використуванні клінічних досліджень як інформаційного базису.

Загалом, термін «доказова медицина» або (“Evidence-Based Medicine”) вперше сформульований групою канадських науковців на чолі з Гордоном Гайяттою на початку 1990-х років.

Найбільш повним та загальним визнанням доказової медицини незважаючи на широке коло визначень та трактування змісту та суті цього поняття є визначення Гордона Гайятти, за яким «доказова медицина є добросовісним, точним та осмисленим застосуванням найкращих результатів, здійснених клінічних досліджень, які застосовувалися для лікування пацієнтів». Таким чином, доказова медицина базується на пошуку, дослідженні, аналізуванні, оцінці, порівнянні результатів та широкому розповсюдженні отриманих доказів цих досліджень, отриманих в результаті роботи у практику з активним поширенням цієї інформації для лікування інших пацієнтів. Таким чином, в медичній практиці застосовуються ті методи та втручання, які отримали високі результати при практичному застосуванні, а отже є найбільш результативними, оскільки відносно корисності та доцільності їх застосування є доказані підтверджені результати. Застосування принципів доказової медицини у практиці роботи закладів охорони здоров'я спрямовані на забезпечення безпеки та ефективності лікування пацієнтів, а також на оптимізацію витрат вартості лікувального процесу. Таким чином, впровадження принципів доказової медицини забезпечує оптимізацію процесів лікування. Про те, використання принципів доказової медицини потребує доступу до інформації про найкращі практики застосування тих чи інших методів та втручань стало можливим із глобалізацією та інтеграцією процесів в світі, в тому числі і у сфері охорони здоров'я, а також завдяки інформатизації та формуванні інформаційного середовища сфери охорони здоров'я.

Якщо для цього активно застосовується експертний метод, то на даний час він поступився своїми позиціями методу доказової медицини, яку ще називають «науково-обґрунтованою медичною практикою» - «evidence based medicine»/ «evidence-based medical practice».

Проте, часто поняття удосконалення якості надання медичної допомоги зводиться до формування методологічних рекомендацій та інструкцій, значна частина яких формується без урахування існуючої наукової інформації, базуючись на поглядах окремих науковців чи колективів без аналітики і дослідження кращих світових практик. Клінічні рекомендації (clinical practice guidelines) – є документацією, яка розроблена з застосуванням визначальної методології та спрямована на те, що допомогти лікарю прийняти рішення про відповідне лікування в різних клінічних ситуаціях так, щоб цей процес лікування був найбільш оптимальним [36,38].

Таким чином, сама методологія розроблення клінічних рекомендацій повинна формуватися на системному підході до узагальнення отриманих доказів ефективності застосування того чи іншого методу чи алгоритму лікування, надання медичної допомоги пацієнту. Це необхідно з метою формування повних та точних доказових рекомендацій, які повинні стати основою формування медичних стандартів і локальних протоколів.

В такому разі, формування та використання принципів доказової медицини дають можливість уніфікувати процеси прийняття лікарями рішень в процесі лікування пацієнтів та надання методичної допомоги і унеможливити вплив на адекватне і об'єктивно доцільне прийняття цих рішень, суб'єктивних особистісних людських чинників, які можуть негативно позначитися на результатах та доцільності призначеного лікування чи прийнятого лікарем оперативного медичного рішення. Таким суб'єктивним чинником в процесі прийняття лікарем відповідного рішення можуть виступати: кваліфікація лікаря, його інтуїція, поняття втоми, рекомендації експертів, керівництва чи довідникова інформація.

Розроблення та впровадження принципів доказової медицини уможливлюють уніфікацію процесів лікування та прийняття лікарем відповідних рішень, і основою такої інформації стають клінічні рекомендації.

Отже, застосування клінічних рекомендацій є необхідним інструментом надання медичних послуг, медичної допомоги. Застосування клінічних рекомендацій є доцільним для уникнення відмінності між існуючою медичною практикою, яку використовують лікарі та найбільш оптимальною, що є науково обґрунтованою та доведеною. Клінічні рекомендації дають можливість лікарям визначитися із вибором необхідного методу, алгоритмі, засобі лікування, а також з тим, які саме оперативні втручання чи маніпуляції в тій чи в іншій ситуації є доцільними.

Наразі в більшості країн впроваджено програми розроблення та застосування клінічних рекомендацій за найбільш вагомими нозологічними формами. Втім,

ці рекомендації не є прямими вказівками та навчальним посібником. Клінічні рекомендації допомагають лікарям, що займаються практикою прийняття рішень про доцільність застосованого методу чи іншого лікування.

Клінічні рекомендації підтверджуються клінічними даними і тому вони мають перевагу перед думкою окремих експертів.

Загалом у світі якість клінічних рекомендацій здійснюється із застосуванням інструментів.

AGREE та критерії що сформовані групою SIGN і зазначені в опитувальнику AGREE (Appraisal Guidelines, Research and Evaluation for Europe). Сам Опитувальник AGREE є міжнародним документом, розробка якого відбулася під час реалізації провідного проекту, запланованого та здійсненого для уніфікації роботи майбутньої світової мережі Guidelines International Network, яка наразі базується у Європі.

Опитувальник на даний час для українського користувача на англійській і українській мовах представлено на сайті AGREE (www.agreecollaboration.org та www.medstandards.com).

Відповідно норм Закону України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії», державними соціальними стандартами прийнято визначати стандарти, які визначені законодавством, іншими правовими актами, нормами та нормативними документами, які є комплексом норм та нормативів, на основі яких визначаються основні соціальні гарантії в державі.

Відповідно до міжнародних норм стандартом є нормативний документ, в якому визначено привила, норми та вимоги, якими визначаються якісь надання медичної допомоги населенню і відповідно стандарт виступає критерієм відповідності якості наданої медичної допомоги при здійсненні оцінювання та порівняння.

Медичні стандарти формуються на засадах існуючих клінічних рекомендацій та є більш точними і стислими описами які формуються з урахуванням можливості системи охорони здоров'я країни надавати ту чи іншу медичну допомогу населенню. Наступними обов'язковими документами в медичній сфері є клінічні протоколи.

Клінічні протоколи є нормативними актами, які визначають технології та вимоги щодо надання медичної допомоги хворому при визначеній хворобі чи синдромі.

Загалом, клінічні протоколи є детальною інструкцією та алгоритмом надання медичної допомоги, вони містять правила та рекомендації з клінічних рекомендацій, які засновані на принципах доказової медицини.

Так, клінічні рекомендації та медичні стандарти повинні дати відповідь на питання «що має бути зроблено?», а клінічні протоколи в свою чергу повинні відповісти на запитання «як це повинно бути зроблено?».

Вагоме значення мають також розроблені та представлені в сучасній медицині й методології, індикатором якості медичної допомоги.

Індикаторами якості виступають показники, які визначаються ретроспективно для подальшого оцінювання якості медичної допомоги.

Такими загальними індикаторами якості можуть виступати такі індикатори як: доля випадків повторної госпіталізації, частка хворих на певні хвороби; частка лікарів та медичних установ, які виконують визначені клінічні рекомендації; частка пацієнтів, задоволених отриманою медичною допомогою, рейтинги закладів охорони здоров'я за результатами їх роботи відносно ставлення до них пацієнтів та їх задоволення результатами лікування.

Базисом медичного стандарту виступає якісна, опрацьована системна інформація, що сформульована в клінічних рекомендаціях, яка має шкалу рівнів доказовості.

В Україні найбільш поширеним шляхом формування системи медичних стандартів є адаптування провідних світових клінічних рекомендацій, що мають найвищий рівень підтвердженої ефективності.

Подальше розроблення національних медичних стандартів та локальних протоколів повинно здійснюватися на основі адаптованих до реалізації національної системи охорони здоров'я клінічних рекомендацій.

Загальна методика процесу стандартизації медичної сфери в Україні складається з переліку базових етапів може бути представлена наступним чином.

Метою впровадження такої методики стандартизації є представлення процесу та технології адаптації діючих клінічних рекомендацій доказової медицини; формування на основі цих рекомендацій медичних стандартів та протоколів надання медичної допомоги.

Подальша розробка на їхній основі медичних стандартів і протоколів лікування. Проте, діюча в країні практика формування клінічних рекомендацій і створення медичних стандартів має перелік впливових недоліків методичного характеру, і це пов'язано в першу чергу з недостатністю чи відсутністю зв'язку та інформації.

Ключовим завданням методології є уніфікація процедури формування чи адаптації клінічних рекомендацій та медичних стандартів в Україні на засадах доказової медицини.

Алгоритм процесу створення клінічних рекомендацій (КР) розробленого на основі SIGN складається з наступних етапів:

Організація процесу створення клінічних рекомендацій:

- вибір потенційних тем клінічних рекомендацій;
- створення групи фахівців розробників клінічних рекомендацій;
- дослідження літератури з питання та узагальнення даних;
- формулювання тексту рекомендацій;
- формування медичного стандарту;
- проходження зовнішнього рецензування клінічних рекомендацій;
- представлення на загальне обговорення та подальше поширення клініч-

них рекомендацій;

- впровадження клінічних рекомендацій у практику діяльності закладів охорони здоров'я;
- здійснення аудиту та оновлення клінічних рекомендацій.

Адаптація клінічних рекомендацій має значну відмінність від процесів їх створення, оскільки при адаптуванні відсутній найбільш тривалий процес здійснення оцінювання та аналізу первинної інформації та проведення і огляд клінічних випробувань, що є найбільш дорогим фінансовими витратами та витратами часу.

Таким чином, для нашої країни самостійне розроблення клінічних рекомендацій є питанням надскладним внаслідок відсутності необхідних ресурсів. Саму тему процесу адаптації клінічних рекомендацій, для охорони здоров'я країн, які розвиваються, є найбільш оптимальним та ефективною і на даний час є єдино можливою для того, щоб в короткий період 5-10 років сформувати власний банк даних клінічних рекомендацій, які базуються на засадах доказової медицини та таких, які будуть відповідати нормам та вимогам міжнародних норм та стандартів.

5.2. Формування та використання протоколів в управлінні якістю роботи закладу охорони здоров'я

Зазначимо, що процес формування або адаптування клінічних рекомендацій є не лінійно-послідовним, а є циклічним і являє собою цикл взаємопов'язаних дій та рішень.

Ці циклічні дії виступають складовими процесів застосування здійснених досліджень на практиці, визначення та прийняття стандартів та контролю за їх дотриманням та використанням в практичній діяльності закладів охорони здоров'я [31].

Далі, після адаптування клінічних рекомендацій здійснюється розробка медичного стандарту, який буде враховувати особливості, які притаманні вітчизняній сфері охорони здоров'я.

Вагомий вплив на розроблення медичних стандартів здійснюють зовнішні фактори, такі як економічна, демографічна, соціальна, правова та політична ситуація, яка існує в країні.

На наступному етапі після розроблення клінічних рекомендацій здійснюється формування медичного стандарту, який здатен враховувати особливості надання медичної допомоги пацієнтам в Україні.

Значний вплив на формування медичних стандартів здійснює загальний стан економіки країни, стан соціально-економічних процесів. На основі розроблених клінічних рекомендацій та сформованих медичних стандартів формують регіональні клінічні протоколи надання медичної допомоги.

Клінічні або локальні клінічні протоколи повинні брати до уваги специфіку функціонування медичних закладів, відмінності їх роботи в різних регіонах, областях та специфіку кожного, характеристики та кадрово-технологічну базу окремих закладів охорони здоров'я.

Метою створення регіональних локальних клінічних протоколів є забезпечення необхідних результатів надання медичної допомоги та її відповідності показникам параметрів якості та національним медичним стандартам, відповідно до визначених напрямів.

Таким чином, клінічні протоколи повинні врахувати організаційно-ресурсний потенціал окремих регіонів та закладів охорони здоров'я.

Клінічні протоколи мають визначений алгоритм їх розробки та впровадження, що складається з наступних етапів:

1. врахування клінічних рекомендацій;
2. створення та адаптація;
3. поширення, просування;
4. впровадження у діяльність закладів;
5. оцінювання;
6. подальше оновлення відповідно до актуальних змін;
7. навчання персоналу закладу охорони здоров'я;

8. розроблення стандартів та проходження акредитації закладів охорони здоров'я;

9. проведення клінічного аудиту;

10. дослідження та оцінювання результатів [32-40].

Правові аспекти застосування адаптованих КР, МС, протоколів лікування в роботі закладів охорони здоров'я. Впровадження, використання клінічних рекомендацій в роботі закладів охорони здоров'я у провідних країнах світу свідчить, що такі рекомендації виступають ефективною інформаційною базою для лікарів і забезпечують якісну організацію роботи з надання медичної допомоги, застосування сучасних ефективних технологій лікування є дуже важливим при недостатніх обсягах фінансування та розвитку технічної і технологічної бази медичного закладу. Медична інформація та отримані дані швидко застарівають, що потребує активного інтегрованого використання медичної інформації та уніфікування і спрощення доступу до неї широкого кола закладів охорони здоров'я в усьому світі. Отже, сьогодні у світі використання клінічних рекомендацій свідчить про якість та сучасність надання медичної допомоги та її відповідність загальноприйнятим міжнародним практикам. Метою впровадження клінічних рекомендацій є поширення кращих медичних практик та зростання якості надання медичної допомоги. Проте, світова практика стверджує, що клінічні рекомендації мають рекомендаційне призначення, вони не повинні бути обов'язковими, а скоріше призначені для формування клінічної думки, а не бути остаточним варіантом рішення, тому що не гарантують повною мірою успішного результату у всіх випадках. Власне рішення щодо вибору діагностичних засобів та засобів лікування має прийняти лікар в залежності від стану, наявної картини кожного конкретного пацієнта. в статті 11 Закону України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» вказано, що нормативи які є основою формування державних стандартів в Україні, а також зазначено обсяги гарантованого рівня медичної допомоги, яка має надаватися в державних та комунальних медичних закладах та нормативи обсягу діагностичних лікувальних та профілактичних заходів, а також показники якості наданої допомоги та нормативні значення надання стаціонарної медичної допомоги. Підготовлені медичні стандарти повинні пройти етап затвердження Міністерством охорони здоров'я та Держпотребстандартом України [41].

Попри затвердження стандартів в Міністерстві охорони здоров'я, в них наразі не визначається і не конкретизовано, який статус обов'язковий чи рекомендаційний має той чи інший медичний стандарт. Це пов'язано в першу чергу з відсутністю необхідних механізмів захисту медичних фахівців від невиконання того чи іншого стандарту в наслідок відсутності в закладі охорони здоров'я того чи іншого медичного обладнання, забезпечення, адже наразі техніко-технологічна база кадрів закладів охорони здоров'я потребує розвитку, доопрацювання та вдосконалення.

Водночас, медичний стандарт є нормативним документом, що визначає необхідність досягнення окреслених критеріїв якості в процесі надання медичної допомоги пацієнтам за певними діагнозами. Відповідно до цього, для того щоб цей стандарт було виконано, потрібно розробити супутню додаткову документацію, таку як: кадрові характеристики персоналу, складенні переліку медичних процедур, медичних послуг, документи щодо технічного забезпечення надання медичної допомоги, а також локальні протоколи надання медичної допомоги. Така документація має бути зазначена у документації Міністерства охорони здоров'я і доведена до медичних працівників та суспільства.

Формування регіонального локального протоколу надання медичної допомоги пацієнтам повинно зменшити проблеми, пов'язані із недостатністю і нерозвиненістю технічних та технологічних баз надання медичної допомоги конкретних закладів охорони здоров'я. Таким чином, медичний стандарт являє собою мінімальний обсяг необхідних діагностичних та лікувальних медичних процедур і виступає загальним нормативним документом, дійсним для всіх медичних закладів, які працюють в Україні.

Покращення нормативно-правових засад нормативних актів у сфері функціонування системи охорони здоров'я щодо захисту прав медиків та їх пацієнтів є важливим провідним напрямом роботи в сфері соціально-економічного забезпечення. Також кінцевою метою цієї допомоги виступатиме уніфікування дій щодо формування національних медичних стандартів у відповідності до міжнародних норм та вимог.

5.3. Впровадження процесу проектування та розробки локальних клінічних протоколів

В закладі охорони здоров'я необхідним є впровадження процесів розроблення клінічних локальних протоколів надання медичної допомоги пацієнтам із різними формами захворювань. Розробка таких протоколів визначена Наказом МОЗ №798/75 від 03.11.2009 р. «Про затвердження методичних рекомендацій», що являє собою чітко регламентоване та уніфіковане методичне забезпечення з розроблення клінічних настанов, клінічних протоколів та клінічних маршрутів пацієнтів. Відповідно до цієї постанови розроблення всієї цієї документації, протоколів здійснюється на засадах доказової медицини. Також відповідні документи формуються відповідно до внутрішніх регламентів закладу охорони здоров'я та прийнятого в закладі порядку розробки методико-технологічних документів.

Одним із важливих відповідних документів є локальний протокол медичної допомоги. Локальний протокол медичної допомоги є документом, що забезпечує надання пацієнтам ефективної, доцільної, своєчасної і відповідної медичної допомоги в необхідних для цього обсягах відповідно до захворювань чи стану пацієнтів згідно із положеннями та вимогами клінічної настанови, стандартів медичної допомоги та уніфікованого клінічного протоколу та дає можливість для впровадження відповідних технологій та методів надання медичної допомоги, координуючи та узгоджуючи їх в обсязі та участі з метою надання якісної відповідної медичної допомоги пацієнтам. Локальний протокол медичної допомоги визначає внесення ключових параметрів медичної інформації та впровадження клінічного аудиту та затверджується керівником закладу охорони здоров'я.

В процесі планування та розробки клінічних локальних протоколів, згідно з діючою документацією виділяються декілька головних стадій їх розроблення.

Згідно із нормами законодавства та регламентами планування розробки клінічних локальних протоколів здійснюється з прийняттям окремого розпорядження головного керівника закладу охорони здоров'я. Цим розпорядженням керівника визначаються мета, завдання, відповідальні особи та структурні підрозділи медичного закладу і виконавці, які будуть відповідальними за виконання відповідних робіт з конкретизації цих робіт та заходів, їх обсягів, термінів виконання. До етапів розробки відповідної документації відносять наступні заходи:

- формування робочої групи з залученням представників Медичної Ради закладу охорони здоров'я;
- впровадження навчання працівників закладу охорони здоров'я;
- розроблення тексту змісту локального протоколу медичної допомоги;
- впровадження відповідного розробленого протоколу роботи структурного підрозділу медичного закладу;

- визначення критеріїв оцінки якості та проведення оцінювання ефективності використання локального медичного протоколу в структурних підрозділах медичного закладу.

Важливим етапом роботи є здійснення критичного аналізу діючої в закладі охорони здоров'я системи управління якістю, а також принципів та розроблення і впровадження уніфікованих клінічних протоколів та локальних протоколів надання медичної допомоги. Критичний аналіз повинен стосуватися також аспектів впровадження протоколів, їх економічного обґрунтування. Такий аналіз здійснюється для перевірки відповідності та подальшого затвердження протоколів, згідно із регументами МОЗ.

Алгоритм етапів планування та розроблення локальних протоколів медичної допомоги включає:

- необхідність формування робочої групи яка буде здійснювати розроблення ЛПМД;
- призначення особи яка буде здійснювати керівництво розробленням ЛПМД;
- проходження навчання учасників робочої групи з розроблення ЛПМД;
- проведення оцінювання рівня якості надання медичної допомоги та можливості виконання визначених вимог та стандартів;
- формування змісту та оформлення ЛПМД, а також клінічного маршруту пацієнтів;
- винесення на обговорення, отримання рецензій;
- прийняття зауважень та коректив щодо змісту документу та внесення змін до ЛПМД;
- остаточне затвердження та погодження розроблених ЛПМД для їх подальшого впровадження.

Обґрунтування та розроблення ЛПМД базується на наступних засадах:

- на основі забезпечення, впровадження управління якістю закладів охорони здоров'я;
- на принципах доказової медицини;
- на затверджених діючих методиках розроблення медичної документації;
- на аналізі та дослідженні текстів клінічних настанов та діючих стандартів надання медичної допомоги;
- з широким застосуванням та впровадженням інформаційних та телекомунікаційних цифрових сучасних технологій в роботі медичних закладів.

Розроблення та впровадження ЛПМД визначається та регламентується внутрішніми стандартами та нормами закладу охорони здоров'я а також Порядком розроблення медично-технологічної документації закладу охорони здоров'я. Відповідальним за процеси розроблення та впровадження ЛПМД є безпосередньо керівник закладу охорони здоров'я та керівники всіх структурних підрозділів цього закладу.

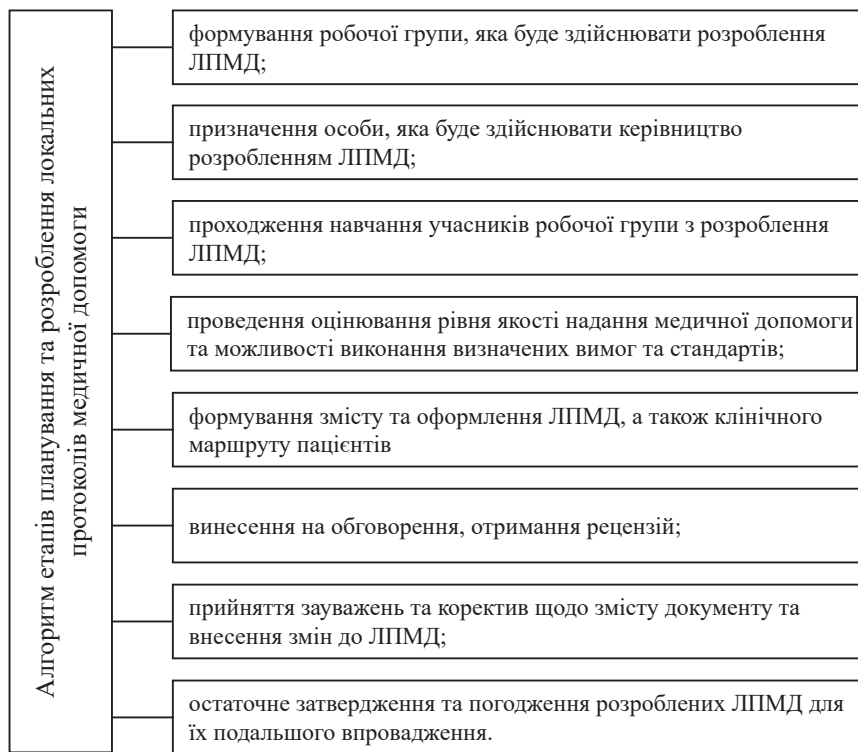


Рис. 5.1. Алгоритм етапів планування та розроблення локальних протоколів медичної допомоги

Джерело: сформовано авторами на основі [12-23]

Сучасні медичні стандарти мають чітко визначені вимоги, які встановлені для розроблення ЛПМД та даних, які при цьому використовуються:

- ідентифікація існуючих проблемних питань в наданні медичної допомоги із виявленням необхідності розроблення ЛПМД для конкретної форми хвороби та стану хворого;
- ідентифікація наявного демографічного та епідеміологічного стану в тому чи іншому регіоні;
- визначення показників діяльності закладу охорони здоров'я та наданням медичної допомоги та нозологією захворювання за чим очікується оброблення ЛПМД;
- забезпечення процесів розроблення ЛПМД необхідним для цього залученням та обсягом кадрових ресурсів, відповідного рівня та кваліфікації;
- визначення особливостей та відмінностей процесів надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я;

- наявність затвердженої документації МОЗ України, що уніфікуватиме процеси розроблення протоколів;
- наявність затвердженої документації, яка регламентує надання медичної допомоги при певних нозологічних формах чи патологічних станах;
- аналіз засад доказової медицини при здійсненні надання медичної допомоги пацієнтам із певною нозологією чи патологіях.

Вихідним даними для розроблення ЛПМД є наступні дані:

- інформація про особливості надання медичної допомоги в конкретному закладі охорони здоров'я;
- координація дій та забезпечення взаємодії фахівців різних функціональних підрозділів закладу із впровадженням мультидисциплінарного принципу в наданні медичної допомоги хворим;
- визначення ресурсних витрат закладу охорони здоров'я;
- забезпечення медичною допомогою пацієнтів із дотриманням стандартів якості медичного закладу;
- визначення та прийняття індикаторів якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.

Критичний аналіз розроблення ЛПМД згідно із планом, затвердженим керівником закладу охорони здоров'я здійснюється відповідальними працівниками робочої групи, яка забезпечувала розроблення ЛПМД.

На етапі критичного аналізу досліджуються:

- відповідність впроваджених етапів розробки ЛПМД заходам, які було заплановано;
- забезпечення виникнення прогнозованих змін впливів та ризиків, що вимагають аналізу та впровадження заходів коригування, управління змінами;
- під час здійснення критичного аналізу відповідальними виконавцями враховується та документально фіксується інформація, що використовується для аналізу згідно із нормами чинного законодавства та затвердженими регламентами діяльності закладу охорони здоров'я.

Розроблений та обґрунтований проект ЛПМД надається всім відповідальним працівникам закладу охорони здоров'я, які приймають безпосередню участь у впровадженні системи якості та також направляються для ознайомлення із його змістом та внесенням відповідних зауважень та рекомендацій відповідальних фахівців регіональних управлінь закладів охорони здоров'я.

Остаточне затвердження ЛПМД, сформованого на засадах застосування уніфікованого клінічного протоколу із врахуванням зауважень та пропозицій і рекомендацій здійснюється за наказом головного керівника закладу охорони здоров'я, та після цього узгоджується з головним управлінням охорони здоров'я відповідного міста, чи області та державними адміністраціями. Відповідно до Уніфікованої методики ЛПМД має бути затвердженим в закладі охорони здоров'я на протязі 3-х місяців з моменту затвердження уніфікованого

клінічного протоколу надання медичної допомоги на відповідному рівні МОЗ України.

Зазначений алгоритм регламентовано «Уніфікованою методикою з розробки локальних протоколів медичної допомоги для закладів охорони здоров'я України» МОЗ (73.12/159.12).

Розроблення локальних протоколів медичної допомоги постійно аналізується з метою актуалізації та своєчасності внесення відповідних необхідних змін. Так, в закладах охорони здоров'я здійснюється моніторинг ЛПМД як постійний безперервний збір даних про результати виконання локальних протоколів медичної допомоги.

Моніторинг виконання ЛПМД включає наступні складові:

- реєстрацію отриманих клінічного результату надання медичних послуг пацієнтам;
- оцінку рівня якості надання послуг за індикаторами якості;
- виявлення та реєстрацію відхилень від норм ЛПМД та аналіз причин появи цих відхилень;
- оцінку забезпечення потреб пацієнтів наданням медичної допомоги;
- виявлення ставлення медичних працівників до надання медичних послуг у закладі згідно із вимогами ЛПМД;
- оцінку фінансово-економічних параметрів надання медичних послуг;
- збір інформації та формування звітності згідно із прийнятими формами та стандартами здійснення клінічного аудиту, що виступає інструментарієм впровадження в закладі охорони здоров'я системи управління якістю з формуванням показників індикаторів та критеріїв оцінки якості надання медичних послуг.

Внесення змін в ЛПМД забезпечує відмінність у наданні медичних послуг від прийнятої послідовності надання таких послуг визначеною ЛПМД, що здійснює безпосередній вплив на отримання результатів надання медичної допомоги пацієнту.

Внесення відповідних змін до ЛПМД має бути задокументовано та враховано в процесі подальшого впровадження та покращення ЛПМД, відповідно, зміни до ЛПМД підлягають класифікації:

1. Відповідно до впливу на реалізацію ЛПМД: зміни, що не перешкоджають подальшому впровадженню ЛПМД та зміни, які роблять реалізацію ЛПМД неможливим;
2. За причинами появи: змінами в виконанні ЛПМД пов'язаними із особливостями хвороби конкретного пацієнта; особливостями впливу існуючих супутніх хвороб; викликані помилками в наданні медичної допомоги, недоступність надання медичної допомоги чи відсутністю єдності в роботі медичних працівників.
3. За рівнем об'єктивності: об'єктивні зміни, пов'язані із відсутністю в закладі охорони здоров'я необхідних медичних технологій, обладнання чи від-

повідної кваліфікації медичних працівників; суб'єктивні, пов'язані із особистим рішенням медичних працівників чи відмовами хворих.

4. За ставленням до виконання вимог ЛПМД: ті, за якими не виконуються вимоги ЛПМД; ті, за якими застосовується діагностика чи методи лікування, не передбачені ЛПМД.

При прийнятті ЛПМД повинен бути чітко визначені варіанти очікуваних закінчених та проміжних результатів їх впровадження, а також зафіксовані можливі та передчасні зміни в таких результатах. Таким чином, результати впровадження ЛПМД є формалізованими та стандартизованими, що дає можливість сформувати та впровадити автоматизовані алгоритми оброблення інформації, яка є основою для впровадження інноваційних цифрових інформаційних систем, також створюються та впроваджуються автоматизовані алгоритми моніторингу результатів дії ЛПМД.

Чітко визначається та регламентується алгоритм введення хворих, що залежить від результатів, що були досягнутими та відхилень, що були виявлені під час здійснення проміжного контролю.

Згідно із алгоритмом в кожній точці контролю відбувається вимірювання проміжних результатів виконання ЛПМД та визначаються варіанти подальшої дії щодо лікування пацієнта:

1. продовження виконання ЛПМД згідно із планом лікування;
2. в тому випадку, коли отримані результати лікування частково відповідають очікуванням відбувається повернення до попереднього етапу лікування та повторення циклу;
3. відділ від вимог ЛПМД при подальшому лікуванні відбувається в випадку, коли відхилення від очікуваних значень є критичними.

Вище зазначений процес регламентовано «Уніфікованою методикою з розробки локальних протоколів медичної допомоги для закладів охорони здоров'я України» МОЗ (73.12/159.12), а також прийнятим, затвердженим керівником закладу охорони здоров'я та діючим в закладі охорони здоров'я Порядком розроблення локальних протоколів та медично-технологічної документації закладу охорони здоров'я.

5.4. Управління знаннями та компетентностями працівників в забезпеченні якості закладу охорони здоров'я

В роботі закладу охорони здоров'я та зростанні якості надання медичних послуг вагомим значення мають професійні знання працівників, які потрібні для ефективного виконання ними своїх професійних обов'язків.

Знання співробітників визначаються в інструкціях відповідних посад та у відповідній внутрішній та зовнішній документації закладу охорони здоров'я, розпорядчій документації, яка формується для кожної окремої групи персоналу закладу охорони здоров'я.

Обсяг знань, якими повинен володіти персонал закладу охорони здоров'я визначається обов'язками та компетентністю кожного працівника відповідно до його професійних службових обов'язків та політики в сфері якості відповідного медичного закладу.

Загалом, структура знань працівників закладу охорони здоров'я повинна охоплювати теоретичні, методологічні, практичні знання та навички. Функціональна структура знань, які використовуються в закладі охорони здоров'я повинна охоплювати:

- знання, отримані працівниками в процесі їхньої теоретичної підготовки;
- практичний досвід з отриманими навичками за спостереженнями, отриманими в процесі практичного виконання своєї професійної діяльності;
- інструментальні знання та навички прикладного характеру, набуті в процесі використання техніки, медичних технологій, професійного обладнання;
- корпоративні знання, які стосуються медичних стандартів, норм та правил функціонування медичного закладу, робочих та посадових інструкцій, протоколів та регламентів.

При здійсненні управління закладом охорони здоров'я визначаються та мають вагомим значення професійні знання працівників та особистісні якості, такі як: отримані знання, системне навчання; практична майстерність; особистісна вмотивованість.

При здійсненні управління в закладах охорони здоров'я визначаються наступні завдання: формується нові знання; зберігаються накопичені знання; приймаються особистісні та стратегічні організаційні рішення, забезпечується зростання професійного рівня знань та компетентності працівників, забезпечується систематичне підвищення кваліфікації працівників, забезпечується захист прав інтелектуальної власності закладу охорони здоров'я, забезпечується можливість відповідним структурним підрозділам закладу охорони здоров'я отримання доступу до необхідних баз знань, визначається можливість використання в закладі охорони здоров'я тих чи інших інтелектуальних ресурсів та створення інтерактивного оточення, що забезпечуватиме навчання працівників.

До елементів системи управління знаннями закладу охорони здоров'я

відносять:

- працівників закладу охорони здоров'я, передавання професійного досвіду між працівниками із метою зростання якості надання медичної допомоги, та удосконалення роботи медичного закладу;
- процеси, які формуються впроваджуються та реалізуються із метою уніфікації, стандартизації надання медичних послуг і забезпечують ефективність роботи закладу охорони здоров'я;
- технології, які використовуються в закладі охорони здоров'я, а саме програмні продукти та програмне забезпечення, в тому числі медичне, телекомунікаційні технології, комунікаційні засоби.

Заклад охорони здоров'я працює на тому технологічному рівні, на якому йому дають можливість функціонувати наявне медичне обладнання, а також професійна підготовка його працівників, які безпосередньо виконують надання медичної допомоги, засновані на тих знаннях, досвіду та кваліфікації які мають для надання медичної допомоги.

Заклад охорони здоров'я в плановому та позаплановому порядку повинен своєчасно та системно оновлювати знання про послуги, технології медичної сфери з метою дотримання відповідного техніко-технологічного сучасного рівня надання медичних послуг.

Заклад охорони здоров'я повинен функціонувати на відповідному рівні професійної підготовки персоналу. Вся інформація щодо норм, стандартів, необхідних технік, технологічної інформації, пацієнтів, постачальників, нормативно-правову базу повинна своєчасно поновлюватися та оновлюватися.

В закладі охорони здоров'я має безперервно здійснюватися рух інформації та знань, а самі знання можуть мати різну форму та надаватися через підвищення кваліфікації персоналу, надходження необхідної для роботи літератури, довідниками, тощо, отримання відповідних ліцензій.

Отримання та використання знань закладом охорони здоров'я здійснюється під керівництвом визначених відповідальних осіб закладу.

Життєвий цикл формування та використання знань в закладах охорони здоров'я має відповідну циклічність та складається із наступних послідовних етапів:

- ідентифікації, яка визначається як ідентифікація головних базових знань, такі як сучасні методи, інструменти, експертні знання, знання про споживачів медичних послуг, постачальників, конкурентів, технології, медичної сфери, які мають вагоме стратегічне значення для впровадження стратегії та удосконалення діяльності закладу.
- набуття, що визначається як вибір джерел надходження інформації з оцінюванням її корисності та відповідності.
- формування нових знань, що визначається як можливість створення умов для творчого розвитку, генерування необхідних рішень, нових знань що обов'язками працівників закладу охорони здоров'я.

Всі дані, які стосуються інформації та знань з роботи закладу охорони здоров'я, в тому числі робота системи менеджменту якості, викладаються на формі паперової та електронної документації, баз даних, файлів, графічних зображень та іншої документації медичного та адміністративного призначення та повідомлень електронної пошти. Вся відповідна інформація зберігається та актуалізується відповідальними працівниками закладу охорони здоров'я згідно із їх повноваженнями, на яких покладені відповідні обов'язки та відповідальність, та які мають повноваження щодо совеня та управління відповідною документацією.

Загальна відповідальність за діяльність закладу охорони здоров'я та формування знань, необхідних для функціонування закладу та його розвитку покладена на керівника закладу охорони здоров'я, і делегується керівникам структурних підрозділів та іншим відповідальним працівникам закладу охорони здоров'я відповідно до їх повноважень та обов'язків, та визначається внутрішніми документами та регламентами, такими як накази, розпорядження, інструкції. З метою поширення інформації серед працівників закладу охорони здоров'я в закладі відбувається розповсюдження прийнятої соматичної інформації, наказів, інструкцій, розпоряджень серед працівників закладу, а також системно та у випадку необхідності позапланово проводяться нарада, круглі столи, інструктажі та інші заходи, внутрішнє навчання персоналу та інші заходи.

Загалом, життєвий цикл управління знаннями закладу охорони здоров'я являє собою послідовність виконання у етапів:

- етапу ідентифікації, на якому робиться аналіз та потреба у знаннях та інформації;
- етапу набуття, який полягає у систематичному здійсненні пошуку та отримання, набуття знань;
- етапу структурування, на якому визначається, хто і коли, з якою метою має отримати знання та інформацію;
- етапу підтримки, на якому забезпечується доступ до задокументованих даних та інформації з метою подальшого їх використання;
- етапу використання поширення інформації та навчання, на якому здійснюється навчання персоналу, підвищення його кваліфікації, інформації з метою зростання можливості та якості персоналу, ефективно виконувати свою професійну діяльність в закладі охорони здоров'я.

Запитання для перевірки знань та самопідготовки:

1. Опишіть теоретико-практичні засади розробки клінічних рекомендацій та медичних стандартів.
2. Охарактеризуйте формування та використання протоколів в управлінні якістю роботи закладу охорони здоров'я.
3. Опишіть впровадження процесу проектування та розробки локальних клінічних протоколів.
4. Яке значення має управління знаннями та компетентностями працівників в забезпеченні якості закладу охорони здоров'я?
5. Опишіть клінічні рекомендації та протоколи в діяльності закладів охорони здоров'я.
6. Назвіть базові етапи загальної методики процесу стандартизації медичної сфери в Україні.
7. Уніфікація процедури формування чи адаптації клінічних рекомендацій та медичних стандартів в Україні на засадах доказової медицини.
8. Опишіть алгоритм процесу створення клінічних рекомендацій (КР) Охарактеризуйте процес формування або адаптування клінічних рекомендацій.
9. Правові аспекти застосування адаптованих КР, МС, протоколів лікування в роботі закладів охорони здоров'я.
10. Опишіть процес формування регіонального локального протоколу надання медичної допомоги пацієнтам.
11. Наведіть алгоритм етапів планування та розроблення локальних протоколів медичної допомоги.
12. Назвіть засади обґрунтування та розроблення ЛПМД.
13. Як провидиться критичний аналіз розроблення ЛПМД згідно із планом, затвердженим керівником закладу охорони здоров'я.
14. Обсяг знань, якими повинен володіти персонал закладу охорони здоров'я.
15. Опишіть функціональну структуру знань, які використовуються в закладі охорони здоров'я.
16. Опишіть елементи системи управління знаннями закладу охорони здоров'я.
17. Опишіть життєвий цикл формування та використання знань в закладах охорони здоров'я.

Список літератури до розділу:

1. Басва О. В. Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я. Персонал. 2007. 216 с.
2. Басва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: навчальний посібник. К.: Центр учбової літератури, 2008. 328 с.
3. Баценко Д., Бразінський П., Бучма М. Як організувати систему надання первинної медичної

допомоги на місцевому рівні. К.: Україна, 2018. 368 с.

4. Бережна Ю. Роль національного кластеру охорони здоров'я формуванні потенціалу сфери охорони здоров'я. Економіст. 2015. № 4. С. 29-33.

5. Білик О. І. Принципи оптимізації системи фінансування охорони здоров'я України. Актуальні проблеми економіки. 2017. № 1. С. 210-218.

6. Бояркіна С. І. Перспективи розвитку українського законодавства у сфері забезпечення і реалізації права на охорону здоров'я. Правничий вісник Університету "КРОК". 2017. Вип. 27. С. 101-107.

7. Булах І. Є. Медицина інформатика в модулях. К.: Медицина, 2009. 208 с.

8. Вовк С. М. Взаємовідношення держави з малим та середнім бізнесом в охороні здоров'я країни. Економіка та держава. 2015. № 3. С. 48-52.

9. Воронцова К. Права суб'єктів інтелектуальної власності на традиційні знання у сфері охорони здоров'я. Теорія і практика інтелектуальної власності. 2014. № 6. С. 21-31.

10. Воронцова Т. В. Основи здоров'я. К.: Алатон, 2008. 160 с.

11. Ворсовський О. Л. Фінансовий потенціал підприємств, основним видом діяльності яких є охорона здоров'я та надання соціальної допомоги. Економіка та держава. 2016. № 7. С. 44-47.

12. Герасимчук Н. А. Правовий статус суб'єктів господарювання, які проводять господарську діяльність з медичної практики у сфері охорони здоров'я. Медичне право. 2018. № 2. С. 9-24.

13. Гладун З. Зміст та особливості адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я населення. Право України. 2013. № 10. С. 241-249.

14. Грін О. Загальне медичне право. Ужгород: Вид-во ФОП Сабов А.М. 2017. 208 с.

15. Грот В. Інвестування в охорону здоров'я. К.: Києво-Могилянська академія, 2004. 46 с.

16. Двірська О. В. Медіація у сфері охорони здоров'я - правові проблеми та перспективи розвитку. Правничий вісник Університету КРОК. 2015. Вип. 21. С. 123-129.

17. Дешко Л. Конституційно-правові гарантії прав людини і основоположних свобод у сфері охорони здоров'я. Право України. 2011. № 11/12. С. 53-61.

18. Дмитрук О. Ю. Спортивно-оздоровчий туризм. К.: Альтерпрес, 2008. 280 с.

19. Єфименко Т. І. Модернізація фінансової системи України в процесі євроінтеграції. К.: Акад. фін. управління, 2014. 784 с.

РОЗДІЛ 6.

ВНУТРІШНІЙ АУДИТ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ РОБОТИ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Ключові питання розділу:

6.1. Концептуальні методичні засади впровадження внутрішнього аудиту контролю якості роботи закладу охорони здоров'я

6.2. Класифікація видів внутрішнього аудиту

6.3. Етапи проведення внутрішнього аудиту якості роботи закладу охорони здоров'я

6.4. Обґрунтування системи показників-індикаторів здійснення внутрішнього аудиту забезпечення якості медичної допомоги у закладі охорони здоров'я

6.5. Впровадження системи показників-індикаторів аналізу та оцінювання процесу забезпечення якості надання медичної допомоги

6.6. Організація та впровадження аудиту кадрових ризиків в роботі медичних закладів

6.7. Алгоритм проведення аудиту якості роботи кадрових ресурсів всього закладу та окремих підрозділів медичного закладу

6.1. Концептуальні методичні засади впровадження внутрішнього аудиту контролю якості роботи закладу охорони здоров'я

Відповідно до Міжнародних стандартів внутрішній клінічний аудит контролю якості роботи закладів охорони здоров'я розглядають як оцінювання роботи, яка здійснюється організацією.

Таким чином, клінічний аудит визначається як процес дослідження, оцінювання та узагальнення інформації, в результаті якого отримують необхідний та визначений результат, що показує відповідність діяльності закладу охорони здоров'я вимогам щодо якості надання медичних послуг.

В такому разі, впровадження внутрішнього аудиту дає можливість закладам охорони здоров'я отримувати необхідну реальну інформацію про діяльність, стан закладу охорони здоров'я та його структурні підрозділи, здійснювати адекватну оцінку стану закладу і дає можливість до прийняття відповідно необхідних адекватних управлінських рішень.

Метою здійснення клінічного аудиту медичного закладу є отримання необхідної повної інформації про управління цим закладом та якість роботи його структурних підрозділів та персоналу.

Головними завданнями в проведенні внутрішнього аудиту закладу є:

- виявлення недоліків та невирішених задач, які знижують ефективність роботи закладу;
- формулювання мети та стандартів якості надання медичної допомоги

пацієнтам закладу;

- визначення чинників, які призвели до погіршення якості надання медичної допомоги та причин низького рівня якості роботи;
- підготовка комплексу заходів, необхідних для удосконалення покращення якості роботи закладу охорони здоров'я;
- впровадження в медичному закладі комплексу заходів, необхідних для удосконалення покращення якості роботи;
- здійснення аналізу та оцінки результатів впровадження комплексу заходів щодо покращення якості надання медичної допомоги з проведення аналізу поточного стану та виявлення змін, що відбулися чи за якихось причин не відбулися в закладі.

Впровадження внутрішнього аудиту роботи медичного закладу здійснюється на засадах науково визначених та обґрунтованих принципів. Такими основоположними принципами виступає наступний перелік узагальнених та обґрунтованих принципів.

1. Принцип – достовірність. З цією метою саме здійснення внутрішнього аудиту в закладі охорони здоров'я повинно здійснюватися працівниками, що не мають інтересу та зацікавленості в його результатах, тобто працівниками інших структурних підрозділів.

2. Принцип – документальна обґрунтованість. Так, в процесі впровадження внутрішнього аудиту досліджуються та оцінюються показники. Дані відомості зазначені та наведені в бухгалтерській, управлінській, статистичній звітності закладу охорони здоров'я, тобто письмова інформація зафіксована в відповідних медичних, статистичних, управлінських та інших документах.

3. Принцип – конфіденційність та анонімність. Аналіз даних в процесі проведення внутрішнього аудиту здійснюється конфіденційно з дотриманням анонімності, як в питаннях аналізу, як пацієнтів, так і в аналізі роботи працівників. Водночас результати аудиту не повинні призвести до впровадження санкцій щодо працівників. Навпаки, результати та отримані дані повинні забезпечити керівникам приймати в подальшому адекватні управлінські рішення та перебудувати роботу таким чином, щоб унеможливити появу невідповідності та низької якості роботи медичного персоналу, чи прикрих інцидентів в наданні медичної допомоги пацієнтам в майбутньому.

4. Принцип – об'єктивність. Так, здійснення аналізу повинно проводитися на засадах попередньо узгоджених та визначених критеріїв, які підлягають простому та зрозумілому вимірюванню та оцінці.

5. Принцип – лідерство керівника. Доцільність загальної ефективності впровадження внутрішнього аудиту повинна бути підтримана ініціативою та лідерськими позиціями керівника закладу, який прагне удосконалити роботу закладу охорони здоров'я та виступає ініціатором впровадження внутрішнього аудиту і водночас бере на себе відповідальність за впровадження змін, необхідних для покращення роботи закладу за результатами, отриманими в процесі

здійснення внутрішнього аудиту.

В основі сутності та процесів впровадження внутрішнього аудиту лежить концепція необхідності постійних безперервних покращень, удосконалення на основі тих результатів, які були отримані в процесі проведення внутрішнього аудиту. Таким чином, внутрішній аудит в роботі закладу охорони здоров'я можна представити як постійний і циклічний процес, який включає декілька основних послідовно викладених етапів. В основі такої циклічності є застосування методології циклів управління якістю науково-розроблених та запропонованих науковцями Демінгом та Шухартом. Отже, цикли Демінга-Шухарта набули свого практичного застосування в формуванні методології впровадження контролю якості роботи в сфері охорони здоров'я.

Відповідно до зазначеної методології цикл має наступні головні етапи:

- формулювання цілей та задач, об'єкту здійснення контролю, використання як основи кращих світових практик проведення внутрішнього аудиту; формування команди чи команд, які будуть здійснювати аудит; здійснення навчання членів команд для проведення цього аудиту; залучення необхідних працівників закладу охорони здоров'я до процесу аудиту; формування позитивного внутрішнього середовища, сприятливого до процесу аудиту та підтримка цього процесу керівниками закладу та цих підрозділів; забезпечення етичних норм в процесі здійснення внутрішнього аудиту закладу.

- здійснення аналізу. На цьому етапі здійснюється вибір методології та відбір показників індикаторів для здійснення цього внутрішнього аудиту; здійснюється збір інформації та документації, необхідної для проведення аналізу; безпосередньо здійснюється аналіз інформації за відібраними та затвердженими показниками та індикаторами.

- оцінка результату. Здійснюється складання звіту щодо проведених результатів внутрішнього аудиту та підготовка рекомендацій щодо впровадження дій для удосконалення та покращення роботи закладу охорони здоров'я та його структурних підрозділів.

- впровадження змін. На цьому етапі здійснюється впровадження змін, запропонованих та рекомендованих результатами проведеного внутрішнього аудиту та впроваджують практичні заходи щодо покращення якості роботи закладу охорони здоров'я.

- здійснення повторного контролю. На цьому етапі здійснюється повторний аналіз проведення внутрішнього аудиту за вже визначеними показниками та індикаторами з метою виявити, чи відбулися позитивні зміни в роботі закладу охорони здоров'я в результаті проведення запропонованих змін, удосконалень та покращень. На цьому етапі визначається, як змінилася якість роботи закладу охорони здоров'я після впровадження рекомендацій. Цей етап визначається науковцями та практиками як етап моніторингу результатів та оцінки змін. На цьому етапі увага внутрішнього аудиту концентрується не на всьому у закладі охорони здоров'я, а конкретно на тих напрямках та підрозділах, на яких були

запроваджені відповідні заходи та зміни.

Таким чином, внутрішній аудит є ефективним та дієвим інструментом як діагностики аналізу, так і покращення якості роботи закладу охорони здоров'я в тих медичних закладах, де сформована доброзичлива позитивна атмосфера, а керівництво закладу усвідомлює свою відповідальність та має знання і компетенції щодо організації процесів внутрішнього аудиту, а також здатне організувати злагоджену систему роботи всієї команди працівників, яка потрібна під час впровадження такого аудиту на практиці. Важливим у впровадженні внутрішнього аудиту є не лише факт його проведення та отримання результатів, викладених та сформульованих у звіті. Важливим етапом впровадження внутрішнього аудиту в медичних закладах є використання результатів аудиту для впровадження удосконалень та покращень через розбудову нових механізмів контролю якості, та нових інструментів зростання кваліфікації та якості роботи працівників закладу через впроваджену систему навчання та підвищення кваліфікації персоналу, а також покращення загального психологічного клімату закладу.

Відмінною рисою внутрішнього аудиту в закладах охорони здоров'я є те, що він спрямований не лише на виявлення недоліків та невідповідностей в роботі закладу та його персоналу, а те, що він одночасно може бути застосованим для удосконалення, покращення роботи закладу охорони здоров'я.

6.2. Класифікація видів внутрішнього аудиту

Внутрішній аудит в закладах охорони здоров'я може бути класифікованим за певними видами, наведеними у теоретично-практичних розробках науковців. Тож, загалом внутрішній аудит якості роботи закладів охорони здоров'я класифікується та поділяється за певними групами. Так, до першої групи внутрішнього аудиту відносять аудит структури. Такий аудит включає такі види як фінансово-економічний аудит, кадровий аудит, аудит документації закладу охорони здоров'я та аудит матеріального забезпечення. Класифікація та види внутрішнього аудиту представлена на рис. 6.1.



Рис. 6.1. Класифікація та види внутрішнього аудиту

Джерело: сформовано авторами

Першою групою внутрішнього аудиту є аудит структури. До нього входить фінансово-економічний аудит, аудит забезпечення закладу охорони здоров'я кадровими ресурсами, аудит відповідності медичної документації закладу та аудит матеріального забезпечення закладу охорони здоров'я.

Фінансово-економічний аудит визначає фінансовий та економічний стан закладу охорони здоров'я, його активи, основні фонди обігових коштів та фінансово-економічного потенціалу і можливостей для ефективного функціонування та розвитку. Критеріальна база оцінювання. До цього виду аудиту виступають метисні та економічні розрахунки, дані та загальні нормативи, відповідно до яких здійснюється порівняння та визначення відповідності рівня фінансово-економічного стану та забезпечення.

Так, економічний та фінансовий аудит передбачає дослідження економічної

та фінансової звітності закладу охорони здоров'я, при цьому критерієм цього аудиту є дотримання нормативів та відповідність проведення розрахунків. Кадровий аудит або аудит кадрового забезпечення включає аналіз нормативної укомплектованості та фактичного забезпечення закладу кадровими ресурсами.

Аудит забезпечення закладу охорони здоров'я кадровими ресурсами включає аналіз кваліфікаційного складу та укомплектованості закладу охорони здоров'я персоналом відповідно до прийнятих нормативів.

Аудит матеріального забезпечення включає аналіз та оцінку забезпечення закладу охорони здоров'я всім комплексом необхідних для його функціонування матеріальних ресурсів, приміщення, лікувального та діагностичного обладнання, устаткування та засобів, що необхідні для надання медичної допомоги та роботи закладу охорони здоров'я згідно з існуючими нормативами та стандартами роботи закладів охорони здоров'я та клінічними протоколами відповідно до кожного типу закладу охорони здоров'я. Таким чином, аудит матеріального забезпечення здійснюється з використанням порівняння табелів оснащення медичних закладів охорони здоров'я із вищезазначеними стандартами та нормативами завдяки порівнянню та вивченню табелів забезпечення закладу матеріальними ресурсами, обладнання, технічним інструментарієм для оснащення робочих місць лікарів та підрозділів закладу та порівняння отриманих фактичних даних з тим номінальним переліком необхідного, що має бути в закладі для забезпечення відповідної якості надання медичної допомоги працівниками та відділеннями закладу. Обсяг необхідного матеріального забезпечення визначається згідно стандартів та клінічних протоколів, розроблення та застосування яких відбувається для різних закладів охорони здоров'я.

Аудит медичної документації визначається як дослідження аналізу медичної документації закладу охорони здоров'я та його структурних підрозділів з метою визначення ступеня відповідності існуючої в закладі клінічної практики встановленим нормам і прийнятим стандартам. При цьому, критеріями якості медичної документації є безпосередньо якість її ведення, змістовного та хронологічного заповнення. Отже, аудит методичної документації, її повноти та відповідності ведення здійснюється з вивчення медичної документації закладу охорони здоров'я, та визначенням рівня відповідності практики та її наслідків в порівнянні з встановленими визначеними нормами та стандартами. Отже, головним показником цього аудиту є якість формування заповнення медичної документації як за змістовим наповненням, так і за їх хронологією.

Друга група аудиту є аудитом процесу. Він включає такі види внутрішнього аудиту, як: клінічний аудит, технологічний аудит (або аудит маршруту пацієнта), аудит ефективності впровадження нових інноваційних технологій в роботі закладів охорони здоров'я та організаційно-методичний аудит. Загалом визначають наступні аудити:

- Фінансово-економічний аудит;

- Аудит кадрового забезпечення;
- Аудит матеріального забезпечення;
- Аудит медичної документації;
- Клінічний аудит;
- Технологічний аудит;
- Організаційно-методичний аудит;
- Аудит думки пацієнтів та медичних працівників;
- Аудит стану здоров'я пацієнта;
- Аудит стану здоров'я населення.

Так, клінічний аудит визначається як процес покращення якості надання медичних послуг завдяки здійсненню системного контролю якості надання медичних послуг з застосуванням визначених критеріїв та індикаторів клінічних протоколів та застосування подальшого внесення необхідних змін в роботі закладів охорони здоров'я. Основою для формування сукупності критеріїв для визначення проведення клінічного аудиту виступають дані клінічних протоколів що обумовлюють дії, необхідні для профілактики, діагностування та надання медичної допомоги на засадах доказової медицини. Зазначимо, що клінічний аудит є процесом, результат якого спрямований на дослідження того, якими чином здійснюється в закладах охорони здоров'я система контролю за його функціонуванням та роботою всіх структурних підрозділів та працівників та дотриманням ними норм та стандартів якості. Аудит контролю якості використовує перелік чітко сформованих критеріїв та індикаторів. Він дає можливість виявити ознаки системності та відповідності нав'язано в закладі системи контролю тим параметрам якості, що є нормативними. Базою, на якій здійснюється цей аудит є локальні клінічні протоколи, які формують матеріальну базу його проведення.

Технологічний аудит, або аудит маршруту пацієнта, досліджує параметри своєчасного та послідовного надання медичної допомоги населенню. Критерійною базою здійснення технологічного аудиту є показники індикатори та локальних клінічних протоколів, а також отримані дані хронометражів та норми і нормативи медичної діяльності, тривалість етапів надання медичної допомоги та етапів очікування. Значна частина показників визначається експертним шляхом. Отже, технологічний аудит має на меті виявити, наскільки своєчасною та відповідною була надана пацієнтам медична допомога. Він передбачає оцінку, наскільки послідовно та своєчасно були проведені дії з надання медичної допомоги, наскільки відповідно до умов діяли працівники. Критерієм проведення технологічного аудиту є показники локальних клінічних протоколів та результати хронометражу етапів кращих практик.

Організаційно-методичний аудит включає оцінку раціональності та доцільності всього переліку комплексу управлінських дій, які можуть бути застосованими і застосовуються для управління закладом охорони здоров'я. Базою критеріїв для проведення такого аудиту виступають організаційно-

методичне забезпечення, а саме організація роботи та методологія її проведення, та нормативно-правове забезпечення, а саме нормативно-правові акти загальнодержавного значення в сфері охорони здоров'я, а також нормативна документація, що приймається та використовується для роботи безпосередньо закладу охорони здоров'я і використовується для організації роботи та управління закладів охорони здоров'я, дотримання ними трудової та виконавчої дисципліни. При аудиті організаційно-методичного забезпечення вагомим значення має дослідження та аналіз інформатизації та комп'ютеризації закладу охорони здоров'я, використання ним інформаційно-комунікаційних технологій. токим чином, організаційний аудит та методичний аудит спрямовані на оцінку показників управління закладом охорони здоров'я та його структурними підрозділами, за критеріями їх раціональності та управлінської відповідності. Критерієм тут виступають наявне та загально-методичне, нормативно-правове, організаційне забезпечення, дотримання вимог трудової та управлінської дисципліни, рівень впровадження нових інформаційних та комп'ютерних технологій, інформаційне та цифрове оснащення робочих місць працівників закладу охорони здоров'я, ступінь використання інформаційних інтерпретованих систем закладу охорони здоров'я в забезпеченні поширення та контролі виконання прийнятих управлінських рішень, наявність та дієвість каналів внутрішнього зв'язку та взаємодії з працівниками.

Аудит ефективності застосування нових інноваційних медичних технологій передбачає аналіз показників застосування медичних технологій за критеріями ефективності роботи закладу охорони здоров'я. Аудит ефективності застосування наявних в закладі медичних технологій спрямований на дослідження та розрахунок показників ефективності застосування закладом технологій лікування та критеріями їх ефективності в роботі закладу охорони здоров'я.

Третя група показників внутрішньо аудиту – аудит результату, включає такі види внутрішнього аудиту як аудит думки пацієнтів та медичних працівників, аудит стану здоров'я населення та аудит стану здоров'я пацієнтів.

При здійсненні аудиту думки пацієнтів та медичного персоналу враховуються самі відгуки хворих, відвідувачів медичних закладів та його кадрового ресурсу, персоналу про роботу закладу охорони здоров'я, організацію його діяльності, його забезпечення та управління, тобто про якість роботи закладу в цілому та роботу його керівництва, адміністрації в питаннях управління закладом охорони здоров'я. Цей аудит визначає загальне зовнішнє ставлення оточуючого та внутрішнього середовища закладу. Провівши аудит відгуків пацієнтів та працівників закладу охорони здоров'я є можливість отримати інформацію про те, чи задоволені пацієнти які отримали медичну допомогу чи медичні послуги в закладі охорони здоров'я рівнем обслуговування та якості наданої допомоги та медичних послуг, яким є результат лікування, чи він отриманий і чи він був отриманий в повній мірі, необхідній щоб забезпечити

пацієнтам закладу здоров'я та подальше якісне життя.

З метою виявлення ставлення і думок пацієнтів та медичного персоналу здійснюють опитування, анкетування а потім відповідно аналізують отримані результати. Водночас, думки працівників закладу охорони здоров'я про роботу в закладі дають можливість виявити думку самих працівників щодо якості роботи самого закладу, його працівників та якість управління цим закладом та його керівників усіх рівнів. З метою здійснення цього аудиту використовують такий метод як анкетування проведення анонімного опитування працівників та пацієнтів, дані та узагальнені результати якого дають можливість отримати необхідні дані та зробити відповідні висновки.

Аудит стану здоров'я пацієнтів здійснюється із дослідженням медичної документації закладу охорони здоров'я та за відповідними даними документації первинного обліку. Аудит аналізу стану здоров'я пацієнтів, цей вид аудиту здійснюється із дослідженням медичної документації, медичної карти та пацієнтами, всієї інформації яка міститься в особистій медичній документації закладу. Цей аналіз дає можливість здійснити оцінювання якості надання пацієнту медичної допомоги за даними первинних документів.

Третій вид аудиту – аудит стану здоров'я населення певного регіону, міста, села, жителі яких отримують медичну допомогу у даному закладі охорони здоров'я. Основним джерелом отримання інформації для здійснення цього аудиту є статистична звітність.

Огляд цієї статистичної звітності дає можливість порівняти показники, сформувані динамічні ряди змін показників та дослідити їх, з метою оцінки загальної якості надання медичної допомоги.

Так, дослідження статистичної звітності дозволяє аналізувати та оцінювати показники функціонування медичної сфери за різними параметрами. Дослідження статистичних звітів дозволяє співставляти показники, вивести динамічні ряди, які дають можливість виявити та дослідити зміни рівня якості надання медичної допомоги.

Вибір того чи іншого виду аудиту якості надання медичної допомоги та критеріїв дослідження визначають певні особливості його здійснення, а саме: підбір працівників фахівців, що будуть формувати робочу групу по проведенню аудиту; обсяг інформації, яка буде зібраною та опрацьованою в процесі здійснення внутрішнього аудиту; обсяг первинної документації, за якою буде збиратися та оброблятися інформація; елементи внутрішнього середовища закладу охорони здоров'я, за яким необхідно впровадити зміни. Таким чином, ефективність внутрішнього аудиту закладу охорони здоров'я визначається роботою безпосередньо системи управління якістю закладу охорони здоров'я. Узагальнюючи, зазначимо, що для проведення внутрішнього аудиту в закладі охорони здоров'я необхідним є визначення фахівців, які будуть входити до робочої групи з проведення аудиту, визначення обсягу первинної документації, яка повинна бути опрацьованою під час проходження аудиту.

6.3. Етапи проведення внутрішнього аудиту якості роботи закладу охорони здоров'я

Однією із найбільш ефективних та сучасних форм контролю якості надання медичної допомоги є організація та здійснення внутрішнього клінічного аудиту якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.

Міжнародні стандарти контролю якості надання медичної допомоги визначають внутрішній аудит, як діяльність з оцінювання роботи структури чи її підрозділів за певними параметрами та складовими. Здійснення внутрішнього аудиту в закладі охорони здоров'я дає можливість отримати необхідний обсяг інформації, яка дає можливість оцінити реальний стан якості медичної допомоги закладів охорони здоров'я та прийняти відповідні управлінські рішення.

Метою внутрішнього аудиту є отримання необхідної інформації, яка дасть можливість приймати адекватні ефективні управлінські рішення. Головними задачами внутрішнього аудиту є:

- визначення проблемних питань в наданні медичної допомоги;
- визначення мети та розробка стандартів щодо якості медичної допомоги, яка надається відповідним медичним закладом;
- визначення чинників, які призвели до падіння рівня якості надання медичної допомоги;
- визначення головних причин падіння якості медичної допомоги;
- розробка та реалізація дій для покращення якості надання медичної допомоги;
- оцінка результатів впровадження заходів зі зростання якості надання медичної допомоги, що були розроблені за результатами здійснення внутрішнього аудиту.

Головними принципами розробки та впровадження внутрішнього аудиту науковці вважають перелік наступних принципів.

Принцип достовірності. Для аудиту повинні використовуватися лише перевірені та письмові документально підтверджені дані та інформація.

Принцип точності. Для здійснення внутрішнього аудиту якості надання медичної допомоги використовуються лише дані, зазначені в медичних документах.

Принцип конфіденційності, анонімності. Вся інформація щодо історій захворювань пацієнтів та інформації медичних працівників є конфіденційною, а її анонімність та збереження цієї конфіденційності дотримується. Водночас результати проведеного внутрішнього аудиту не використовуються для здійснення покарання чи погіршення якимось чином персоналу закладу охорони здоров'я.

Принцип об'єктивності. Аналіз здійснюється на основі визначених критеріїв, які мають чіткі та зрозумілі параметри вимірювання.

Принцип лідерства керівників. Ефективність здійснення внутрішнього аудиту якості роботи закладів охорони здоров'я активується та впроваджується за ініціативи керівництва закладу охорони здоров'я. Етапи проведення внутрішнього аудиту якості роботи закладу охорони здоров'я представлені на рис. 6.2.

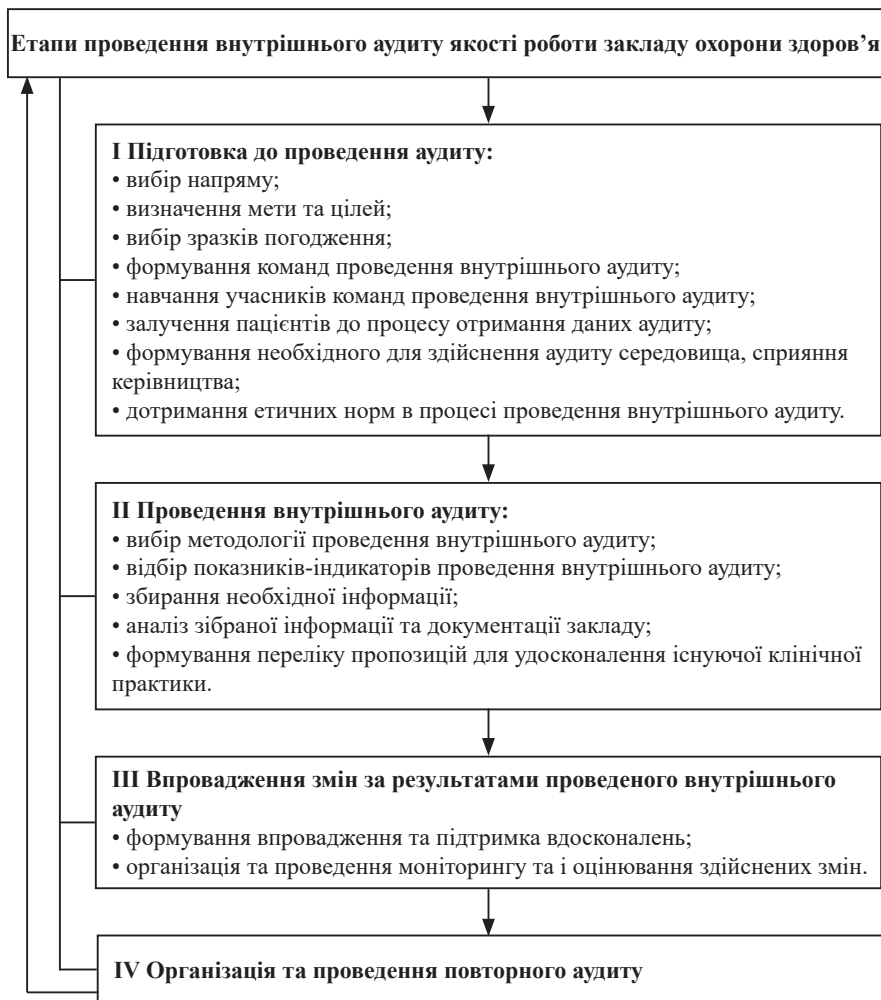


Рис.6.2. Етапи проведення внутрішнього аудиту якості роботи закладу охорони здоров'я

Джерело: сформовано авторами

Сутність внутрішнього аудиту сформована на ідеї постійного покращення якості роботи закладу охорони здоров'я на основі результатів, отриманих за аудитом, і тому внутрішній аудит являє собою певний циклічний процес, який включає перелік послідовних етапів.

I. Підготовка до проведення внутрішнього аудиту включає наступні складові: вибір напрямку; визначення мети та цілей; вибір зразків погодження; формування команд проведення внутрішнього аудиту; навчання учасників команд проведення внутрішнього аудиту; залучення пацієнтів до процесу отримання даних аудиту; формування необхідного для здійснення аудиту середовища; сприяння керівництва; дотримання етичних норм в процесі проведення внутрішнього аудиту.

II. Проведення внутрішнього аудиту включає наступні складові: вибір методології проведення внутрішнього аудиту; відбір показників-індикаторів проведення внутрішнього аудиту; збирання необхідної інформації; аналіз зібраної інформації та документації закладу; формування переліку пропозицій для удосконалення існуючої клінічної практики.

III. Впровадження змін за результатами проведеного внутрішнього аудиту включає наступні складові: формування впровадження та підтримка вдосконалень; організація та проведення моніторингу та і оцінювання здійснених змін.

IV. Організація та проведення повторного аудиту.

Методичною основою планування циклічності та реалізації впровадження внутрішнього аудиту якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я є цикл науковців Шухарта –Демінга.

Перший етап визначається як етап підготовки та планування проведення внутрішнього аудиту. На цьому етапі визначаються напрям здійснення аудиту, його мета та завдання, відбувається погодження та застосування для порівняння найкращих клінічних практик, здійснюється формування мультидисциплінарних груп, які будуть задіяні в процесі проведення внутрішнього аудиту та опрацювання отриманої інформації, а також забезпечене навчання цих моно чи мультидисциплінарних груп проведення внутрішнього аудиту. Важливим складником цього аналізу є задіяння пацієнтів закладів охорони здоров'я, збирання інформації, необхідної для проведення аудиту. Загалом, процес провадження аудиту потребує формування певного позитивного середовища в роботі закладу охорони здоров'я, яке схилило б до співпраці та взаємодії всіх причетних працівників в проведенні аудиту та його результатах, що мало б включати як підтримку адміністрації, добру волю керівництва закладу охорони здоров'я, так і активну підтримку цього процесу серед лікарів та середнього медичного та іншого медичного та немедичного персоналу закладу охорони здоров'я, а також дотримання необхідних етичних норм як учасників групи проведення аудиту так і всього персоналу закладу охорони здоров'я щодо нерозголошення даних, які використовуватимуться в процесі проведення внутрішнього аудиту та результатів, які будуть отримані

після його завершення. Крім цього, необхідним та доцільним є формування взаємної довіри, взаємодії та підтримки в процесі проведення аудиту та проведення відповідної командної роботи. Таким чином, перший етап проведення аудиту є ключовим та забезпечує успіх проведення подальших етапів.

На другому етапі здійснюється безпосередньо процес проведення аудиту. З цією метою необхідним є відбір необхідної методології та вибір методів проведення аналізу та оцінки, відбір показників індикаторів для здійснення оцінювання за відповідними напрямками та складовими проведення аудиту. Важливими складниками цього етапу є збір, обробка та аналіз зібраної інформації, а також формування висновків за результатами проведеного аналізу та оцінювання та надання відповідних пропозицій.

На етапі впровадження змін відбувається впровадження розроблених дій з удосконалення, покращення і функціонування закладу охорони здоров'я та процесів надання медичної допомоги населенню.

На кінцевому етапі здійснюється моніторинг результатів впроваджених покращень і за результатами цього моніторингу визначається необхідність та доцільність проведення повторного аудиту. Таким чином, процес впровадження внутрішнього аудиту є циклічним процесом. Особливістю внутрішнього аудиту якості роботи закладу охорони здоров'я є те, ще він дає можливість не лише визначити стан та рівень якості надання медичної допомоги конкретним закладом охорони здоров'я, але й визначає які саме зміни необхідно та доцільно здійснити для покращення якості роботи закладу та удосконалення всіх процесів та механізмів його функціонування, тобто внутрішній аудит якості дає можливість виявити проблеми та удосконалити роботу всієї системи управління якістю надання медичної допомоги закладу охорони здоров'я та визначити дії з удосконалення розбудови та розвитку у довготривалій перспективі з можливістю впровадження безперервних покращень.

6.4. Обґрунтування системи показників-індикаторів здійснення внутрішнього аудиту забезпечення якості медичної допомоги у закладі охорони здоров'я

Першою групою індикаторів, які необхідні для аналізу та оцінки стану якості є індикатори структури забезпечення якості медичної допомоги на первинному рівні.

До індикаторів структури забезпечення та якості надання медичної допомоги на первинному рівні фахівці відносять наступні індикатори:

- наскільки відповідає прийнятий в закладі охорони здоров'я штатний розпис вимогам наказу МОЗ України від 23.02.2002 року №33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я»;

- на скільки відсотків штатні посади лікарів закладу охорони здоров'я укомплектовано працівниками;

- на скільки відсотків штатні посади сімейних медичних сестер закладу охорони здоров'я укомплектовано працівниками;

- дотримання відповідності співвідношення лікарів сімейної ланки та сімейних медичних сестер відповідно до нормативу (1:2);

- на скільки дотримано розподіл сімейних лікарів та сімейних медичних сестер за кваліфікаційними категоріями;

- відповідність приміщень, які використовуються медичними закладами нормам ДСТУ;

- наявність у приміщеннях, які використовуються для медичних закладів, систем опалення та гарячого й холодного водопостачання;

- загальний показник фінансування надання медичної допомоги з розрахунку на одну людину, в грн;

- наявність у закладі охорони здоров'я власних санітарних автотранспортних засобів;

- рівень забезпечення медичного закладу обладнанням та засобами медичного призначення у відповідності до Табелю оснащення закладів ПМСД, згідно документації, затвердженої МОЗ України;

- забезпечення населення засобами санітарно-просвітницької діяльності та роботи щодо поширення знань з гігієни серед населення;

- наявність у закладі охорони здоров'я персональних комп'ютерів із доступом до мережі Інтернет;

- наявність у закладі охорони здоров'я доступу до Локальних клінічних протоколів з надання медичної допомоги за відповідними поширеними хворобами та станами;

- забезпеченість закладу охорони здоров'я ліцензованим програмним забезпеченням та забезпеченість закладу та працівників доступом та можливістю використання телеконсультативних систем.

Другою групою систематизованих та класифікованих індикаторів є

індикатори якості надання медичної допомоги на вторинному рівні.

До індикаторів структури забезпечення якості амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги на вторинному рівні прийнято зазначати наступні показники:

- відповідність структури поліклінічних закладів прийнятим галузевим нормам для певної території обслуговування відповідно до особливостей хвороб серед населення;
- відповідність штатного розпису вимогам наказів МОЗ України від 23.02.2002 року №33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я»;
- рівень, відсоток комплектації закладу охорони здоров'я відповідно до штатного розпису лікарським персоналом;
- рівень, відсоток комплектації закладу охорони здоров'я відповідно до штатного розпису середнім та молодшим медичним персоналом;
- рівень, відсоток комплектації закладу охорони здоров'я штатних посад молодших медичних працівників з вищою освітою фізичними особами, в %;
- рівень співвідношення штатних посад лікарів та молодших медичних працівників з вищою освітою;
- загальний рівень фінансування закладу охорони здоров'я з розрахунку на одне амбулаторне звернення, в грн;
- відповідність приміщень закладу охорони здоров'я нормам ДСТУ;
- наявність у поліклініці необхідного опалення, холодного та гарячого водопостачання;
- забезпечення поліклінічного відділення необхідним для роботи обладнанням та медичними виробами відповідно до Табелю оснащення підрозділів амбулаторно-поліклінічних закладів, що затверджено МОЗ України.
- забезпечення обладнанням та засобами, потрібними для здійснення лабораторної діагностики відповідно до діючих клінічних протоколів, що затверджені МОЗ України для поліклінічних підрозділів;
- забезпечення променевою діагностикою з переліком досліджень згідно з клінічними протоколами, які затверджені МОЗ України для поліклінічних підрозділів;
- забезпечення ендоскопічною діагностикою з переліком досліджень згідно з клінічними протоколами, які затверджені МОЗ України для поліклінічних підрозділів;
- забезпечення функціональною діагностикою з переліком досліджень згідно з клінічними протоколами, які затверджені МОЗ України для поліклінічних підрозділів;
- наявність затвердженої системи наступності медичної допомоги, її рівнів надання та етапів;
- забезпечення поліклінічних структур персональними комп'ютерами з доступом до мережі Інтернет;

- доступність в роботі працівників поліклінічного відділення локальних клінічних протоколів для забезпечення їх роботи при поширених хворобах та станах;

- забезпечення поліклінічного закладу ліцензійним програмним забезпеченням та можливістю працівників закладу доступу до використання телеконсультативних систем.

Наступною групою є індикатори структури забезпечення якості надання стаціонарної медичної допомоги на вторинному рівні.

До таких показників-індикаторів відносять наступні показники:

- відповідність структури та можливостей стаціонарного лікування потребам хворих на певній території та встановленим нормативам і показникам розвитку хвороб серед населення;

- забезпечення закладу охорони здоров'я ліжком, тобто кількістю стаціонарних ліжок на 10000 населення;

- функціонування у закладі охорони здоров'я приймального відділення, підрозділу невідкладної медичної допомоги з необхідної відповідно до норм кількістю протишокових лікарняних ліжок, обладнаних необхідною апаратурою та забезпечення потрібними для екстреного надання допомоги медичними засобами, з забезпеченням цілодобової роботи медичного персоналу відповідної кваліфікації;

- формування штатного розпису закладу охорони здоров'я згідно з вимогами наказу МОЗ України від 23.02.2002 року №33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я»;

- забезпеченість, у %, закладу лікарським персоналом, відповідно до штатного розпису;

- забезпеченість, у %, закладу молодшим медичним персоналом з вищою освітою, відповідно до штатного розпису;

- дотримання норм чисельності лікарів та молодшого медичного персоналу з вищою освітою;

- рівень фінансового забезпечення закладів відповідно до кількості ліжок-днів, в грн, в тому числі витрат на закупівлю медичних засобів та забезпечення пацієнтів харчуванням;

- забезпечення медичного закладу необхідною кількістю площі приміщень відповідно до вимог ДСТУ;

- забезпечення стаціонарних відділень медичного закладу опаленням, централізованим холодним та гарячим водопостачанням і водовідведенням;

- забезпечення структурних підрозділів закладу охорони здоров'я необхідним медичним обладнанням та немедичними виробами, згідно з діючими нормативами оснащення медичних закладів, що затверджені МОЗ.

- забезпечення стаціонарних відділень закладу охорони здоров'я, палатами інтенсивної терапії з обладнанням штучної вентиляції легенів, дозаторами для введення лікарських засобів та апаратурою для моніторингу стану

пацієнтів з розрахунку не меншу ніж 10% від необхідної кількості ліжок;

- забезпечення закладу охорони здоров'я необхідним для його функціонування потрібним запасом лікарських засобів необхідних для здійснення інтенсивного лікування та наданням хворим невідкладної медичної допомоги відповідно до переліку, який затверджується головним лікарем закладу охорони здоров'я;

- наявність у закладі охорони здоров'я лабораторних підрозділів, які забезпечуватимуть проведення лабораторної діагностики, відповідно до переліку обов'язкових досліджень, наведеному у клінічних протоколах, що затверджені МОЗ та з наявною цілодобовою доступністю цих досліджень;

- наявність у закладі охорони здоров'я підрозділів, які забезпечуватимуть проведення променевої діагностики, відповідно до переліку обов'язкових досліджень наведеному у клінічних протоколах, що затверджені МОЗ та з наявною цілодобовою доступністю цих досліджень;

- наявність у закладі охорони здоров'я підрозділів, які забезпечуватимуть проведення ендоскопічної діагностики, відповідно до переліку обов'язкових досліджень, наведеному у клінічних протоколах, що затверджені МОЗ та з наявною цілодобовою доступністю цих досліджень;

- наявність у закладі охорони здоров'я підрозділів, які забезпечуватимуть проведення функціональної діагностики, відповідно до переліку обов'язкових досліджень наведеному у клінічних протоколах, що затверджені МОЗ та з наявною цілодобовою доступністю цих досліджень;

- сформованість системи наступності надання медичної допомоги за різними її етапами та рівнями;

- забезпечення відділень та фахівців персональними комп'ютерами з доступом до мережі Інтернет.

- доступність в роботі працівників стаціонарних відділень локальних клінічних протоколів для забезпечення їх роботи при поширених хворобах та станах;

- забезпечення лікарні ліцензійним програмним забезпеченням та можливістю працівників закладу доступу до використання телеконсультативних систем;

- сформованість відпрацьованої системи умов госпіталізації пацієнтів, які вимагають надання їм інтенсивної медичної допомоги, а також в умовах надходження значної чисельності хворих та постраждалих.

6.5. Впровадження системи показників- індикаторів аналізу та оцінювання процесу забезпечення якості надання медичної допомоги

Основними індикаторами, які використовуються за для ідентифікації аналізу та оцінки процесу забезпечення якості надання медичної допомоги на первинному рівні надання медичної допомоги прийнято визначати наступні індикатори:

- обсяг звернень хворих до ПМСД у розрахунку на одного жителя;
- доля звернень до ПМСД з метою профілактики, у відсотках до загально-го обсягу звернень;
- доля звернень дітей до ПМСД, у відсотках до загального обсягу звер-нень;
- доля пацієнтів, поставлених на диспансерний облік за основними нозо-логіями, у відсотках до загальної чисельності хворих;
- доля пацієнтів, які проходять різні етапи реабілітації та відновлення або антирецидивного лікування у відсотках до загальної чисельності пацієнтів, які знаходяться на диспансерному обліку;
- доля пацієнтів, які охоплені цільовими профілактичними оглядами за для діагностування на ранніх стадіях прояву таких хворих, як: туберкульоз; цукровий діабет; онкологічні захворювання; гіпертонія; глаукома та інші;
- показники вакцинації населення у відсотках до загальної чисельності населення, яке підлягає плановій вакцинації;
- чисельність пацієнтів, яка була пролікованою на денному та домашньо-му стаціонарах;
- частка населення, охопленого заходами з поширення здорового способу життя та навчанням щодо гігієни в відсотках до загальної чисельності насе-лення;

Основними індикаторами які використовуються за для ідентифікації, аналізу та оцінки процесу забезпечення якості надання медичної допомоги на вторинному рівні надання медичної допомоги прийнято визначати наступні індикатори:

Індикаторами процесу забезпечення якості медичної допомоги на вторинному рівні при наданні амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги є:

- функціональні обов'язки посади лікаря амбулаторно-поліклінічного підрозділу медичного закладу;
- доля звернень пацієнтів з профілактичною метою до загальної кількості звернень;
- доля звернень пацієнтів з направленнями від ЛЗП-СЛ у відсотках до за-гальної чисельності звернень пацієнтів;
- доля пацієнтів, які були поставлені на диспансерний облік у відсотках до загальної чисельності хворих, які були зареєстрованими за цей же період часу;
- доля пацієнтів, що пройшли профілактичні огляди та консультації у від-

сотках до загальної кількості хворих, що знаходяться на диспансерному обліку за основними назологіями;

- доля пацієнтів, які проходять різні етапи реабілітації та відновлення або антирецидивного лікування у відсотках до загальної чисельності пацієнтів, які знаходяться на диспансерному обліку.

З метою визначення якості надання медичної допомоги доцільним та необхідним є проведення експертного оцінювання карт амбулаторних пацієнтів з дефектами, які можуть бути виявленими, при цьому є наступні дефекти: невідповідність здійснених обстежень пацієнта, невідповідність ведення медичної документації, використання неадекватності стану пацієнта лікарської практики, порушення норм конфіденційності інформації про стан та хвороби пацієнтів, порушення прав пацієнтів, порушення санітарно-протиепідемічного режиму та інші.

На вторинному рівні надання медичної допомоги населенню індикаторами процесу забезпечення якості на рівні стаціонарних підрозділів можуть виступати такі показники, як: показники використання ліжкового фонду: рівень госпіталізації – який визначається як чисельність госпіталізованих осіб на 10000 населення.

Здійснюючи аналіз та оцінку показників госпіталізації населення досліджують показники: частки обгрунтовано госпіталізованих; частки частково обгрунтованих госпіталізованих, які могли б пройти лікування, в тому числі на денних та домашніх стаціонарах; частки пацієнтів, доля та чисельність госпіталізованих в непрофільні підрозділи медичного закладу; доля та чисельність госпіталізованих з метою отримання медико-соціальної допомоги та інші.

Показники використання ліжкового фонду – визначаються як відношення чисельності проведених у стаціонарних відділеннях лікарень ліжко-днів до середньорічної чисельності ліжок у відповідних відділеннях закладу. Добуток цього показника на загальну чисельність днів роботи закладу дозволяє охарактеризувати його пропускну спроможність.

Показники обороту лікарняного ліжка – визначаються як середня кількість хворих, які пройшли курс лікування на одному ліжку за рік. Обчислюється як відношення кількості вибулих із стаціонару хворих на середньорічну кількість ліжок у лікарні.

Показники зайнятості лікарняного ліжка – визначаються як середня кількість днів протягом яких ліжко було зайнятим, на рік, показник розраховується як загалом по стаціонарах та відділеннях, як відношення ліжко-днів, які були проведені пацієнтами в стаціонарі на протязі року до середньої чисельності ліжок.

Показник середньої тривалості перебування пацієнтів на стаціонарному лікуванні – розраховується як відношення чисельності проведених хворими у стаціонарах ліжко-днів до загальної чисельності пацієнтів що вибули, з вибули

зі стаціонарного лікування. Під час дослідження часу перебування пацієнтів на стаціонарному лікуванні аналізуються показники необгрунтованого знаходження пацієнтів в стаціонарних відділеннях. До таких термінів відносять перебування хворих у стаціонарному відділенні пацієнтів що були госпіталізовані до моменту проходження лікування чи оперативного втручання, а також часові проміжки після надання оперативної допомоги та лікування, оскільки в цей час пацієнти можуть проходити подальше лікування поза межами стаціонару в умовах денного чи домашнього стаціонару.

Показник середньої тривалості лікування хворого за тяжкою чи іншою нозологічною формою хвороби визначається як відношення середньої чисельності ліжко-днів, проведених хворим на стаціонарному лікуванні за певною нозологією, які були виписані зі стаціонару.

Зазначені показники визначаються загалом за стаціонарним лікуванням загалом за кожним із стаціонарних відділень та за окремими захворюваннями, що вимагають проведення стаціонарного лікування.

Так, одним із показників що визначаються є розподіл пацієнтів за частотою часу перебування в стаціонарі, що визначається як відношення чисельності пацієнтів за відповідною нозологічною формою, які пройшли лікування у стаціонарах за певний період часу t , до чисельності пацієнтів з тією ж нозологією, які були виписаними зі стаціонарного лікування. Практично t : 1 – 3 дні; 4 – 7; 8 – 14; 15 – 30; більше 30 днів.

Наступним показником є показник частки побічного впливу лікарських засобів, що визначається як відношення чисельності проявів побічної дії до чисельності хворих, що вибули зі стаціонарного лікування.

Показник хірургічної активності стаціонарного лікування визначається як відношення чисельності хворих, яким було проведено операційні втручання у стаціонарі, до чисельності хворих які вибули зі стаціонарного лікування.

Також визначається показник питомої частки проведених планових операційних втручань у загальній кількості здійснених загалом хірургічних втручань.

Показник частоти патологоанатомічних розтинів визначається як відношення чисельності здійснених за період патологоанатомічних розтинів до кількості померлих у стаціонарних відділеннях хворих.

Новими інноваційними індикаторами оцінювання процесів забезпечення якості надання медичної допомоги у стаціонарі є: показник відповідності наданої пацієнтам медичної допомоги за термінами здійснення діагностування та лікування пацієнтів медичним стандартам, затвердженим через клінічні протоколи.

Цей аналіз здійснюється згідно до нозологічних одиниць, класифікації захворювань відповідно до МКХ-10, як в окремих відділеннях, підрозділах так і загалом по медичному закладу.

Невід'ємною складовою організації роботи закладу охорони здоров'я

та забезпечення зростання якості надання медичної допомоги населенню є здійснення контролю над наданням медичної допомоги, медичних послуг працівниками закладу. Це обумовлює необхідність розбудови і формування в закладі охорони здоров'я системи контролю якості надання медичних послуг та обслуговування пацієнтів.

Процеси надання медичних послуг пацієнтам повинні проводитися згідно із нормативною директивною документацією МОН України та іншої відповідної документації, яка містить нормативний регламентуючий та розпорядчий характер та визначає і регламентує засади зміни надання медичної допомоги на рівні первинної, вторинної та третинної ланки надання медичної допомоги населенню.

Заклад охорони здоров'я повинен здійснювати надання медичної допомоги відповідно до вимог населення та згідно наданої йому ліцензії, а також відповідно до діючих в сфері охорони здоров'я норм та регламентів. Під час надання медичної допомоги пацієнтам всі дії відповідальних виконавців регламентуються внутрішніми та зовнішніми регламентами, а обов'язки виконавців документально визначені та закріплені. До інформації що регламентується можна віднести: інформацію про характеристику медичних послуг, що надаються пацієнтам закладу охорони здоров'я; розробку та застосування робочих інструкцій персоналу, та іншої внутрішньої нормативної документації; забезпечення утримання в належному справному технічному стані медичного обладнання та приладів, які потрібні для здійснення діагностики та надання відповідних медичних послуг лікувального характеру; наявність та ефективність обладнання та приладів, що можуть використовуватися з метою виявлення фактичного стану та здійснення моніторингу стану пацієнтів; проведення дій щодо тривалого спостереження за хворими; наявності в закладі охорони здоров'я спеціалістів відповідної кваліфікації, необхідної для надання медичної допомоги відповідних профілів.

6.6. Організація та впровадження аудиту кадрових ризиків в роботі медичних закладів

Головною метою роботи медичного закладу є надання якісної медичної допомоги, яка повинна та має бути ефективною, своєчасною, безпечною. За дослідженнями науковців якість надання медичної допомоги загалом може визначатися такими характеристиками, як структурні характеристики що визначається структурними показниками, такими як якість кадрових, фінансових, матеріально-технічних ресурсів, технологічними показниками які характеризуються відповідністю технологій які використовуються для надання медичних послуг, медичної допомоги . Технологічність та інноваційність цих медичних послуг та результативні показники, які відображають результати функціонування закладу охорони здоров'я за результатами його функціонування, а саме за показниками обсягів надання медичної допомоги, кількості осіб що отримала допомогу, осіб що одужали та інших показників медичної, соціальної та економічної результативності. Серед наведених показників найбільш вагомим вважається саме структурний компонент. Так за дослідженням науковців вплив структурних чинників на якість медичних послуг є вищою ніж середня оцінка впливу технологічних чинників. Таким чином, ефективність використання ресурсів закладом охорони здоров'я в сучасних умовах є головною умовою того, що заклад буде функціонувати за високим рівнем якості та дасть високий результат надання медичної допомоги населенню.

Розглядаючи вплив структурного компоненту за окремими ресурсами слід зазначити, що найбільший вплив тут мають безпосередньо кадрові ресурси, оскільки якість медичної допомоги загалом визначається як результат процесу взаємодії між лікарем та хворим та визначається фаховими характеристиками лікаря, його компетентністю, досвідом та спроможністю використовувати необхідні медичні технології, з метою надання якісної та своєчасної медичної допомоги пацієнту і зменшувати ризики для його життя та здоров'я, пов'язані із розвитком чи наявністю проблем зі здоров'ям, розвитком патологій. Оптимальність надання медичної допомоги обумовлюється фаховістю лікаря, що лікує пацієнта, а ця оптимальність і визначає якість, з якою це лікування відбувається та тим, якими є наслідки цього лікування, його результат для життя та здоров'я пацієнта. При цьому, оптимальність, відповідність та якість самого кадрового ресурсу, який визначає оптимальність використання і інших ресурсів, таких як медичні технології, медичне обладнання, і врешті фінансові матеріальні ресурси.

На якість надання медичної допомоги безпосередньо впливають якісний і кількісний склад кадрових ресурсів та ефективність процесів управління цими ресурсами. При цьому якість управління кадровими ресурсам включає перелік показників, таких як набір медичного персоналу, його адаптація до

робочого місця, визначення обов'язків, налагодження комунікацій та співпраці персоналу, організація і координація дій, впровадження ефективних систем мотивації, стимулювання персоналу, формування організаційної культури та дотримання позитивного психологічного клімату у колективі, забезпечення можливості кар'єрного зростання персоналу та забезпечення безперервного навчання персоналу.

Водночас, кадрові ресурси персоналу закладу охорони здоров'я, його діяльність є одним із джерел виникнення та дії ризиків в роботі, що можуть мати загалом негативні наслідки та негативно впливати на якість роботи закладу охорони здоров'я загалом. Найбільш впливовими негативними факторами, що впливають на загальний рівень якості роботи закладу охорони здоров'я є недостатня кваліфікованість персоналу, неуважне поверхове ставлення до пацієнтів та їх проблем, відсутність досвіду та кваліфікації, необхідних для вирішення поставлених задач, поверхове ставлення до своєї роботи. Крім цього, значно впливають на якість процесів надання медичної допомоги недоліки в організуванні процесу обстеження та лікувального процесу. За дослідженням науковців, більше 60,8% медичних помилок в лікуванні пацієнтів, які становлять небезпеку для життя і здоров'я хворих обумовлені неефективною, некваліфікованою роботою медичного персоналу. Тому доцільним та актуальним в функціонуванні закладів охорони здоров'я є впровадження аудиту кадрових ризиків в роботі медичних закладів. Для здійснення такого аудиту необхідною є методика його проведення, а також розроблені показники-індикатори, які дадуть можливість здійснити відповідний аналіз та оцінювання.

Впроцесі аудиту для здійснення відповідного оцінювання використовується метод експертної оцінки. Метою аудиту кадрових ризиків і діяльності закладу охорони здоров'я є оцінка стану кадрових ресурсів, їх результативності та оцінка ризиків, пов'язаних із роботою персоналу закладу охорони здоров'я.

Видами здійснення такого аудиту відповідно до методологічних рекомендацій є плановий аудит, який є щорічною оцінкою результативності роботи кадрових ресурсів закладу охорони здоров'я; позаплановий аудит, який здійснюється для позапланового термінового оцінювання та аналізу показників-індикаторів роботи кадрових ресурсів персоналу закладу охорони здоров'я в випадку, коли ключові показники його роботи за даними моніторингу роботи закладу охорони здоров'я починають погіршуватися. Ключовими показниками-індикаторами, які будуть свідчити про необхідність здійснення позапланового аудиту є зростання плинності кадрів більше ніж на 5%, показник укомплектованості кадрів менше 70%; зростання долі персоналу, що незадоволені своєю роботою в закладі до 30%; та незадоволених оплатою праці в закладі до 70 %; зростання долі пацієнтів що лишаються незадоволеними якістю отриманих медичних послуг до 30%; а також зростання допущених персоналом помилок та показників кількості отриманих скарг від пацієнтів.

Загалом, внутрішній аудит закладу охорони здоров'я здійснюється безпосередньо працівниками закладу охорони здоров'я, що призначаються на виконання цієї роботи за наказом чи розпорядженням адміністрації закладу охорони здоров'я. Зовнішній або незалежний аудит здійснюється працівниками аудиторських компаній, з якими заклад охорони здоров'я укладає договір на здійснення такого аудиту. За результатами аудиту керівник закладу охорони здоров'я отримує письмовий звіт з визначеними показниками, оцінкою та аналізом результатів.

Завданнями аудиту якості роботи кадрових ресурсів можна визначити наступні завдання:

1. Здійснити оцінку якості роботи кадрових ресурсів всього закладу та окремих підрозділів медичного закладу.
2. Здійснити оцінювання стану та результативності системи управління закладу та окремих підрозділів медичного закладу.
3. Розробити рекомендації та пропозиції для усунення і зменшення дії негативних факторів на кадрове забезпечення закладу охорони здоров'я;
4. Розробити рекомендації та пропозиції щодо покращення якості роботи кадрових ресурсів всього закладу та окремих підрозділів медичного закладу.

Етапами аудиту якості роботи кадрових ресурсів всього закладу та окремих підрозділів медичного закладу слід зазначити наступні етапи: етап підготовки до проведення аудиту, етап збору необхідної документальної інформації, здійснення, оброблення, аналізу та оцінки інформації, з проведенням відповідних розрахунків, здійснення і узагальнення результатів аудиту з проведенням аналітичної роботи щодо аналізу отриманих результатів, формування пропозицій з метою подальшого покращення якості роботи кадрових ресурсів всього закладу та окремих підрозділів медичного закладу.

6.7. Алгоритм проведення аудиту якості роботи кадрових ресурсів всього закладу та окремих підрозділів медичного закладу

Алгоритм проведення аудиту якості роботи кадрових ресурсів всього закладу та окремих підрозділів медичного закладу та складові алгоритму проведення аудиту якості роботи кадрових ресурсів всього закладу та окремих підрозділів медичного закладу представлені на рис 6.2 та рис. 6.3.

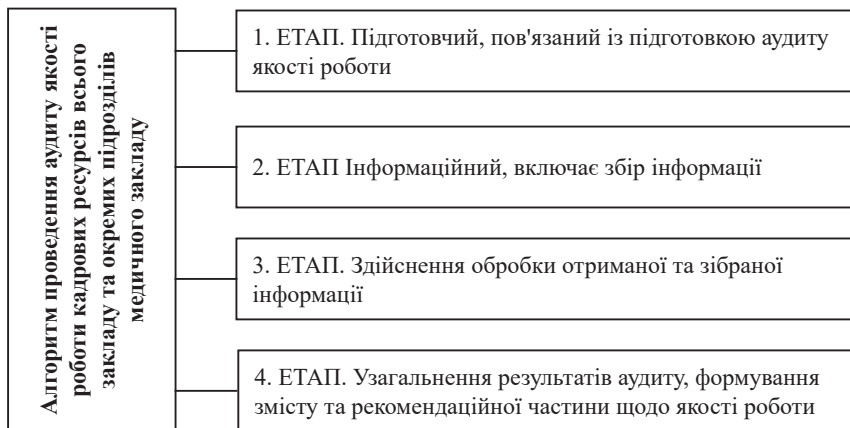


Рис. 6.2. Алгоритм проведення аудиту якості роботи кадрових ресурсів всього закладу та окремих підрозділів медичного закладу

Джерело: сформовано авторами

1 ЕТАП. Підготовчий, пов'язаний із підготовкою аудиту якості роботи кадрових ресурсів, включає:

1. Визначення мети аудиту якості роботи кадрових ресурсів.
2. Визначення рівня проведення аудиту якості роботи кадрових ресурсів (заклад/підрозділ).

3. Створення команди аудиторів якості роботи кадрових ресурсів (для здійснення внутрішнього внутрішнього аудиту).

4. Підготовка наказу про проведення аудиторської перевірки якості роботи кадрових ресурсів всього закладу та окремих підрозділів медичного закладу (із визначенням складу аудиторських груп та їх керівника, а також терміни проведення аудиту та підрозділів в яких буде здійснено внутрішній аудит).

5. Проведення інструктажу аудиторів якості роботи кадрових ресурсів всього закладу та окремих підрозділів медичного закладу (для здійснення внутрішнього аудиту).

6. Формування системи мотивування заохочення роботи аудиторів (для здійснення внутрішнього аудиту).

7. Розроблення плану проведення аудиту.

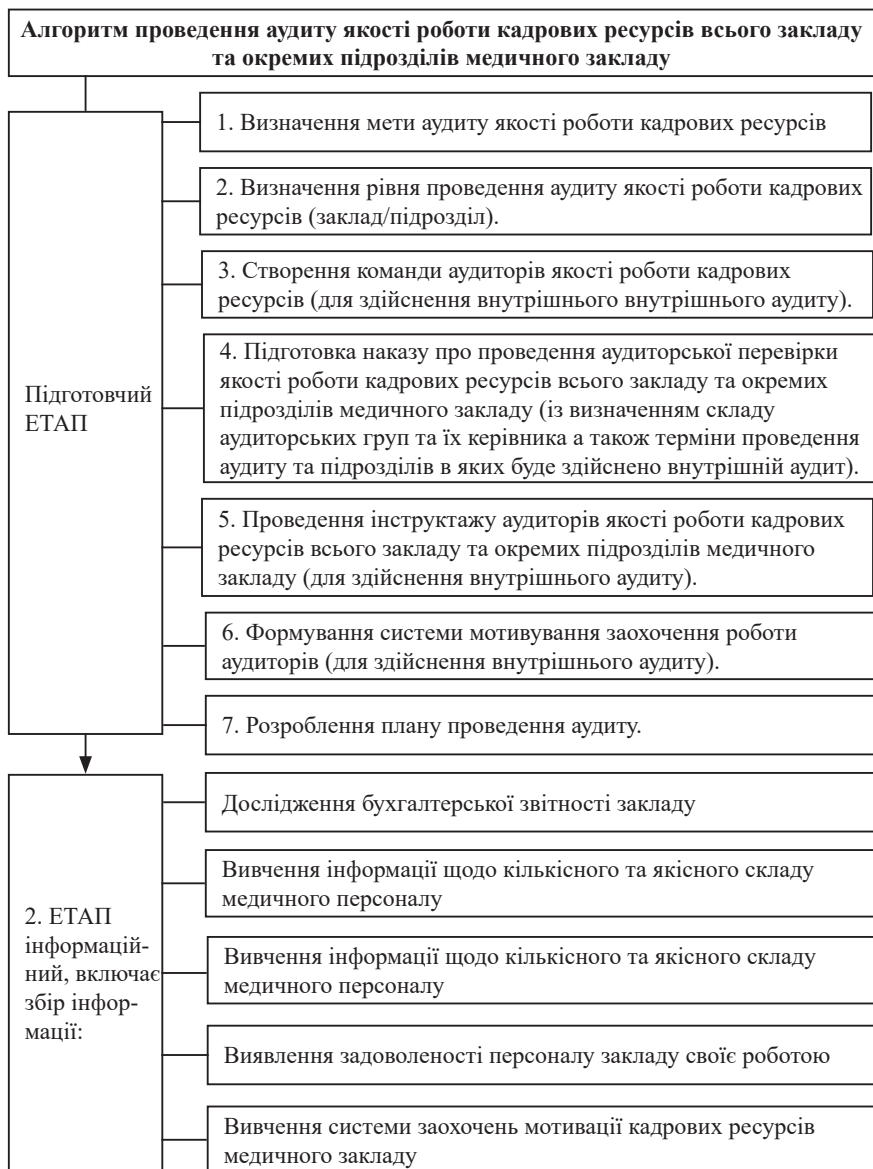


Рис.6.3. Складові алгоритму проведення аудиту якості роботи кадрових ресурсів всього закладу та окремих підрозділів медичного закладу

Джерело: сформовано авторами

2 ЕТАП - інформаційний, включає збір інформації:

1. Дослідження бухгалтерської звітності закладу охорони здоров'я (показники середньої зарплати, показник частка преміювання, показник частоти преміювання працівників).

2. Вивчення інформації щодо кількісного та якісного складу медичного персоналу (показники віку, стажу працівників, кваліфікації працівників).

3. Проведення експертного оцінювання профілю кадрових ресурсів (з використання методу експертного оцінювання).

4. Виявлення задоволеності персоналу закладу своєю роботою.

5. Виявлення задоволеності хворих які отримували медичну допомогу в закладі.

6. Вивчення системи заохочень мотивації кадрових ресурсів медичного закладу.

7. Виявлення стилю прийняття управлінських рішень якого дотримується керівник закладу охорони здоров'я.

8. Визначення характеристик керівника (метод Г. Шмишека).

9. Виявлення типів міжособистісних відносин керівника (метод Л.Н. Собчик).

10. Виявлення точок локус-контролю керівника (метод J. M. Burger).

11. Діагностика професійного вигорання керівника (метод В. Бойка).

12. Методика оцінювання емоційного інтелекту (метод Н. Холла).

13. Вивчення соціально-психологічного самооцінювання працівників (метод Р. Немова).

14. Діагностика стану професійного вигорання персоналу закладу (метод В. Бойка).

15. Систематизація наявних мотиваційних типів медичного персоналу (метод В.І. Герчікова).

16. Розгляд скарг пацієнтів на якість медичних послуг та працівників закладу.

17. Виявлення долі пацієнтів, які лишилися задоволені роботою персоналу та якістю наданої допомоги.

18. Дослідження облікової документації та здійснення аналізування медичних помилок.

3 ЕТАП. Здійснення обробки отриманої та зібраної інформації.

І. Розрахунок значень показників- індикаторів якості роботи кадрових ресурсів у закладі та відділеннях:

1. Плинність кадрів та укомплектованість кадрових ресурсів закладу.

2. Наявність та статистика причин звільнень працівників.

3. Наявність та частка матеріального стимулювання в загальній системі стимулювання мотивування роботи персоналу; доля медичного персоналу закладу який задоволений змістом роботи; доля медичного персоналу закладу який задоволений оплатою праці; порівняння оплати праці персоналу закладу

з середнім рівнем оплати праці в сфері охорони здоров'я.

4. Наявність лікарів які працюють не за спеціальністю та без кваліфікаційних сертифікатів, категорій, а також медичних працівників, що не проходили курси підвищення кваліфікації більше 5 років.

5. Співвідношення чисельності розпоряджень про дисциплінарні стягнення до розпоряджень про преміювання; наявність порівняння виконаних завдань та їх результатів з запланованими; дієвість зворотного зв'язку при виконання ухвалених керівництвом рішень.

6. Загальний стаж роботи керівника, його особиста кваліфікація, стиль за яким він приймає управлінські рішення, формування певного типу міжособистісних відносин, присутність наявності у керівника синдрому професійного вигорання.

7. Оцінювання показників психологічного клімату в закладі, наскільки присутні критерії співпраці та взаєморозуміння в колективі.

8. Оцінка особистих якостей критеріїв працівників, таких як кваліфікація, стаж роботи, вік, а також можлива присутність синдрому робочого вигорання, визначення типів мотивації, які спонукають працівників до праці.

4 ЕТАП. Узагальнення результатів аудиту, формування змісту та рекомендаційної частини щодо якості роботи кадрових ресурсів всього закладу та окремих підрозділів медичного закладу.

II. Розрахунок значень індикаторів оцінювання в балах.

1. Загальне оцінювання якості роботи кадрових ресурсів закладу охорони здоров'я в балах.

2. Оцінювання рівня якості роботи кадрових ресурсів закладу охорони здоров'я за сумою балів.

3. Порівнювання індикаторів якості роботи кадрових ресурсів закладу охорони здоров'я з результатами попереднього аудиту.

4. Виявлення факторів, що призвели до відхилення результатів проведеного аудиту якості роботи кадрових ресурсів закладу охорони здоров'я від результатів попереднього аудиту.

5. Формування аудиторського звіту та висновків.

6. Узагальнення та викладення пропозицій із забезпечення зростання якості роботи кадрових ресурсів закладу охорони здоров'я.

Невід'ємною складовою такого аудиту якості роботи кадрових ресурсів закладу охорони здоров'я є визначення безпосередньо складових індикаторів оцінювання, що можуть використовуватися для оцінки якості роботи кадрових ресурсів закладу охорони здоров'я.

1. Група. Показники якості управлінської діяльності:

1. Ефективність процесу набору персоналу.

1.1. Плинність кадрів.

1.2. Наявність звільнень за прогул та інші порушення.

1.3. Наявність звільнень через невідповідність займаний посаді.

- 1.4. Наявність звільнень на першому році роботи.
2. Показники кадрової діяльності.
 - 2.1. Наявність ефективної системи мотивації в закладі.
 - 2.2. Наявність системи заохочень в колективі.
 - 2.3. Задоволеності персоналу роботою в закладі.
 - 2.4. Рівень середньої зарплати у медичного персоналу.
 - 2.5. Порівняння середньої оплати праці зарплати персоналу закладу з середньою по галузі.
 - 2.6. Доля персоналу, задоволеного роботою в закладі.
 - 2.7. Доля персоналу, задоволеного зарплатою в закладі.
3. Ефективність впровадження процесів системи безперервного навчання.
 - 3.1. Відповідність кваліфікації працівників посаді, яку вони займають посаді (наявність категорій, кваліфікації, сертифікатів, тощо).
 - 3.2. Проходження працівниками закладу курсів підвищення кваліфікації.
 - 3.3. Наявність системи підвищення кваліфікації працівників у закладі.
 - 3.4. Наявність лікарів, які працюють не маючи сертифікатів за визначеною спеціальністю.
 - 3.5. Наявність лікарів, які не мають відповідної кваліфікаційної категорії.
 - 3.6. Наявність лікарів, які не підвищували свій фаховий рівень більше 5 років.
 - 3.7. Наявність плану щодо підвищення кваліфікації працівників.
4. Ефективність функціонування системи контролю в управлінні персоналом.
 - 4.1. Наявність наказів про дисциплінарні стягнення, чи наказів про заохочення персоналу закладу.
 - 4.2. Стан трудової дисципліни у закладі.
 - 4.3. Наявність сформованої системи моніторингу роботи закладу.
 - 4.4. Співвідношення чисельності наказів про штрафи до наказів про заохочення.
 - 4.5. Порівняння впроваджених дій і результатів з запланованими.
 - 4.6. Наявність зворотного зв'язку між підрозділами і виконавцями та адміністрацією.
 5. Аналіз управлінської компетентності.
 - 5.1. Наявність документів, які підтверджують компетентність працівників.
 - 5.2. Наявність у керівників відповідної кваліфікаційної категорії зі спеціальності «Організація і управління охороною здоров'я».
 - 5.3. Відповідність стилю ухвалення управлінських рішень.
 - 5.4. Достатність досвіду для прийняття відповідних управлінських рішень.
 - 5.5. Наявність стажу роботи на керівній посаді менше ніж 1 рік.
 - 5.6. Наявність стажу роботи на керівній посаді від 1 до 3 років.
 - 5.7. Перебування керівників на одній керівній посаді в закладі більше 10 років.

- 5.8. Наявність у керівників лідерських якостей.
- 5.9. Присутність ознак синдрому професійного вигорання у керівників.
- 6. Укомплектованість кадровими ресурсами закладу охорони здоров'я.
- 6.1. Аналіз кількісного складу працівників закладу та відповідність наявному штатному розкладу.
- 6.2. Присутність сприятливого соціально-психологічного клімату в колективі.
- 6.3. Вивчення соціально-психологічної самооцінки у колективі.
- 6.4. Рівень згуртованості працівників.
- 6.5. Рівень соціальної підтримки працівників в колективі
- 7. Оцінка задоволеності персоналу роботою в медичному закладі.
- 7.1. Частка персоналу, що відчуває соціальну підтримку в колективі.
- 7.2. Присутність лояльності працівників медичному закладу, в якому вони працюють.
- 8. Оцінка компетентності медичного персоналу закладу охорони здоров'я.
- 8.1. Наявність досвіду у лікарів та медичних сестер.
- 8.2. Наявність лікарів, які працюють у закладі маючи стаж роботи < 1 року.
- 8.3. Наявність медичних сестер, які працюють у закладі маючи стаж роботи < 1 року.
- 8.4. Наявність лікарів, що не мають сертифіката за посадою спеціаліста із спеціальності яку займають.
- 8.5. Присутність лікарів, які працюють більше 5 років та не мають відповідної кваліфікаційної категорії.
- 8.6. Присутність лікарів, які не підвищували свою фаховість більше, ніж 5 років.
- 8.7. Середній вік лікарів та середнього медичного персоналу.
- 8.8. Частка лікарів, що досягли пенсійного віку.
- 8.9. Частка медичних сестер, що досягли пенсійного віку.
- 8.10. Наявність синдрому професійного вигорання у медичних працівників.
- 8.11. Особливості мотиваційних типів лікарів та медичних сестер.
- 8.12. Виявлення головних мотиваційних типів у медичного персоналу закладу.

Узагальнюючи наявні показники оцінювання аудиту якості роботи кадрових ресурсів закладу охорони здоров'я, слід зазначити, що здійснення такого аудиту дасть можливість виявити слабкі вузькі місця в роботі закладу охорони здоров'я з низькою якістю та здійснювати покращення якості роботи за світовим принципом, виправляючи і покращуючи діяльність за окремими складовими та напрямками, що загалом призведе до зростання якості роботи кадрових ресурсів закладу охорони здоров'я і відповідно призведе до зростання якості надання медичної допомоги населенню.

Запитання для перевірки знань та самопідготовки:

1. Розкрийте концептуальні методичні засади впровадження внутрішнього аудиту контролю якості роботи закладу охорони здоров'я.
2. Наведіть класифікацію видів внутрішнього аудиту.
3. Опишіть етапи проведення внутрішнього аудиту якості роботи закладу охорони здоров'я.
4. Обґрунтуйте систему показників-індикаторів здійснення внутрішнього аудиту забезпечення якості медичної допомоги у закладі охорони здоров'я.
5. Опишіть механізми впровадження системи показників-індикаторів аналізу та оцінювання процесу забезпечення якості надання медичної допомоги.
6. Опишіть організацію та впровадження аудиту кадрових ризиків в роботі медичних закладів.
7. Опишіть мету здійснення клінічного аудиту медичного закладу.
8. Наведіть алгоритм проведення аудиту якості роботи кадрових ресурсів всього закладу та окремих підрозділів медичного закладу.
9. Визначте головні завдання в проведенні внутрішнього аудиту.
10. Опишіть мету впровадження внутрішнього аудиту роботи медичного закладу.
11. Наведіть класифікацію та види внутрішнього аудиту.
12. Охарактеризуйте аудит забезпечення закладу охорони здоров'я кадровими ресурсами.
13. Опишіть сутність та складові аудиту структури.
14. Опишіть сутність та складові аудиту процесу.
15. Опишіть сутність та складові аудиту результату.
16. Опишіть сутність особливості та складові фінансово-економічного аудиту.
17. Охарактеризуйте аудит забезпечення закладу охорони здоров'я кадровими ресурсами.
18. Охарактеризуйте аудит матеріального забезпечення.
19. Надайте характеристику аудиту медичної документації закладу охорони здоров'я.
20. Опишіть клінічний аудит як процес покращення якості надання медичних послуг.
21. Що досліджує технологічний аудит, або аудит маршруту пацієнта?
22. Що є критерієм проведення технологічного аудиту?
23. За допомогою чого здійснюється аудит стану здоров'я пацієнтів.
24. Опишіть етапи проведення внутрішнього аудиту якості роботи закладу охорони здоров'я.

Список літератури до розділу:

1. Воронцова К. Права суб'єктів інтелектуальної власності на традиційні знання у сфері охорони здоров'я. Теорія і практика інтелектуальної власності. 2014. № 6. С. 21-31.
2. Воронцова Т.В. Основи здоров'я. К.: Алатон, 2008. 160 с.
3. Ворсовський О. Л. Фінансовий потенціал підприємств, основним видом діяльності яких є охорона здоров'я та надання соціальної допомоги. Економіка та держава. 2016. № 7. С. 44-47.
4. Герасимчук Н. А. Правовий статус суб'єктів господарювання, які проводять господарську діяльність з медичної практики у сфері охорони здоров'я. Медичне право. 2018. № 2. С. 9-24.
5. Гладун З. Зміст та особливості адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я населення. Право України. 2013. № 10. С. 241-249.
6. Грін О. Загальне медичне право. Ужгород: Вид-во ФОП Сабов А.М. 2017. 208 с.
7. Грот В. Інвестування в охорону здоров'я. К.: Києво-Могилянська академія, 2004. 46 с.
8. Двірська О.В. Медіація у сфері охорони здоров'я - правові проблеми та перспективи розвитку. Правничий вісник Університету КРОК. 2015. Вип. 21. С. 123-129.
9. Дешко Л. Конституційно-правові гарантії прав людини і основоположних свобод у сфері охорони здоров'я. Право України. 2011. № 11/12. С. 53-61.
10. Дмитрук О. Ю. Спортивно-оздоровчий туризм. К.: Альтерпрес, 2008. 280 с.
11. Єфименко Т.І. Модернізація фінансової системи України в процесі євроінтеграції. К.: Акад. фін. управління, 2014. 784 с.

РОЗДІЛ 7.

ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОЦЕСІВ ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ РОБОТИ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Ключові питання розділу:

7.1. Впровадження концепції інформатизації закладів охорони здоров'я

7.2. Організація контролю зовнішньої та внутрішньої інформації закладу охорони здоров'я

7.3. Впровадження інформаційних технологій для забезпечення контролю якості роботи закладу охорони здоров'я

7.1. Впровадження концепції інформатизації закладів охорони здоров'я

Сучасними тенденціями світового розвитку закладів охорони здоров'я є зростання якості їх функціонування та впровадження засобів та технологій що давали б можливість ефективного використання ресурсів. Кадрове забезпечення закладів охорони здоров'я останнім часом значно зменшується, а попит на медичні кадри високої якості навпаки зростають, це призводить до необхідно найбільш ефективно та раціонально розподіляти та управляти кадровими ресурсами закладів охорони здоров'я. Водночас значно зростають проблеми в кадровому забезпеченні та наданні відповідної та якісної медичної допомоги з використанням телекомунікаційних технологій.

Потужний активний розвиток інформаційних телекомунікаційних технологій ІКТ має чіткі напрями розвитку такі як створення великих баз даних, штучний інтелект. В провідних країнах світу переваги надаються тим напрямам які дадуть можливість активно застосовувати інформаційні телекомунікаційні технології в роботі закладів охорони здоров'я.

Впровадження інформаційних телекомунікаційних технологій закладів охорони здоров'я здатне забезпечити як індивідуальне медичне обслуговування пацієнтів так і змінити процеси управління закладами охорони здоров'я на всіх рівнях. Таким чином медична інформатика стає потужним напрямом який здатен створити технічні та технологічні умови для інформатизації роботи закладів охорони здоров'я.

Проте впровадження інформатизації медичних закладів як на рівні всієї сфери охорони здоров'я так і на рівні окремих структур потребує здійснення планування та планового стратегічно зорієнтованого впровадження інформаційних медичних систем здатних не лише забезпечити зростання ефективності функціонування окремих закладів охорони здоров'я, але й створити передумови та техніко-технологічні можливості для формування єдиної загальної інформаційної системи країни з рівним доступом до неї, а також внесення збереження та використання медичної інформації всіх закладів

охорони здоров'я. Для здійснення таких дій потрібні значні обсяги інвестицій та інноваційних розробок в тому числі і в сфері програмного забезпечення призначеного для розвитку закладів охорони здоров'я.

Відповідно до розробленої Концепції інформатизації сфери охорони здоров'я основними плановими напрямками спрямованими на реалізацію довгострокових цілей інформатизації розвитку закладів охорони здоров'я є:

- забезпечення зростання доступності медичної допомоги та медичних послуг;

- управління якістю та ефективністю роботи закладів охорони здоров'я.

Водночас, слід зазначити, що Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) та Міжнародний союз електрозв'язку (МСЕ) визначили необхідність та пріоритетність розвитку та впровадження інформаційних телекомунікаційних технологій в сфері охорони здоров'я, а також необхідність взаємодії та співпраці в цьому напрямі національних медичних систем всіх країн світу і водночас розробляти та впроваджувати власні національні стратегії інформатизації сфери охорони здоров'я.

На даний час вітчизняні заклади охорони здоров'я знаходяться на перших етапах формування та впровадження інформаційних систем проте ці перші кроки мають будуватися планово, поступово та з дотриманням відповідної стратегії, що обумовлено як комплексністю системністю та складністю задач які будуть в майбутньому вирішувати інформаційні системи закладів охорони здоров'я так і значним витратами які необхідні для інвестування в процеси інформатизації закладів охорони здоров'я.

Зважаючи на доцільність та необхідність впровадження таких медичних інформаційних систем в роботі сучасного закладу медицини вважаємо за необхідність та доцільність провадження та поступової розбудови таких систем в Клініці естетичної медицини яка розглядається в цьому дослідженні.

На сучасному етапі впровадження інформаційних систем стоїть перелік завдань та проблем які повинні бути вирішені для забезпечення подальшого розвитку цього напрямку. Такими завданнями є:

1. Забезпечення сумісності існуючих медичних інформаційних систем, що застосовуються закладами охорони здоров'я.

2. Впровадження єдиного унікального ідентифікатора для введення даних пацієнтів закладів охорони здоров'я.

3. Розбудова інформаційної інфраструктури та налагодження обміну інформацією та взаємодії між загальнодержавними реєстрами.

4. Удосконалення реєстрів, баз даних їх використанням та доступом до них.

5. Зростання чисельності фахівців як можуть здійснювати роботи з автоматизації медичних систем розробки та впровадження програмного забезпечення та організації інформаційного забезпечення закладів охорони здоров'я.

6. Удосконалення технічного забезпечення закладів охорони здоров'я не-

обхідною технікою та сучасним обладнанням (комп'ютерами та серверами) потрібним для роботи сучасних інформаційних систем.

Незважаючи на те, що процеси автоматизації обліку та інформатизації закладів охорони здоров'я поступово здійснюються і на даний час розроблено ключові процеси та реєстри які потрібні для функціонування інформаційних баз даних та середовища, а над питанням розробки програмного забезпечення для роботи закладів охорони здоров'я працює ряд компаній в сфері інформаційних технологій незважаючи на це рівень комп'ютеризація закладів охорони здоров'я та покриття інформаційними системами залишається достатньо низьким.

Отже, заклади охорони здоров'я потребують впровадження інтегрування в їхню адміністративну, фінансово-господарську та безпосередньо медичну діяльність сучасних інформаційних систем зданих не лише забезпечити статистичний облік медичних послуг та формування статистичної звітності але й забезпечення роботи з медичною документацією при наданні медичних послуг, медичної допомоги пацієнтам, а також за напрямом забезпечення високотехнічного сучасного медичного обладнання при здійсненні процедур та медичної діагностики, оперативних втручаннях.

Вважаємо, що впровадження інформаційних медичних систем в діяльності закладу охорони здоров'я тільки за напрямом його адміністрування здатне вирішити ряд завдань в питаннях адмініструванні та ведення документації закладу охорони здоров'я:

- надання декларацій про вибір лікарів закладів первинної медичної допомоги;
- підписання угод між медичними установами та НСЗУ;
- формування та подання звітності закладу охорони здоров'я;
- виписування та видача пацієнтам електронних рецептів закладами охорони здоров'я;
- формування електронних направлень і пацієнтів на обстеження, виписок та іншої потрібної документації.

Процес провадження інформаційних телекомунікаційних технологій, інформаційних систем в діяльності закладу охорони здоров'я є комплексним та потребує необхідного рівня загального інформаційного розвитку медичної інформаційної системи країни та доступ до неї всіх закладів охорони здоров'я з метою інтеграції до долучення до цієї системи. У зв'язку цим необхідним є розуміння та реалізація основоположних понять та техніко-технологічних складових сучасних медичних інформаційних систем.

Першим таким поняттям є електронна охорона здоров'я (Е-здоров'я, E-health) це система яка загалом обумовлює впровадження та застосування сучасних інформаційних комунікаційних технологій з метою удосконалення роботи закладів охорони здоров'я та й загалом системи охорони здоров'я та удосконалення у взаємопов'язаних сферах таких як наука, освіта, підготовка та перепідготовка медичного персоналу, науково-дослідницька медична

інноваційна діяльність. Електронна охорона здоров'я виступає водночас і галуззю і середовищем і включає не тільки ІКТ, але й нормативно правові засади, стратегію реалізації, інститути та інституційне забезпечення впровадження, стандарти та системи контролю відповідності, кадрово-інтелектуальні ресурси, інфраструктуру та механізми інвестиційного забезпечення.

Водночас, в Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» визначено таке поняття як Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ), що являє собою інформаційно-телекомунікаційну систему яка забезпечує автоматизоване здійснення обліку медичної діяльності завдяки внесенню, розміщенню, використанню та обміну інформацією, електронними даними та документацією закладів охорони здоров'я. Така система складається з головної бази даних та електронних інформаційних систем медичних закладів які поєднані між собою та мають можливість вільного автоматичного обміну створеною та накопиченою інформацією даними та потрібною визначеною документацією через відкритий програмний інтерфейс.

До основних складових медичних інформаційних системи також відносять поняття Центральної бази даних, що являє собою сукупність медичних реєстрів систем та баз даних, класифікаторів їх обробку а також функціональні модулі які забезпечують створення звітів, укладання угод та забезпечують високу доступність і водночас безпеку інформації, забезпечують збереження медичних даних пацієнтів та закладу, здійснення необхідного обліку медичної послуг які потрібні для управління закладом охорони здоров'я та формування його звітності та забезпечення функціонування а також забезпечують взаємодію з іншими закладами охорони здоров'я та учасниками цієї інформаційної медичної системи.

7.2. Організація контролю зовнішньої та внутрішньої інформації закладу охорони здоров'я

Одним із головних основоположних документів, необхідних для розробки та впровадження в закладі охорони здоров'я системи менеджменту якості є Настанова з якості.

Основними структурними компонентами настанови в сфері якості є :

- опис закладу охорони здоров'я, його структура, в тому числі і графічне наведення цієї структури та опис процесів в закладі охорони здоров'я буде впроваджено систему якості;
- визначення правових положень формування системи якості, а саме перевірку нормативно-правових документів, завдяки яким в закладі охорони здоров'я буде забезпечене формування нормативно-правового поля, необхідного для впровадження та дії системи якості;
- посилання на документально підтверджені методики впровадження системи якості в медичній сфері;
- надання посилань на внутрішні нормативні документи системи менеджменту якості;
- формування моделі взаємодії між процесами в системі забезпечення якості закладу охорони здоров'я.

Невід'ємною складовою процесів провадження в закладі системи охорони здоров'я системи якості є впровадження контролю документації. Здійснюється організація контролю зовнішньої та внутрішньої інформації закладу охорони здоров'я.

Контроль зовнішньої документованої інформації системи менеджменту якості включатиме:

- надходження документів та їх реєстрацію;
- внесення необхідних змін;
- ідентифікацію документації в разі необхідності;
- організацію контролю обігу документації, в тому числі облік, розподіл, заміну більш застарілої документації, вилучення документації, яка втратила актуальність, та зберігання документації в архіві.

Організація контролю внутрішньої документації включатиме:

- розроблення документації відповідальними працівниками, її узгодження та подальше затвердження керівництвом закладу охорони здоров'я;
- внесення актуальних змін, оновлення документації та затвердження нових редакцій тих чи інших документів;
- ідентифікацію документації;
- управління обсягами документів, в тому числі організацію обліку, документів, розподіл копій документів, заміну застарілих версій документів, та вилучення із обігу документації, яка застаріла та втратила актуальність, організацію збереження документації, архівування документації та інші.

Особами, які несуть відповідальність за управління документацією та обігом інформації за кожним окремим структурним підрозділом покладається на завідувачів керівників цих структурних підрозділів. Відповідальною особою за загальне ведення документації та організації цієї роботи відповідно до впровадженої системи якості є керівник організаційно-методичного підрозділу закладу охорони здоров'я.

Перелік документації, яка має бути наводитися в номенклатурі справ.

Управління документацією в системі управління якістю регламентується методикою МЯ-7.5-1 «Управління документацією СМЯ» і Настановною інструкцією НІ-7.5-1 «Правила оформлення документації системи менеджменту якості». Вся нормативна документація щодо управління системою якості, її підготовка та ведення здійснюється згідно І-7.5-1 Інструкції з діловодства.

Здійснення діловодства та ведення документації здійснюється відповідно до І-7.5-1 Інструкції з діловодства, а управління нормативно-правовою документацією регламентується вимогами діючих державних нормативно-правових актів.

Вагомого значення в організації внутрішнього інформаційного забезпечення в системі якості має організація контролю ведення записів-протоколів.

Відповідні записи або протоколи розробляють, затверджують, вносять необхідні зміни в документи та замінюють на більш нові версії, як документацію яка реєструється. Форми таких реєстраційних документів визначаються в додатках до регламентуючої документації систем менеджменту якості. У випадку, якщо такі правила та норми є складними для використання правила їх внесення та заповнення детально та повно описуються в додаткових положеннях чи інструкціях для відповідних за їх ведення осіб.

Протоколами в закладі охорони здоров'я повинна супроводжуватись:

- отримання результатів оперативного проміжного та кінцевого контролювання звітності та іншої документації закладу;

- записи про невідповідність в разі, якщо така невідповідність була виявленою під час зміни роботи та як результат зовнішнього чи внутрішнього аудитів;

- якщо ця інформація є інформацією, необхідною для проведення аналізу чи результатів аналізу системи управління якістю призначена для найвищого керівництва закладу;

- у випадку, якщо вона містить скарги та претензії від пацієнтів;

- якщо вона містить дані щодо кваліфікації та атестації персоналу;

- якщо в записах наводяться дані щодо статусу вимірювальної техніки закладу охорони здоров'я;

- якщо інформація містить дані про виявлені невідповідності в функціонуванні технічних засобів, обладнання а також інформації щодо проведення ремонтних робіт.

Протоколи є реєстраційними документами, які підлягають оформленню та використанню в процесі діяльності системи менеджменту якості. Для зберігання цих даних застосовується Електронна бази даних, а також Журнали для записів та Папки для зберігання документації. При цьому журнали та папки ідентифікують за їх назвами. Відповідальність за оформлення та ведення документації несуть призначені відповідальні особи, що зазначені в відповідних інструкція системи управління якістю.

Загалом, доступ до реєстрації документації в системі управління якістю може здійснюватися наступним чином:

- із наданням вказівок в документації закладу охорони здоров'я, а саме методиках якості, інструкціях з якості, розпорядженнях посадових з осіб та іншій документації, де зазначаються дані про осіб, що можуть здійснювати відповідну реєстрацію;
- через надання керівником закладу охорони здоров'я та керівниками структурних підрозділів прав на здійснення операцій з вхідними, вихідними та внутрішніми інформаційними потоками даних та документації в сфері якості та за відповідними реєстраційними документами. права та обов'язки цих керівних осіб так само визначаються в посадових інструкціях;
- надання можливості вносити зміни в реєстраційну документацію іншим посадовим особам, які повинні для цього отримати дозвіл від вищого керівництва закладу або їх цей обов'язок повинен бути делегованим вищим керівництвом.

Ідентифікація реєстраційної документації в системі управління якістю забезпечується через:

- присвоєння кожному документу унікального реєстраційного номера, який буде давати можливість ідентифікувати тип документа;
- ідентифікація документації по додатковим параметрам, таким як дата, час чи період;
- ідентифікація реєстрації документації в системі управління якістю за типами документації. Таким чином, повна ідентифікація документації зазначається в проектах форм документації та в Настановних інструкціях.

Реєстраційна документація системи забезпечення якості підлягає захисту, який здійснюється завдяки:

- нумерації сторінок, документації сторінок документів та окремих документацій, та з присвоєнням ідентифікаційних номерів;
- кращому захисту від несанкціонованого доступу з обмеженням прав доступу до паперових носіїв, а також із впровадженням електронних паролів доступу;
- визначенню кола осіб, які мають право на зміни реєстрації та внесення необхідних змін і на подальшу передачу та використання інформації, з внесенням підтверджуючих підписів у внутрішній документації, що має забезпечити захист від внесення недостовірної інформації;

- копіювання інформації керівництвом закладу охорони здоров'я для забезпечення її відновлення від втрати.

Реєстрація документації та питання управління документацією регламентується.

Загальні питання управління реєстраційними документами регламентовані Методикою якості МЯ-7.5-2 Управління записами.

Відповідна методика регламентує і визначає терміни, за які відбувається збереження інформації в документах, їх включення та виключення із обігу, якщо таке збереження виконується.

Найвищим керівництвом в управлінні системою якості і закладу охорони здоров'я виступає Головний керівник, який очолює відповідний заклад охорони здоров'я та здійснює загальне управління його фінансово-економічною операційною діяльністю на найвищому рівні.

Керівник закладу охорони здоров'я є лідером, який повинен забезпечувати впровадження системи управління якістю. Його лідерські обов'язки полягають у наступному:

- він несе відповідальність за результати роботи системи менеджменту якості;

- визначає політику та цілі в чері якості безпеки, а також узгоджує цю політику з загальним спочуванням діяльно і закладу охорони здоров'я;

- формує структуру закладу охорони здоров'я, яка відповідає визначеній меті та цілям діяльності і містить потрібний обсяг ресурсів для впровадження системи якості;

- забезпечує інтеграцію системи якості в загальну систему функціонування закладу охорони здоров'я та його бізнес- процеси;

- впроваджує використання процесного підходу до управління закладом охорони здоров'я;

- забезпечує розбудову та взаємодію системи інформаційного забезпечення, яка давала би можливість ефективного функціонування закладу та прийняття обґрунтованих рішень на всіх рівнях його функціонування;

- забезпечення результативності роботи системи менеджменту закладу охорони здоров'я;

- забезпечує залучення широкого кола працівників персоналу закладу охорони здоров'я з метою їх мотивування до забезпечення високої якості результатів;

- здійснення постійного аналізу системи менеджменту якості з метою визначення її ефективності та реалізації дій згідно прийнятого та затвердженого плану;

- відбір для аналізу роботи системи якості відповідних показників-індикаторів, які дадуть можливість здійснювати відповідний аналіз та оцінювання;

- впроваджувати нові інноваційні технології та необхідні ресурси для здійснення діяльності в управлінні закладом охорони здоров'я;

- забезпечує підтримку та сприяння прояві ініціативи керівників функціональних підрозділів та передачу відповідальності на нижні ланки керівників, делегування відповідних повноважень в межах компетенцій та професійних обов'язків цих працівників.

Найвищий керівник закладу охорони здоров'я приймає рішення щодо впровадження та функціонування в закладі системи управління якістю в контексті наступних питань:

- приймає участь в засіданнях найвищих керівників закладу та відповідальних осіб з метою інформування працівників про плани та заплановані дії з питань управління якістю а також інформує про результати проведених інформаційних аналітичних досліджень щодо очікувань потенційних споживачів медичних послуг пацієнтів, стану та показників якості в закладі охорони та щодо очікувань груп зацікавлених осіб відносно змін параметрів якості закладу охорони здоров'я;

- через прийняття відповідних управлінських рішень забезпечує організацію ефективної взаємодії всіх зацікавлених та посадових осіб закладу охорони здоров'я в сфері управління якістю;

- здійснює погодження та остаточне затвердження Політики в сфері забезпечення якості закладу охорони здоров'я;

- приймає та затверджує до виконання відповідальними особами завдання в сфері управління якістю;

- приймає рішення щодо формування та впровадження механізмів показників індикаторів контролю якості, в тому числі окремих процесів та етапів здійснення цього контролю;

- забезпечує впровадження в закладі механізмів аналізу функціонування системи менеджменту якості;

- забезпечує наявність необхідних ресурсів для роботи впровадження системи управління якістю із забезпечення необхідними кадровими ресурсами, формуванням необхідної інфраструктури та робочого середовища, які необхідні для здійснення запланованих процесів щодо управління якістю, технічними та техніко-технологічними ресурсами, а також інформаційними ресурсами, які необхідні для здійснення процесів вимірювання, моніторингу та аналізу показників якості; забезпечення необхідним обсягом знань, необхідних працівникам для забезпечення якості та ефективної діяльності. Відповідно до цього керівництво закладу охорони здоров'я приймає відповідні рішення щодо управління ресурсами та делегує повноваження на нижчі ланки управління.

Важливим аспектом в забезпеченні розбудови системи якості сучасного закладу охорони здоров'я та впровадження складових з Настанови з якості є орієнтація діяльності закладу на замовника.

Так, вище керівництво закладу охорони здоров'я в особі генерального директора закладу для визначення фактичних та інших потреб делегує відповідні повноваження персоналу, відповідальному за зв'язки із громадськістю.

Загалом вся система менеджменту якості, її мета, цілі та завдання спрямовані на те, щоб забезпечити зростання якості роботи закладу та забезпечення таким чином потреб споживачів медичних послуг, хворих пацієнтів закладу охорони здоров'я в якісних медичних послугах.

В закладі охорони здоров'я формується структура системи менеджменту якості та встановлюються процеси взаємодії між структурними підрозділами, виконавцями, окремими працівниками, які дають можливість забезпечити задоволення потреб споживачів та всіх інших зацікавлених сторін.

Вимоги споживачів, пацієнтів закладу декларуються у внутрішній документації закладу охорони здоров'я та повинні відповідати нормативним регламентам та актам, прийнятим згідно чинного законодавства. Втім, вони постійно актуалізуються, підлягають перегляду із відповідним внесенням змін для досягнення більш вагомих результатів показників якості надання медичних послуг.

З метою виявлення можливих відхилень від встановлених параметрів результатів, а також з метою своєчасного внесення актуальних змін відповідним персоналом закладу охорони здоров'я мають проводитись дослідження задоволеності споживачів медичних послуг та визначити ризики та можливості які можуть тим чи іншим чином здійснювати позитивний чи негативний подальший вплив на систему забезпечення якості закладу охорони здоров'я та загалом на якість та результати функціонування закладу охорони здоров'я.

7.3. Впровадження інформаційних технологій для забезпечення контролю якості роботи закладу охорони здоров'я

В сучасному світі активного застосування та поширення набуває впровадження нових інформаційних технологій та комунікацій в медицині, а важливим компонентом сучасної охорони здоров'я стає впровадження інформаційних систем eHealth.

Системи eHealth визначається як найбільш ефективне застосування інформаційно-комунікаційних технологій в медичній сфері, а її впровадження стає вагомим кроком до розбудови сучасних закладів охорони здоров'я та їх ефективного функціонування, зростання якості надання медичних послуг. Загалом eHealth має загальні складові такі як основи функціонування, нормативно правове регулювання, електронні складові медичної інформації, можливості дистанційного навчання та передачі інформації, надання медичної допомоги із застосуванням мобільних систем, збереження великих банків інформації, телемедицина, соціальні мережі та інші.

Загалом впровадження eHealth здійснюється як складова прийнятої державної політики в сфері охорони здоров'я, реформування галузі та інтеграції нашої країни до світового товариства. Процеси інформатизації галузі охорони здоров'я впроваджуються достатньо довго починаючи з 2012р впроваджується держана політика щодо поступової інформатизації охорони здоров'я. Таким чином впровадження інформаційно-комунікаційних технологій в сфері охорони здоров'я доволі затяжним та тривалим процесом, оскільки це пов'язана із зростання рівня технічного комп'ютерного забезпечення закладів охорони здоров'я а також набутім персоналом працівниками сфери охорони здоров'я необхідних компетенцій знань та навичок. За загалом відповідно до Концепції інформатизації сфери охорони здоров'я України в період 2013-2018 передбачалося що буде сформовано єдиний загатний інформаційний простір який забезпечувати загальний обмін інформації спільні дані та тісну співпрацю закладів охорони здоров'я, що дасть можливість вирішити всі поставлені завдання інформаційного обміну а також збереження та використання даних а також вирішуватиму завдання забезпечення захисту інформації та навчання та підвищення кваліфікації медичних кадрів. Так було заплановано здійснити реорганізацію пряму професійної підготовки медичного персоналу та їх перепідготовки підвищення кваліфікації та вести нові навчальні програми які забезпечували б отримання знань та навичок використання сучасних медичних інформаційних систем та телекомунікаційних технологій. Ввести предмети та курси медичної інформатики. Проте на сьогодні засади прийнятої концепції реалізовані лише частково, фрагментарно, а практичне впровадження сучасних інформаційних технологій в роботі закладів охорони здоров'я є ще низьким.

Слід зазначити що для удосконалення покращення роботи закладу охорони необхідним є впровадження та інформатизація процесів надання медичних

послуг та ведення медичної документації закладу охорони здоров'я.

Використання інформаційно-комунікаційних залежить від декількох основних складників таких як: оснащення робочого місця користувача працівника закладу охорони здоров'я всіма необхідними технічними засобами, комп'ютерами, шлюзами, приборами, датчиками та іншими специфічними медичними пристроями та інформаційними засобами які а також від знання та навичок працівника здійснювати роботу з новим інформаційним технологіями та професійними медичними програмами та використовувати інформаційно-комунікаційні технології на практиці.

За сучасний умов наявність обладнаних комп'ютерною технікою та доступом до мереж Інтернет робочих місць працівників закладів первинної ланки є обов'язковою умовою для укладання договору між закладом охорони здоров'я та НСЗУ. Проте для впровадження в закладів охорони здоров'я сучасних інформаційних систем необхідним не тільки наявність самої техніки та укомплектованість робочих місць та доступ до Інтернету але й навчання персоналу та набуття навичок роботи з комп'ютерною технікою та програмами.

Активному вирішенню цього питання сприяють численні курси для медичних працівників для навчання користування комп'ютерами та основними необхідними програмами.

Таким чином можна вирішити питання комп'ютерної грамотності персоналу закладу охорони здоров'я в достатньо стислі терміни, що забезпечить фактичну можливість переходу закладу охорони здоров'я інформаційними технологіями та сприятиме активному їх використанню з метою оптимізування та зростання ефективності роботи кадрових та техніко технологічних ресурсів закладів охорони здоров'я.

Водночас, електронними інформаційними системами в медичній сфері є інформаційні телекомунікаційні системи, що дають можливість до автоматизації процесів обліку та роботи медичних закладів та водночас забезпечують взаємодію з центральною базою даних.

Запитання для перевірки знань та самопідготовки:

1. Опишіть впровадження концепції інформатизації закладів охорони здоров'я.
2. Охарактеризуйте організація контролю зовнішньої та внутрішньої інформації закладу охорони здоров'я.
3. Охарактеризуйте впровадження інформаційних технологій для забезпечення контролю якості роботи закладу охорони здоров'я.
4. Назвіть основні планові напрями спрямовані на реалізацію довгострокових цілей інформатизації розвитку закладів охорони здоров'я.
5. Опишіть основні складові медичних інформаційних системи.
6. Опишіть головний основоположний документ необхідний для розробки та впровадження в закладі охорони здоров'я системи менеджменту якості.
7. Що включає організація контролю внутрішньої документації.
8. Наведіть перелік документації, яка має бути наводитися в номенклатурі справ.
9. Чим регламентується управління документацією в системі управління якістю?
10. Які дії мають супроводжуватися протоколами в закладі охорони здоров'я?
11. Як здійснюється ідентифікація реєстраційної документації в системі управління якістю ?
12. Опишіть впровадження е-Health в діяльності медичного закладу.
13. Опишіть особливості використання інформаційно-комунікаційних технологій.

Список літератури до розділу:

1. Ворсовський О. Л. Фінансовий потенціал підприємств, основним видом діяльності яких є охорона здоров'я та надання соціальної допомоги. *Економіка та держава*. 2016. № 7. С. 44-47.
2. Герасимчук Н. А. Правовий статус суб'єктів господарювання, які проводять господарську діяльність з медичної практики у сфері охорони здоров'я. *Медичне право*. 2018. № 2. С. 9-24.
3. Гладун З. Зміст та особливості адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я населення. *Право України*. 2013. № 10. С. 241-249.
4. Дешко Л. Конституційно-правові гарантії прав людини і основоположних свобод у сфері охорони здоров'я. *Право України*. 2011. № 11/12. С. 53-61.
5. Ілляшенко О. Принцип безпосереднього виконання авторського договору у сфері охорони здоров'я. *Теорія і практика інтелектуальної власності*. 2015. № 2. С. 14-24.
6. Кашинцева О. Національна патентна реформа у сфері охорони здоров'я: основні напрямки. *Теорія і практика інтелектуальної власності*. 2016. № 5. С. 45-49.
7. Ключко О. В. Формування нових підходів до розробки стратегії використання людського потенціалу в закладах охорони здоров'я. *Вісник Київського інституту бізнесу та технологій*. 2017. № 2. С. 41-44.
8. Корнійчук О. Інноваційні складові розвитку системи охорони здоров'я. *Економіст*. 2015. № 1. С. 22-24.
9. Павлюк К. В., Степанова О. В. Децентралізація в системі фінансування охорони здоров'я. *Фі-*

нанси України. 2015. № 4. С. 67-86.

10. Палиця С. Державна політика економіко-технологічної кластеризації системи охорони здоров'я України. Економіст. 2013. № 11. С. 32-37.

11. Пашиков В.М. Блокчейн у системі охорони здоров'я: проблеми правового забезпечення. Медичне право. 2018. № 2. С. 32-41.

12. Пашиков В.М. Дозвільний тип правового регулювання у сфері охорони здоров'я. Медичне право. 2017. № 1. С. 47-55.

13. Петрова І.Л., Близнюк В.В. Розвиток соціально-трудової сфери України: теорія, практика, перспективи. К.: Інститут економіки та прогнозування НАН України, 2016. 236 с.

14. Піялович В. Основні фактори зміни витрат на охорону здоров'я. Актуальні проблеми економіки. 2016. № 1. С. 406-417.

15. Правові аспекти надання закладом охорони здоров'я відповідей на запити на інформацію. Медичне право. 2017. № 1. С. 75-78.

16. Ушакова О. І. Державна політика з подолання нерівності у сфері охорони громадського здоров'я: міжнародний досвід. Економіка та держава. 2014. № 9. С. 133-137.

17. Федулова Л. І. Науково-технологічний розвиток сфери охорони здоров'я України в контексті інтеграційних викликів. Економічний часопис – XXI. 2014. № 5/6. С. 37-41.

18. Філонова І. Б. Нові підходи до фінансування вітчизняної сфери охорони здоров'я. Економіка України. 2015. № 3. С. 76-84.

19. Чепига М.П. Стимуляція здоров'я та інтелекту: навчальний посібник. К.: Знання, 2006. 347 с.

ЗАДАЧІ. ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ

Задача № 1

Для аналізу та контролю якості надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я необхідним є аналіз індикаторів якості організації роботи закладу охорони здоров'я щодо надання медичної допомоги пацієнтам.

В таблиці представлені Індикатори якості оформлення медичної карти пацієнта. За представленою в задачі формулою розрахуйте Індекс якості оформлення медичної карти пацієнта

Таблиця

Індикатори якості оформлення медичної карти пацієнта

Найменування	Показник	Середній бал проведеної експертної оцінки
Опис скарги пацієнта	Imkp1	8
Опис анамнезу хвороби	Imkp2	8
Опис анамнезу життя	Imkp3	7
Страховий анамнез	Imkp4	7
Наявність алергічних реакцій	Imkp5	8
Рівень свідомості пацієнта	Imkp6	8
Частота пульсу пацієнта в периферичних артеріях	Imkp7	8
Рівень артеріального тиску у пацієнта	Imkp8	8
Стан слизової оболонки ротової порожнини	Imkp9	8
Наявність шкірних висипань, стан шкіри пацієнта	Imkp10	8
Робота серцево-судинної системи	Imkp11	8
Частота дихання пацієнта	Imkp12	8
Загальний стан дихальної системи пацієнта	Imkp13	8
Стан шлунково-кишкового такту при контактному огляді	Imkp14	8
Стан органів сечової статевий системи пацієнта	Imkp15	8
Відсутність та наявність набряків у пацієнта	Imkp16	8
Стан пульсу в периферичних артеріях нижніх кінцівок	Imkp17	8
Стан м'язової системи пацієнта	Imkp18	8
Наявність попереднього діагнозу лікаря (перші 72 години після огляду)	Imkp19	8

Найменування	Показник	Середній бал проведеної експертної оцінки
Наявність клінічного діагнозу лікаря із зазначенням коду КМХ-10	Imkp20	9
Наявність та сформовані детальний план обстежень та лікування, призначення профільних консультацій необхідних для цього спеціалістів	Imkp21	9

Для розрахунку Індексу якості оформлення медичної карти пацієнта використаємо експертне оцінювання та розрахунок індексу за цією групою індикаторів за формулою:

$$Ikp = \frac{\sum Imkp_n}{N}$$

Де:

Ikp - загальний Індекс якості оформлення медичної карти пацієнта;

$Imkp$. - загальна сума всіх індикаторів якості оформлення медичної карти пацієнта;

N - загальна кількість індикаторів аналізу.

Задача №2

В таблиці представлені Індикатори якості надання медичної допомоги та дотримання алгоритму здійснення та документального оформлення дій щодо надання медичної допомоги пацієнтам.

За представленою в задачі формулою розрахуйте Індекс якості надання медичної допомоги та дотримання алгоритму здійснення та документального оформлення дій щодо надання медичної допомоги пацієнтам.

Для розрахунку Індексу якості дотримання алгоритму здійснення та документального оформлення дій (медичного процесу) щодо надання медичної допомоги пацієнтам використаємо експертне оцінювання та розрахунок індексу за цією групою індикаторів:

$$Im\ p = \frac{\sum Im\ p_n}{N}$$

Де:

Imp - загальний Індекс якості дотримання алгоритму здійснення та документального оформлення дій (медичного процесу);

Imp.n. - загальна сума всіх індикаторів якості дотримання алгоритму здійснення та документального оформлення дій (медичного процесу);

N - загальна кількість індикаторів аналізу.

Таблиця

Індикатори якості надання медичної допомоги та дотримання алгоритму здійснення та оформлення дій (медичного процесу)

Найменування	Показник	Середній бал проведеної експертної оцінки
Надання необхідної інформації пацієнту та отримання його письмової згоди (підпису) на здійснення медичних втручань та обробку його персональних даних.	Imp1	9
Здійснення огляду пацієнта його лікуючим лікарем та здійснення відповідних записів у картці пацієнта. Фіксація лікарем динаміки впливу лікування та перебігу процесу лікування	Imp2	9
Організація контролю роботи з пацієнтами керівником відділення чи закладу охорони здоров'я . За необхідності здійснення огляду пацієнта. Планування та впровадження дій щодо консультування пацієнта відповідним спеціалістами	Imp3	9

Найменування	Показник	Середній бал проведеної експертної оцінки
Обґрунтування необхідності в призначенні діагностичних обстежень:	Imp4	9
Обов'язкових, згідно з клінічними протоколами;	Imp5	9
Додаткових, згідно за клінічними протоколами	Imp6	9
За результатами проведених обстежень призначення додаткових консультацій профільних фахівців	Imp7	9
Обґрунтування необхідності в призначенні консультацій профільних фахівців	Imp8	9
Призначення обов'язкових лікувальних методів з визначеними термінами	Imp9	9
Призначення додаткових методів лікування	Imp10	9
Призначення хворому не медикаментозних методів лікування відповідно до його стану та доцільності	Imp11	9
Обґрунтування призначення наркотичних та психотропних препаратів	Imp12	9
Проведення планових в разі хірургічних втручань консультацій анестезіолога з детальним описом його стану в медичній картці	Imp13	9
Формування перед операційного епікризу з обґрунтуванням потреби в здійсненні оперативного втручання	Imp14	9
Укладання протоколу операції з детальним описом проведеного втручання, анестезії та супроводу	Imp15	9
Формування листа основних показників стану пацієнта під час передування на лікуванні, анестезії, та інтенсивної терапії.	Imp16	9
Складання поетапного епікризу з обґрунтування необхідності продовження лікувального процесу	Imp17	9
Дотримання норм складання перехідного епікризу при переводу пацієнта під час лікувального процесу	Imp18	9
Відповідність оформлення виписки з медичної карти хворого з рекомендаціями щодо продовження лікування, діагностики, спостереження та здійснення профілактичних заходів	Imp19	9

Задача № 3

В таблиці представлені Індикатори якості оформлення форм обов'язкової медичної документації працівниками закладу охорони здоров'я.

За представленою в задачі формулою розрахуйте Індекс якості оформлення форм обов'язкової медичної документації працівниками закладу охорони здоров'я.

Таблиця

Індикатори якості оформлення форм обов'язкової медичної документації працівниками закладу охорони здоров'я

Найменування	Показник	Середній бал проведеної експертної оцінки
Формування та ведення форм обов'язкової медичної документації «Медичної карти амбулаторного хворого» (Форма № 025/о),	Iof1	8
Формування та ведення форм обов'язкової медичної документації «Карти профілактичних щеплень» (Форма № 063/о),	Iof1	5
Формування та ведення форм обов'язкової медичної документації «Журналу обліку осіб, які прикріплені до лікаря, що надає первинну медичну допомогу» (Форма № 025-10/о),	Iof2	8
Формування та ведення форм обов'язкової медичної документації «Медичної карти стаціонарного хворого» (Форма № 003/о)	Iof3	6
Формування та ведення форм обов'язкової медичної документації «Журналу обліку прийому хворих у стаціонар та відмов у госпіталізації» (Форма № 001/о)	Iof4	5
Формування та ведення форм обов'язкової медичної документації «Особистої медичної книжки» (Форма № 1-ОМК),	Iof5	6

Для розрахунку Індексу якості оформлення форм обов'язкової медичної документації працівниками закладу охорони здоров'я використаємо експертне оцінювання та розрахунок індексу за цією групою індикаторів за формулою:

$$I_F = \frac{\sum Iof_n}{N}$$

Де:

IF - загальний Індекс якості оформлення форм обов'язкової медичної документації працівниками закладу охорони здоров'я;

Iof.n. - загальна сума всіх індикаторів якості оформлення форм обов'язкової медичної документації працівниками закладу охорони здоров'я;

N - загальна кількість індикаторів аналізу.

Задача № 4

В таблиці представлені Індикатори якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я відповідно до локальних протоколів.

За представленою в задачі формулою розрахуйте Індекс якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я відповідно до локальних протоколів.

Для розрахунку Індексу якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я відповідно до локальних протоколів використаємо експертне оцінювання та розрахунок індексу за цією групою індикаторів за формулою:

$$I_{LP} = \frac{\sum I p_n}{N}$$

Де:

I_{LP} - загальний Індекс якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я відповідно до локальних протоколів;

$I p_n$ - загальна сума всіх індикаторів якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я відповідно до локальних протоколів;

N - загальна кількість індикаторів аналізу.

Таблиця

Загальні Індикатори якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я відповідно до локальних протоколів

Найменування	Показник	Середній бал проведеної експертної оцінки
Наявність в закладі охорони здоров'я у лікарів загальної практики сімейних лікарів локального протоколу ведення пацієнтів	$I p_1$	6
Наявність у закладі охорони здоров'я, що надає спеціалізовану медичну допомогу локального протоколу лікування пацієнтів	$I p_2$	6
Відсоток пацієнтів серед жителів громади, які потребують отримання медичної допомоги	$I p_3$	6
Відсоток пацієнтів які пройшли лікування та отримання медичних послуг в лікувальному закладі за відповідний період	$I p_4$	6
Відсоток пацієнтів з лабораторно підтвердженими діагнозами	$I p_5$	6

Задача № 5

В таблиці представлені Індикатори якості роботи та професійної підготовки медичних кадрів в закладі охорони здоров'я.

За представленою в задачі формулою розрахуйте Індекс якості роботи та професійної підготовки медичних кадрів в закладі охорони здоров'я.

Таблиця

Загальні Індикатори якості роботи та професійної підготовки медичних кадрів в закладі охорони здоров'я

Найменування	Показник	Середній бал проведеної експертної оцінки
Рівень професійності у спілкування із пацієнтами	Ipk1	9
Налагодження комунікацій та довіри в спілкуванні з пацієнтами	Ipk2	8
Проведення фізикального огляду пацієнта	Ipk3	9
Здійснення оцінки результатів проведеної діагностики	Ipk4	9
Адекватність призначення додаткових інструментальних досліджень	Ipk5	9
Своєчасність встановлення діагнозу та призначення пацієнту відповідного курсу лікування	Ipk6	9
Формування точного опису стану пацієнта	Ipk7	9
Відповідність формування медичної документації, що повною мірою супроводжуватиме пацієнта відповідно до форми первинної облікової документації	Ipk8	9
Формування та дотримання лікарем алгоритму проведення та опису медичного процесу	Ipk9	9
Наявність в медичному закладі прийнятого наказу щодо затвердження індикаторів якості надання медичної допомоги	Ipk10	9
Дотримання лікарем параметрів якості надання медичної допомоги	Ipk11	9

Для розрахунку Індексу роботи та професійної підготовки медичних кадрів в закладі охорони здоров'я використаємо експертне оцінювання та розрахунок індексу за цією групою індикаторів за формулою:

$$I_{PK} = \frac{\sum Ipk_n}{N}$$

Де:

I_{PK} - загальний Індекс якості роботи та професіональної підготовки медичних кадрів в закладі охорони здоров'я;

$Ipk.n.$ - загальна сума всіх індикаторів якості роботи та професіональної підготовки медичних кадрів в закладі охорони здоров'я;

N - загальна кількість індикаторів аналізу.

Задача № 6

В таблиці представлені Індикатори якості кадрових ресурсів в закладі охорони здоров'я.

За представленою в задачі формулою розрахуйте Індекс якості кадрових ресурсів в закладі охорони здоров'я.

Таблиця

Показники якості кадрових ресурсів в закладі охорони здоров'я

Найменування	Показник	Середній бал проведеної експертної оцінки
Рівень світи персоналу	Ikr1	8
Частка персоналу яка має вищу категорію	Ikr1	8
Частка персоналу яка має першу категорію	Ikr1	8
Частка персоналу яка має другу категорію	Ikr1	8
Наявність особистих компетенцій персоналу	Ikr1	8
Розвиток особистих компетенцій персоналу	Ikr1	8
Рівень професійного розвитку персоналу	Ikr1	8
Динаміка зміни компетенцій	Ikr1	8
Рівень основного досвіду персоналу набутого в процесі здійснення професійної діяльності	Ikr1	8
Наявність позитивних відгуків пацієнтів про роботу лікарів	Ikr1	8
Наявність позитивних відгуків пацієнтів про роботу середнього медичного персоналу	Ikr1	8
Наявність позитивних відгуків пацієнтів про роботу молодшого медичного персоналу	Ikr1	8
Наявність позитивних відгуків про якість обслуговування в закладі	Ikr1	8
Наявність позитивних відгуків про налагодження процесів адміністрування та роботу адміністраторів закладу	Ikr1	8
Показники атестації персоналу	Ikr1	8
Наявність особистих наукових чи професійних досягнень	Ikr1	8
Визначення напрямів спеціалізації персоналу	Ikr1	8
Рівень оцінювання якості роботи лікаря	Ikr1	8

Найменування	Показник	Середній бал проведеної експертної оцінки
Рівень оцінювання якості середнього медичного персоналу	I _{kr1}	8
Рівень оцінювання якості роботи молодшого медичного персоналу	I _{kr1}	8

Для розрахунку Індексу якості кадрових ресурсів в закладі охорони здоров'я використаємо експертне оцінювання та розрахунок індексу за цією групою індикаторів за формулою:

$$I_{KR} = \frac{\sum Ikr_n}{N}$$

Де:

I_{KR} - загальний Індекс якості кадрових ресурсів в закладі охорони здоров'я;

I_{kr.n.} - загальна сума всіх індикаторів якості кадрових ресурсів в закладі охорони здоров'я;

N - загальна кількість індикаторів аналізу.

Задача № 7

Для аналізу та контролю якості надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я необхідним є аналіз індикаторів якості організації роботи в закладу охорони здоров'я щодо надання медичної допомоги пацієнтам.

В таблиці представлені Індикатори якості оформлення медичної карти пацієнта. За представленою в задачі формулою розрахуйте Індекс якості оформлення медичної карти пацієнта.

Таблиця

Індикатори якості оформлення медичної карти пацієнта

Найменування	Показник	Середній бал проведеної експертної оцінки
Опис скарги пацієнта	Imkp1	5
Опис анамнезу хвороби	Imkp2	6
Опис анамнезу життя	Imkp3	8
Страховий анамнез	Imkp4	7
Наявність алергічних реакцій	Imkp5	8
Рівень свідомості пацієнта	Imkp6	9
Частота пульсу пацієнта в периферичних артеріях	Imkp7	9
Рівень артеріального тиску у пацієнта	Imkp8	5
Стан слизової оболонки ротової порожнини	Imkp9	8
Наявність шкірних висипань, стан шкіри пацієнта	Imkp10	8
Робота серцево-судинної системи	Imkp11	8
Частота дихання пацієнта	Imkp12	8
Загальний стан дихальної системи пацієнта	Imkp13	8
Стан шлунково-кишкового тракту при контактному огляді	Imkp14	8
Стан органів сечової статевий системи пацієнта	Imkp15	8
Відсутність та наявність набряків у пацієнта	Imkp16	8
Стан пульсу в периферичних артеріях нижніх кінцівок	Imkp17	8
Стан м'язової системи пацієнта	Imkp18	8
Наявність попереднього діагнозу лікаря (перші 72 години після огляду)	Imkp19	8
Наявність клінічного діагнозу лікаря із зазначенням коду КМХ-10	Imkp20	6

Найменування	Показник	Середній бал проведеної експертної оцінки
Наявність та сформовані детальний план обстежень та лікування, призначення профільних консультацій необхідних для цього спеціалістів	Imkp21	7

Для розрахунку Індексу якості оформлення медичної карти пацієнта використаємо експертне оцінювання та розрахунок індексу за цією групою індикаторів за формулою:

$$I_{kp} = \frac{\sum I_{m k p_n}}{N}$$

Де:

I_{kp} - загальний Індекс якості оформлення медичної карти пацієнта;

$I_{m k p}$ - загальна сума всіх індикаторів якості оформлення медичної карти пацієнта;

N - загальна кількість індикаторів аналізу.

Задача № 8

В таблиці представлені Індикатори якості надання медичної допомоги та дотримання алгоритму здійснення та документального оформлення дій щодо надання медичної допомоги пацієнтам.

За представленою в задачі формулою розрахуйте Індекс якості надання медичної допомоги та дотримання алгоритму здійснення та документального оформлення дій щодо надання медичної допомоги пацієнтам.

Таблиця

Індикатори якості надання медичної допомоги та дотримання алгоритму здійснення та документального оформлення дій щодо надання медичної допомоги пацієнтам (медичного процесу)

Найменування	Показник	Середній бал проведеної експертної оцінки
Надання необхідної інформації пацієнту та отримання його письмової згоди (підпису) на здійснення медичних втручань та обробку його персональних даних.	Imp1	7
Здійснення огляду пацієнта його лікуючим лікарем та здійснення відповідних записів у картці пацієнта. Фіксація лікарем динаміки впливу лікування та перебігу процесу лікування	Imp2	6
Організація контролю роботи з пацієнтами керівником відділення чи закладу охорони здоров'я . За необхідності здійснення огляду пацієнта. Планування та впровадження дій щодо консультування пацієнта відповідним спеціалістами	Imp3	8
Обґрунтування необхідності в призначенні діагностичних обстежень:	Imp4	9
Обов'язкових, згідно з клінічними протоколами;	Imp5	9
Додаткових, згідно за клінічними протоколами	Imp6	9
За результатами проведених обстежень призначення додаткових консультацій профільних фахівців	Imp7	9
Обґрунтування необхідності в призначенні консультацій профільних фахівців	Imp8	9
Призначення обов'язкових лікувальних методів з визначеними термінами	Imp9	9
Призначення додаткових методів лікування	Imp10	9

Призначення хворому не медикаментозних методів лікування відповідно до його стану та доцільності	Imp11	9
Обґрунтування призначення наркотичних та психотропних препаратів	Imp12	9
Проведення планових в разі хірургічних втручань консультацій анестезіолога з детальним описом його стану в медичній картці	Imp13	9
Формування перед операційного епікризу з обґрунтуванням потреби в здійсненні оперативного втручання	Imp14	9
Укладання протоколу операції з детальним описом проведеного втручання, анестезії та супроводу	Imp15	9
Формування листа основних показників стану пацієнта під час передування на лікуванні, анестезії, та інтенсивної терапії.	Imp16	9
Складання поетапного епікризу з обґрунтування необхідності продовження лікувального процесу	Imp17	5
Дотримання норм складання перехідного епікризу при переводу пацієнта під час лікувального процесу	Imp18	8
Відповідність оформлення виписки з медичної карти хворого з рекомендаціями щодо продовження лікування, діагностики, спостереження та здійснення профілактичних заходів	Imp19	7

Джерело: сформовано автором на основі документації закладу

Для розрахунку Індексу якості дотримання алгоритму здійснення та документального оформлення дій (медичного процесу) щодо надання медичної допомоги пацієнтам використаємо експертне оцінювання та розрахунок індексу за цією групою індикаторів:

$$Im\ p = \frac{\sum Im\ p_n}{N}$$

Де:

Imp - загальний Індекс якості дотримання алгоритму здійснення та документального оформлення дій (медичного процесу);

Imp.n. - загальна сума всіх індикаторів якості дотримання алгоритму здійснення та документального оформлення дій (медичного процесу);

N - загальна кількість індикаторів аналізу.

Задача № 9

В таблиці представлені Індикатори якості оформлення форм обов'язкової медичної документації працівниками закладу охорони здоров'я.

За представленою в задачі формулою розрахуйте Індекс якості оформлення форм обов'язкової медичної документації працівниками закладу охорони здоров'я.

Таблиця

Індикатори якості оформлення форм обов'язкової медичної документації працівниками закладу охорони здоров'я

Найменування	Показник	Середній бал проведеної експертної оцінки
Формування та ведення форм обов'язкової медичної документації «Медичної карти амбулаторного хворого» (Форма № 025/о),	Iof1	6
Формування та ведення форм обов'язкової медичної документації «Карті профілактичних щеплень» (Форма № 063/о),	Iof1	8
Формування та ведення форм обов'язкової медичної документації «Журналу обліку осіб, які прикріплені до лікаря, що надає первинну медичну допомогу» (Форма № 025-10/о),	Iof2	8
Формування та ведення форм обов'язкової медичної документації «Медичної карти стаціонарного хворого» (Форма № 003/о)	Iof3	6
Формування та ведення форм обов'язкової медичної документації «Журналу обліку прийому хворих у стаціонар та відмов у госпіталізації» (Форма № 001/о)	Iof4	9
Формування та ведення форм обов'язкової медичної документації «Особистої медичної книжки» (Форма № 1-ОМК),	Iof5	9

Для розрахунку Індексу якості оформлення форм обов'язкової медичної документації працівниками закладу охорони здоров'я використаємо експертне оцінювання та розрахунок індексу за цією групою індикаторів за формулою:

$$I_F = \frac{\sum Iof_n}{N}$$

Де:

IF - загальний Індекс якості оформлення форм обов'язкової медичної документації працівниками закладу охорони здоров'я;

Iof.n. - загальна сума всіх індикаторів якості оформлення форм обов'язкової медичної документації працівниками закладу охорони здоров'я;

N - загальна кількість індикаторів аналізу.

Задача № 10

В таблиці представлені Індикатори якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я відповідно до локальних протоколів.

За представленою в задачі формулою розрахуйте Індекс якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я відповідно до локальних протоколів.

Таблиця

Загальні Індикатори якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я відповідно до локальних протоколів

Найменування	Показник	Середній бал проведеної експертної оцінки
Наявність в закладі охорони здоров'я у лікарів загальної практики сімейних лікарів локального протоколу ведення пацієнтів	Іп1	8
Наявність у закладі охорони здоров'я, що надає спеціалізовану медичну допомогу локального протоколу лікування пацієнтів	Іп2	7
Відсоток пацієнтів серед жителів громади, які потребують отримання медичної допомоги	Іп3	6
Відсоток пацієнтів які пройшли лікування та отримання медичних послуг в лікувальному закладі за відповідний період	Іп4	7
Відсоток пацієнтів з лабораторно підтвердженими діагнозами	Іп5	8

Для розрахунку Індексу якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я відповідно до локальних протоколів використаємо експертне оцінювання та розрахунок індексу за цією групою індикаторів за формулою:

$$I_{LP} = \frac{\sum I p_n}{N}$$

Де:

I_{LP} - загальний Індекс якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я відповідно до локальних протоколів;

$I p_n$ - загальна сума всіх індикаторів якості надання медичної допомоги в

закладі охорони здоров'я відповідно до локальних протоколів;
 N - загальна кількість індикаторів аналізу.

Задача № 11

В таблиці представлені Індикатори якості роботи та професійної підготовки медичних кадрів в закладі охорони здоров'я.

За представленою в задачі формулою розрахуйте Індекс якості роботи та професійної підготовки медичних кадрів в закладі охорони здоров'я.

Таблиця

Загальні Індикатори якості роботи та професійної підготовки медичних кадрів в закладі охорони здоров'я

Найменування	Показник	Середній бал проведеної експертної оцінки
Рівень професійності у спілкування із пацієнтами	Ipk1	8
Налагодження комунікацій та довіри в спілкуванні з пацієнтами	Ipk2	6
Проведення фізикального огляду пацієнта	Ipk3	9
Здійснення оцінки результатів проведеної діагностики	Ipk4	7
Адекватність призначення додаткових інструментальних досліджень	Ipk5	9
Своєчасність встановлення діагнозу та призначення пацієнту відповідного курсу лікування	Ipk6	5
Формування точного опису стану пацієнта	Ipk7	9
Відповідність формування медичної документації, що повною мірою супроводжуватиме пацієнта відповідно до форми первинної облікової документації	Ipk8	9
Формування та дотримання лікарем алгоритму проведення та опису медичного процесу	Ipk9	9
Наявність в медичному закладі прийнятого наказу щодо затвердження індикаторів якості надання медичної допомоги	Ipk10	8
Дотримання лікарем параметрів якості надання медичної допомоги	Ipk11	7

Для розрахунку Індексу роботи та професійної підготовки медичних кадрів в закладі охорони здоров'я використаємо експертне оцінювання та розрахунок індексу за цією групою індикаторів за формулою:

$$I_{PK} = \frac{\sum Ipk_n}{N}$$

Де:

I_{PK} - загальний Індекс якості роботи та професіональної підготовки медичних кадрів в закладі охорони здоров'я;

$Ipk.n.$ - загальна сума всіх індикаторів якості роботи та професіональної підготовки медичних кадрів в закладі охорони здоров'я;

N - загальна кількість індикаторів аналізу.

Задача № 12

В таблиці представлені Індикатори якості кадрових ресурсів в закладі охорони здоров'я.

За представленою в задачі формулою розрахуйте Індекс якості кадрових ресурсів в закладі охорони здоров'я.

Таблиця

Показники якості кадрових ресурсів в закладі охорони здоров'я

Найменування	Показник	Середній бал проведеної експертної оцінки
Рівень світи персоналу	Ikr1	7
Частка персоналу яка має вищу категорію	Ikr1	7
Частка персоналу яка має першу категорію	Ikr1	8
Частка персоналу яка має другу категорію	Ikr1	8
Наявність особистих компетенцій персоналу	Ikr1	8
Розвиток особистих компетенцій персоналу	Ikr1	8
Рівень професійного розвитку персоналу	Ikr1	8
Динаміка зміни компетенцій	Ikr1	8
Рівень основного досвіду персоналу набутого в процесі здійснення професійної діяльності	Ikr1	9
Наявність позитивних відгуків пацієнтів про роботу лікарів	Ikr1	5
Наявність позитивних відгуків пацієнтів про роботу середнього медичного персоналу	Ikr1	8
Наявність позитивних відгуків пацієнтів про роботу молодшого медичного персоналу	Ikr1	8
Наявність позитивних відгуків про якість обслуговування в закладі	Ikr1	8
Наявність позитивних відгуків про налагодження процесів адміністрування та роботу адміністраторів закладу	Ikr1	8
Показники атестації персоналу	Ikr1	8
Наявність особистих наукових чи професійних досягнень	Ikr1	8
Визначення напрямів спеціалізації персоналу	Ikr1	6
Рівень оцінювання якості роботи лікаря	Ikr1	8

Найменування	Показник	Середній бал проведеної експертної оцінки
Рівень оцінювання якості середнього медичного персоналу	I _{kr1}	7
Рівень оцінювання якості роботи молодшого медичного персоналу	I _{kr1}	9

Для розрахунку Індексу якості кадрових ресурсів в закладі охорони здоров'я використаємо експертне оцінювання та розрахунок індексу за цією групою індикаторів за формулою:

$$I_{KR} = \frac{\sum Ikr_n}{N}$$

Де:

I_{KR} - загальний Індекс якості кадрових ресурсів в закладі охорони здоров'я;

I_{kr.n.} - загальна сума всіх індикаторів якості кадрових ресурсів в закладі охорони здоров'я;

N - загальна кількість індикаторів аналізу.

Задача № 13

В таблиці представлені Індикатори якості формування структури мережі медичних центрів.

За представленою в задачі формулою розрахуйте Індекс якості формування структури мережі медичних центрів.

Для розрахунку Індексу якості формування структури мережі медичних центрів використовуємо експертну оцінку та виконуємо розрахунок індексу зазначеної групи індикаторів за формулою:

$$I_{kp} = \frac{\sum I_m k p_n}{N}$$

Де:

I_{kp} - загальний Індекс якості формування структури мережі медичних центрів;

$I_m k p_n$ - загальна сума всіх індикаторів якості структури мережі медичних центрів;

N - всього зазначених в таблиці індикаторів.

Таблиця

Індикатори якості формування структури мережі медичних центрів

Індикатори	Показник	Середній бал оцінки
Відповідність організаційної структури закладу його потребам та діяльності	Isk1	8
Наявність мережі медичних центрів поєднаних між собою	Isk2	8
Наявність відділень денного стаціонару в закладі	Isk3	7
Географічне розташування медичних центрів з охопленням різних районів міста що дає можливість пацієнтам максимального швидко та зручно скоротитися його послугами не виїзджаючи з свого району	Isk4	8
Відповідність штатного розпису медичного закладу нормам чинного законодавства які висуваються до медичних закладів та установ	Isk5	6
Укомплектованість штату мережі медичних центрів лікарями	Isk6	7
Укомплектованість штату мережі медичних центрів середніми медичними працівниками	Isk7	7
Укомплектованість штату мережі медичних центрів посад молодшими медичними працівниками	Isk8	7

Індикатори	Показник	Середній бал оцінки
Співвідношення штатних посад лікарів та іншого медичного персоналу, який має вищу освіту	Isk9	5
Укомплектованість штатних посад лікарів в мережі медичних центрів	Isk10	5

Задача № 14

В таблиці представлені Індикатори якості матеріального та технологічного забезпечення закладу охорони здоров'я.

За представленою в задачі формулою розрахуйте Індекс якості матеріального та технологічного забезпечення закладу охорони здоров'я.

Таблиця

Індикатори якості матеріального та технологічного забезпечення закладу охорони здоров'я

Індикатори	Показник	Середній бал оцінки
Рівень фінансового забезпечення підрозділів закладу	Ist1	5
Відповідність приміщень мережі мелених центрів чинним медичним нормам та стандартам	Ist2	6
Наявність опалення приміщень та забезпеченість необхідними комунальними послугами	Ist3	7
Забезпеченість мережі медичних центрів необхідним медичним обладнанням	Ist4	5
Наявність необхідної медичної апаратури, пристроїв	Ist5	7
Наявність робітного планового обсягу запасів лікарських засобів та медикаментів як необхідні у разі необхідності здійснення інтенсивної терапії і екстреної медичної допомоги пацієнтам	Ist6	6
Забезпеченість мережі медичних центрів необхідним обладнанням для проведення діагностики та лабораторних досліджень	Ist7	6
Наявність можливостей використання променевої діагностики при дослідженнях пацієнтів мережі медичних центрів	Ist8	3
Можливості застосування ендоскопічної діагностики при дослідженнях пацієнтів мережі медичних центрів	Ist9	6
Можливість використання функціональної і інструментальної діагностики при дослідженнях пацієнтів мережі медичних центрів	Ist10	9
Рівень використання системи наступності медичної допомоги	Ist11	6
Забезпечення структурних підрозділів мережі медичних центрів персональними комп'ютерами та доступом до Інтернету	Ist12	6

Індикатори	Показник	Середній бал оцінки
Формування в мережі медичних центрів загально прийнятих умов надання медичної допомоги пацієнтам, що мають потребу в надання інтенсивної медичної допомоги, а також за умов надходження великої чисельності хворих або постраждалих	Ist13	6
Можливість впровадження локальних клінічних протоколів, згідно з діючими протоколами та при найбільш поширених хворобах та станах пацієнтів	Ist14	6
Забезпечення мережі медичних центрів ліцензійним медичним програмним забезпеченням що потрібне закладам для надання медичних послуг	Ist15	6
Наявність у мережі медичних центрів можливості використання телекомунікаційних технологій	Ist16	6

Для розрахунку Індексу якості матеріального та технологічного забезпечення закладу охорони здоров'я використовуємо експертну оцінку та виконуємо розрахунок індексу зазначеної групи індикаторів за формулою:

$$I_{kp} = \frac{\sum I_m k p_n}{N}$$

Де:

I_{kp} - загальний Індекс якості матеріального та технологічного забезпечення закладу охорони здоров'я;

I_{mkp} - загальна сума всіх індикаторів якості матеріального та технологічного забезпечення закладу охорони здоров'я;

N - всього наведених у таблиці індикаторів.

Задача № 15

В таблиці представлено Індикатори структури забезпечення якості медичної допомоги на первинному рівні надання медичної допомоги.

Вам необхідно провести експертну оцінку цих індикаторів для закладу охорони здоров'я в якому ви працюєте зазначивши за кожним із індикаторів експертну оцінку від 1 до 10, де 1 це найнижчий а 10 найвищий бал.

Після цього вам необхідно підсумувати бали та визначити загальний результат якісного експертного оцінювання.

Таблиця

Індикатори структури забезпечення якості медичної допомоги на первинному рівні надання медичної допомоги

Найменування	Визначений бал експертної оцінки
відповідність штатного розпису вимогам наказу МОЗ України від 23.02.2002 року №33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я»;	
укомплектованість штатних посад ЛЗП-СЛ фізичними особами, %;	
укомплектованість штатних посад сімейних медичних сестер фізичними особами, %;	
співвідношення штатних посад ЛЗП-СЛ та сімейних медичних сестер (норматив 1:2);	
співвідношення фізичних осіб ЛЗП-СЛ та сімейних медичних сестер (норматив 1:2);	
розподіл фізичних осіб ЛЗП-СЛ та сімейних медичних сестер за кваліфікаційними категоріями;	
наявність в СА приміщень, визначених ДСТУ;	
наявність централізованого холодного та гарячого водопостачання, опалення;	
рівень фінансування з розрахунку на одного жителя, грн.;	
наявність санітарного автотранспорту;	
забезпеченість СА медичним обладнанням та виробами медичного призначення у відповідності до Табелю оснащення закладів ПМСД, затверджених МОЗ України;	
забезпеченість засобами санітарно-просвітницької роботи та гігієнічного виховання населення;	
наявність в СА персонального комп'ютера з доступом до системи інтернет;	

Найменування	Визначений бал експертної оцінки
наявність та доступність локальних клінічних протоколів з організації медичної допомоги при найбільш поширених хворобах та станах;	
забезпеченість ліцензійними інформаційними програмами, наявність доступу до телеконсультативної системи.	
ЗАГАЛЬНИЙ ПОКАЗНИК:	

Задача № 16

В таблиці представлено Індикатори структури забезпечення якості амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги на вторинному рівні.

Вам необхідно провести експертну оцінку цих індикаторів для закладу охорони здоров'я в якому ви працюєте зазначивши за кожним із індикаторів експертну оцінку від 1 до 10, де 1 це найнижчий а 10 найвищий бал.

Після цього вам необхідно підсумувати бали та визначити загальний результат якісного експертного оцінювання.

Таблиця

Індикатори структури забезпечення якості амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги на вторинному рівні

Найменування	Визначений бал експертної оцінки
відповідність структури поліклініки галузевим нормативам та показникам поширеності хвороб серед населення території обслуговування;	
відповідність штатного розпису вимогам наказу МОЗ України від 23.02.2002 року №33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я»;	
укомплектованість штатних посад лікарів фізичними особами,%;	
укомплектованість штатних посад молодших медичних працівників з вищою освітою фізичними особами,%;	
співвідношення штатних посад лікарів та молодших медичних працівників з вищою освітою;	
розподіл фізичних осіб лікарів та молодших медичних працівників з вищою освітою за кваліфікаційними категоріями;	
рівень фінансування з розрахунку на одне амбулаторне звернення, грн.;	
наявність в поліклініці приміщень, визначених ДСТУ	
наявність централізованого холодного та гарячого водопостачання, опалення;	
забезпеченість структурних підрозділів медичним обладнанням та виробами медичного призначення у відповідності до Табелю оснащення підрозділів амбулаторно-поліклінічних закладів, затверджених МОЗ України;	
забезпеченість лабораторною діагностикою з переліком досліджень у відповідності до клінічних протоколів, затверджених МОЗ України з доступністю в режимі роботи поліклініки (перелік досліджень, які не проводяться з аналізом їх впливу на діагностично-лікувальний процес);	

Найменування	Визначений бал експертної оцінки
забезпеченість променевою діагностикою з переліком досліджень у відповідності до клінічних протоколів, затверджених МОЗ України з доступністю в режимі роботи поліклініки (перелік досліджень, які не проводяться з аналізом їх впливу на діагностично-лікувальний процес);	
забезпеченість ендоскопічною діагностикою з переліком досліджень у відповідності до клінічних протоколів, затверджених МОЗ України з доступністю в режимі роботи поліклініки (перелік досліджень, які не проводяться з аналізом їх впливу на діагностично-лікувальний процес);	
забезпеченість функціональною (інструментальною) діагностикою з переліком досліджень у відповідності до клінічних протоколів, затверджених МОЗ України з доступністю в режимі роботи поліклініки (перелік досліджень, які не проводяться з аналізом їх впливу на діагностично-лікувальний процес);	
наявність затвердженої системи наступності медичної допомоги між її етапами та рівнями надання;	
наявність в структурних підрозділах персональних комп'ютерів з доступом до системи інтернет;	
наявність та доступність локальних клінічних протоколів з організації медичної допомоги при найбільш поширених хворобах та станах;	
забезпеченість ліцензійними інформаційними програмами, наявність доступу до телеконсультативної системи.	
ЗАГАЛЬНИЙ ПОКАЗНИК:	

Задача № 17

В таблиці представлено Індикатори структури забезпечення якості стаціонарної медичної допомоги на вторинному рівні.

Вам необхідно провести експертну оцінку цих індикаторів для закладу охорони здоров'я в якому ви працюєте зазначивши за кожним із індикаторів експертну оцінку від 1 до 10, де 1 це найнижчий а 10 найвищий бал.

Після цього вам необхідно підсумувати бали та визначити загальний результат якісного експертного оцінювання.

Таблиця

Індикатори структури забезпечення якості стаціонарної медичної допомоги на вторинному рівні

Найменування	Визначений бал експертної оцінки
відповідність структури та потужності стаціонару галузевим нормативам та показникам поширеності хвороб серед населення території обслуговування і обрахованим потребам населення в стаціонарній медичній допомозі;	
забезпеченість ліжками – кількість ліжок на 10000 населення;	
наявність приймального відділення – відділення екстреної медичної допомоги з наявністю оснащених протишокових палат, забезпечених необхідними лікарськими засобами в яких цілодобово працює підготовлений з питань екстреної медичної допомоги медичний персонал;	
відповідність штатного розпису вимогам наказу МОЗ України від 23.02.2002 року №33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я»;	
укомплектованість штатних посад лікарів фізичними особами,%;	
укомплектованість штатних посад молодших медичних працівників з вищою освітою фізичними особами,%;	
співвідношення штатних посад лікарів та молодших медичних працівників з вищою освітою;	
розподіл фізичних осіб лікарів та молодших медичних працівників з вищою освітою за кваліфікаційними категоріями;	
рівень фінансування з розрахунку на один ліжко-день, грн. в тому числі на придбання лікарських засобів та харчування;	
відповідність переліку та площ приміщень вимогам ДСТУ;	
забезпеченість структурних підрозділів медичним обладнанням та виробами медичного призначення у відповідності до Табелю оснащення підрозділів амбулаторно-поліклінічних закладів, затверджених МОЗ України;	

Найменування	Визначений бал експертної оцінки
наявність централізованого холодного та гарячого водопостачання, опалення;	
наявність в структурі лікарні не менше 10% ліжок інтенсивної терапії оснащених відповідно до нормативів апаратами штучної вентиляції легенів, моніторинговою апаратурою та дозаторами для введення лікарських засобів;	
наявність безперебійного 3-х денного запасу лікарських засобів для проведення інтенсивного лікування пацієнтів та надання екстреної медичної допомоги за списком затвердженням головним лікарем;	
забезпеченість лабораторною діагностикою з переліком досліджень у відповідності до клінічних протоколів, затверджених МОЗ України з цілодобовою доступністю (перелік досліджень, які не проводяться з аналізом їх впливу на діагностично-лікувальний процес);	
забезпеченість променевою діагностикою з переліком досліджень у відповідності до клінічних протоколів, затверджених МОЗ України з цілодобовою доступністю (перелік досліджень, які не проводяться з аналізом їх впливу на діагностично-лікувальний процес);	
забезпеченість ендоскопічною діагностикою з переліком досліджень у відповідності до клінічних протоколів, затверджених МОЗ України з цілодобовою доступністю (перелік досліджень, які не проводяться з аналізом їх впливу на діагностично-лікувальний процес);	
забезпеченість функціональною (інструментальною) діагностикою з переліком досліджень у відповідності до клінічних протоколів, затверджених МОЗ України з цілодобовою доступністю (перелік досліджень, які не проводяться з аналізом їх впливу на діагностично-лікувальний процес);	
наявність затвердженої системи наступності медичної допомоги між її етапами та рівнями надання;	
наявність в структурних підрозділах персональних комп'ютерів з доступом до системи інтернет;	
наявність відпрацьованої системи умов госпіталізації пацієнтів, які потребують інтенсивної медичної допомоги та при надходженні великої кількості хворих та постраждалих;	
наявність та доступність локальних клінічних протоколів з організації медичної допомоги при найбільш поширених хворобах та станах;	

Найменування	Визначений бал експертної оцінки
забезпеченість ліцензійними інформаційними програмами, наявність доступу до телеконсультативної системи.	
ЗАГАЛЬНИЙ ПОКАЗНИК:	

Задача № 18

В таблиці представлено Індикатори процесу забезпечення якості медичної допомоги на первинному рівні надання медичної допомоги.

Вам необхідно провести експертну оцінку цих індикаторів для закладу охорони здоров'я в якому ви працюєте зазначивши за кожним із індикаторів експертну оцінку від 1 до 10, де 1 це найнижчий а 10 найвищий бал.

Після цього вам необхідно підсумувати бали та визначити загальний результат якісного експертного оцінювання.

Таблиця

Індикатори процесу забезпечення якості медичної допомоги на первинному рівні надання медичної допомоги

Найменування	Визначений бал експертної оцінки
рівень звернень населення до ЛЗП-СЛ з розрахунку на одного жителя;	
частка звернень з профілактичною метою, % до загальної кількості звернень;	
частка звернень дитячого населення, % до загальної кількості звернень;	
частка взятих на диспансерний облік за основними нозологіями, % від загальної кількості зареєстрованих хворих;	
частка оглянутих з профілактичною метою, % від загальної кількості диспансерних хворих за нозологіями;	
частка охоплених заходами реабілітації (протирецидивного лікування), % від загальної кількості диспансерних хворих за нозологіями;	
охоплення цільовими профілактичними оглядами на виявлення на ранніх стадіях розвитку хвороб	
вакцинація населення, % від підлеглих плановій вакцинації;	
кількість пролікованих в денних та домашніх стаціонарах;	
охоплення санітарно-гігієнічним навчанням, заходами з формування здорового способу життя, % від кількості прикріпленого населення.	
ЗАГАЛЬНИЙ ПОКАЗНИК:	

Задача № 19

В таблиці представлено Індикатори процесу забезпечення якості амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги на вторинному рівні.

Вам необхідно провести експертну оцінку цих індикаторів для закладу охорони здоров'я в якому ви працюєте зазначивши за кожним із індикаторів експертну оцінку від 1 до 10, де 1 це найнижчий а 10 найвищий бал.

Після цього вам необхідно підсумувати бали та визначити загальний результат якісного експертного оцінювання.

Таблиця

Індикатори процесу забезпечення якості амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги на вторинному рівні

Найменування	Визначений бал експертної оцінки
функція посади лікаря-спеціаліста амбулаторно-поліклінічного закладу охорони здоров'я (підрозділу);	
частка звернень з профілактичною метою, % до загальної кількості звернень;	
частка звернень за направленнями ЛЗП-СЛ, % до загальної кількості звернень;	
частка взятих на диспансерний облік за основними нозологіями, % від загальної кількості зареєстрованих хворих;	
частка оглянутих з профілактичною метою, % від загальної кількості диспансерних хворих за нозологіями;	
частка охоплених заходами реабілітації (протирецидивного лікування), % від загальної кількості диспансерних хворих за нозологіями	
ЗАГАЛЬНИЙ ПОКАЗНИК:	

Задача № 20

В таблиці представлено Індикатори результату якості медичної допомоги на первинному рівні надання медичної допомоги.

Вам необхідно провести експертну оцінку цих індикаторів для закладу охорони здоров'я в якому ви працюєте зазначивши за кожним із індикаторів експертну оцінку від 1 до 10, де 1 це найнижчий а 10 найвищий бал.

Після цього вам необхідно підсумувати бали та визначити загальний результат якісного експертного оцінювання.

Таблиця

Індикатори результату якості медичної допомоги на первинному рівні надання медичної допомоги

Найменування	Визначений бал експертної оцінки
зниження рівнів загальної захворюваності, інвалідності і смертності серед диспансерної групи населення;	
зниження рівнів смертності населення працездатного віку;	
зниження рівнів попереджувальної смертності населення;	
зниження рівня вперше виявлених хворих на туберкульоз та злоякісні новоутворення в занедбаних стадіях;	
зниження рівня захворюваності населення на інфекційні хвороби, які відносяться до групи вакцинокованих;	
зниженні рівня госпіталізації населення;	
зниження рівня викликів бригад екстреної медичної допомоги при невідкладних станах;	
зниження рівня госпіталізації пацієнтів за екстремними показами поза межами терапевтичного вікна.	
ЗАГАЛЬНИЙ ПОКАЗНИК:	

ЛІТЕРАТУРА

1. Басва О. В. Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я. Персонал. 2007. 216 с.
2. Басва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: навчальний посібник. К.: Центр учбової літератури, 2008. 328 с.
3. Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. К.: Україна, 2018. 368 с.
4. Бережна Ю. Роль національного кластеру охорони здоров'я формуванні потенціалу сфери охорони здоров'я. Економіст. 2015. № 4. С. 29-33.
5. Білик О. І. Принципи оптимізації системи фінансування охорони здоров'я України. Актуальні проблеми економіки. 2017. № 1. С. 210-218.
6. Бояркіна С. І. Перспективи розвитку українського законодавства у сфері забезпечення і реалізації права на охорону здоров'я. Правничий вісник Університету "КРОК". 2017. Вип. 27. С. 101-107.
7. Булах І. Є. Медична інформатика в модулях. К.: Медицина, 2009. 208 с.
8. Вовк С. М. Взаємовідношення держави з малим та середнім бізнесом в охороні здоров'я країни. Економіка та держава. 2015. № 3. С. 48-52.
9. Воронцова К. Права суб'єктів інтелектуальної власності на традиційні знання у сфері охорони здоров'я. Теорія і практика інтелектуальної власності. 2014. № 6. С. 21-31.
10. Воронцова Т. В. Основи здоров'я. К.: Алатон, 2008. 160 с.
11. Ворсовський О. Л. Фінансовий потенціал підприємств, основним видом діяльності яких є охорона здоров'я та надання соціальної допомоги. Економіка та держава. 2016. № 7. С. 44-47.
12. Герасимчук Н. А. Правовий статус суб'єктів господарювання, які проводять господарську діяльність з медичної практики у сфері охорони здоров'я. Медичне право. 2018. № 2. С. 9-24.
13. Гладун З. Зміст та особливості адміністративно-правових відносин у сфері охорони здоров'я населення. Право України. 2013. № 10. С. 241-249.
14. Грін О. Загальне медичне право. Ужгород: Вид-во ФОП Сабов А.М. 2017. 208 с.
15. Грот В. Інвестування в охорону здоров'я. К.: Києво-Могилянська академія, 2004. 46 с.
16. Двірська О. В. Медіація у сфері охорони здоров'я - правові проблеми та перспективи розвитку. Правничий вісник Університету КРОК. 2015. Вип. 21. С. 123-129.
17. Дешко Л. Конституційно-правові гарантії прав людини і основоположних свобод у сфері охорони здоров'я. Право України. 2011. № 11/12. С. 53-61.
18. Дмитрук О. Ю. Спортивно-оздоровчий туризм. К.: Альтерпрес, 2008. 280 с.
19. Єфіменко Т. І. Модернізація фінансової системи України в процесі євроінтеграції. К.: Акад. фін. управління, 2014. 784 с.
20. Ілляшенко О. Принцип безпосереднього виконання авторського договору у сфері охорони здоров'я. Теорія і практика інтелектуальної власності. 2015. № 2. С. 14-24
21. Кашинцева О. Національна патентна реформа у сфері охорони здоров'я: основні напрямки. Теорія і практика інтелектуальної власності. 2016. № 5. С. 45-49
22. Ключко О. В. Формування нових підходів до розробки стратегії використання людського потенціалу в закладах охорони здоров'я. Вісник Київського інституту бізнесу та технологій. 2017. № 2. С. 41-44
23. Корнійчук О. Інноваційні складові розвитку системи охорони здоров'я. Економіст. 2015. № 1. С. 22-24
24. Коробцова Н. Право людини на охорону здоров'я: спеціальні гарантії дотримання. Підприємство, господарство і право. 2012. № 1. С. 29-32
25. Круковська-Мілер А. М. Фактори, що впливають на пацієнтів при виборі центрів охорони здоров'я в Польщі. Маркетинг і менеджмент інновацій. 2015. № 3. С. 182-191.
26. Ластков Д. О. Основи екології та профілактична медицина: підручник. К.: Медицина, 2017. 472 с.
27. Луцик Л. Ф. Історія медицини і медсестринства: навчальний посібник. К.: Медицина, 2018. 376 с.
28. Мазур І. П. Медсестринство в стоматології: навчальний посібник. К.: Медицина, 2017. 160 с.

29. Майданник Р. А. Права людини в сфері охорони здоров'я: практикум. за ред. К.: Алерта, 2013. 116 с.
30. Максименко С. Д. Медична психологія: підручник. К.: Слово, 2014. 520 с.
31. Москаленко В. Ф. Економіка охорони здоров'я. К.: Нова Книга, 2008. 216 с.
32. Немець К. А. Особливості суспільно-географічних досліджень системи охорони здоров'я прикордонного регіону. Економічний часопис XXI. 2015. № 1/2. С. 93-98
33. Нікітчина О. В. Роль добровільного медичного страхування у фінансуванні охорони здоров'я України. Вісник Київського інституту бізнесу та технологій. 2015. № 1. С. 70-75
34. Павлюк К. В. Іноземні механізми фінансування охорони здоров'я в умовах посткризового відновлення економіки. Фінанси України. 2013. № 2. С. 93-103
35. Павлюк К. В., Степанова О. В. Децентралізація в системі фінансування охорони здоров'я. Фінанси України. 2015. № 4. С. 67-86
36. Палиця С. Державна політика економіко-технологічної кластеризації системи охорони здоров'я України. Економіст. 2013. № 11. С. 32-37
37. Пашков В. М. Блокчейн у системі охорони здоров'я: проблеми правового забезпечення. Медичне право. 2018. № 2. С. 32-41
38. Пашков В. М. Дозвільний тип правового регулювання у сфері охорони здоров'я. Медичне право. 2017. № 1. С. 47-55
39. Петрова І. П., Близнюк В. В. Розвиток соціально-трудової сфери України: теорія, практика, перспективи. К.: Інститут економіки та прогнозування НАН України, 2016. 236 с.
40. Піялович В. Основні фактори зміни витрат на охорону здоров'я. Актуальні проблеми економіки. 2016. № 1. С. 406-417
41. Правові аспекти надання закладом охорони здоров'я відповідей на запити на інформацію. Медичне право. 2017. № 1. С. 75-78
42. Прус Н. В. Підходи до управління фінансовими ресурсами в контексті реформування системи охорони здоров'я України. Економіка та держава. 2018. № 10. С. 27-33.
43. Пугинцева Г. Й. Медична генетика: підручник. К.: Медицина, 2008. 398 с.
44. Самойленко В. Б. Медична і соціальна реабілітація: підручник. К.: Медицина, 2018. 464 с.
45. Селіваненко В. Особливості правової охорони засобів індивідуалізації у сфері охорони здоров'я. Теорія і практика інтелектуальної власності. 2013. № 5. С. 68-74
46. Семигіна Т. Охорона здоров'я у глобальному та європейському порядку денному. Політичний менеджмент. 2012. № 1/2. С. 112-121
47. Стеценко С. Г. Медичне право України: правові засади забезпечення медичного страхування: монографія. К.: Атіка, 2010. 208 с.
48. Терешко Х. Я. Права пацієнтів за умов запровадження електронної системи охорони здоров'я: деякі проблеми дотримання. Медичне право. 2018. № 2. С. 50-58.
49. Терлецька Л. Г. Психологія здоров'я особистості: технологія психосинтезу: навчальний посібник. К.: Слово, 2016. 152 с.
50. Терлецька Л. Г. Психологія здоров'я: арт-терапевтичні технології. К.: Слово, 2016. 128 с.
51. Терлецька Л. Г. Тілесно-орієнтований тренінг: навчальний посібник для студентів. К.: Слово, 2016. 104 с.
52. Тимофіїва М. П. Психологія здоров'я. Чернівці: Книги XXI, 2009. 296 с.
53. Ушакова О. І. Державна політика з подолання нерівності у сфері охорони громадського здоров'я: міжнародний досвід. Економіка та держава. 2014. № 9. С. 133-137.
54. Феодулова Л. І. Науково-технологічний розвиток сфери охорони здоров'я України в контексті інтеграційних викликів. Економічний часопис – XXI. 2014. № 5/6. С. 37-41.
55. Фесенко Є. В. Злочини проти здоров'я населення та системи заходів з його охорони. К.: Атіка, 2004. 280 с.
56. Філонова І. Б. Нові підходи до фінансування вітчизняної сфери охорони здоров'я. Економіка України. 2015. № 3. С. 76-84.
57. Чепица М. П. Стимуляція здоров'я та інтелекту: навчальний посібник. К.: Знання, 2006. 347 с.
58. Шапоренко О. І. Ціноутворення медичних послуг як механізм державного регулювання охорони здоров'я. Вчені записки Університету КРОК. 2016. Вип. 44. С. 47-53.

59. Шатило В. Й. Менеджмент і лідерство в медсестринстві: підручник. К.: Медицина, 2013. 304 с.
60. Щербіна А.О. Правовий режим використання персональних даних пацієнтів у закладах охорони здоров'я. *Право і суспільство*. 2014. № 3. С. 234-243

ДОДАТОК А.

ТИПОВИЙ ЗМІСТ «НАСТАНОВИ З ЯКОСТІ»

«Комунальне некомерційне підприємство»

ЗАТВЕРДЖЕНО:

НАСТАНОВА З ЯКОСТІ

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТУ ЯКОСТІ
ЗА ISO 9001:2015 / ДСТУ ISO 9001:2015

Цей екземпляр процедури є: ☐ контрольним ☐ врахованим ☐ інформаційним ☐ анульованим	Екземпляр № _____
Загальна кількість змін за період « ____ » _____ 20__ р по « ____ » _____ 20__ р	_____

	Посада	ПІБ	Підпис	Дата
Узгоджено:	Юрисконсульт			
	Заступник медичного директора з амбулаторно діагностичної роботи			
Розроблено:	Завідувач організаційно- методичного відділу			

м. Київ-202_р.

Методики та стандарти в сфері якості

МЕНЕДЖМЕНТ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Навчальний посібник
КНИГА 3.

За редакцією В. Г. Алькема, О. М. Сумець, О. С. Кириченко

м. Київ, Україна

Університет економіки та права «КРОК»
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру ДК № 613 від 25.09.2001 р.

Надруковано департаментом поліграфії
Університет економіки та права «КРОК»
місто Київ, вулиця Табірна, 30-32
e-mail: Print@krok.edu.ua