

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління
та національної безпеки
Кафедра економічної теорії,
інтелектуальної власності та публічного
управління

Кваліфікаційна робота
на правах рукопису

ДОВГАЛЬ СВІТЛАНА МИКОЛАЇВНА

(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК 351

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я,
ЯК РЕСУРС НАЦІОНАЛЬНОЇ ЕКОНОМІКИ

(тема роботи)

281 «Публічне управління та адміністрування»

(шифр і назва спеціальності)

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр
кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне
джерело

С. М. Довгаль

(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи

Вилгін Євген Аркадійович

(прізвище, ім'я, по батькові)

д.держ.упр., доцент

(науковий ступінь, вчене звання)

Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

за результатами попереднього захисту: **Довгаль Світлани Миколаївни**

Протокол засідання кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління № ____ від « ____ » грудня 2020 р.

Завідувач кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

к.е.н., професор
(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

Якобчук В.П.
(прізвище, ім'я, по батькові)

« ____ » грудня 2020 р.

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти **Довгаль Світлана Миколаївна** захистив (ла)
(прізвище, ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:

сума балів за 100-бальною шкалою _____

за шкалою ECTS _____

за національною шкалою _____

Секретар ЕК

(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

Пугачова Н.С.
(прізвище, ім'я, по батькові)

АНОТАЦІЯ

Довгаль С.М. Публічне управління якістю в системі охорони здоров'я, як ресурс національної економіки – Кваліфікаційна робота на правах рукопису. Робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» зі спеціальності 281 «Публічне управління та адміністрування» – Поліський національний університет Міністерства освіти і науки України, Житомир 2020.

Кваліфікаційна робота спрямована на обґрунтування теоретико-методичних основ та практичних рекомендацій по удосконаленню системи управління якістю надання медичної допомоги в КП «Дитяча лікарня» ЖМР та України в цілому. Для досягнення поставленої мети визначено суть системи управління якістю, інституції, що забезпечують функціонування галузі медицини, дано характеристику системи управління якістю загалом, проаналізовано ефективність системи управління якістю надання медичної допомоги на прикладі КП «Дитяча лікарня» ЖМР, дано обґрунтування пріоритетних напрямів державного управління в системі охорони здоров'я, оцінено результативність системного підходу до формування програми розвитку закладу.

Ключові терміни: якість, заклад, держава, охорона здоров'я, управління якістю, ресурс національної економіки.

SUMMARY

Dovgal S.M. Public quality management in the health care system as a resource of the national economy - Qualification Work on manuscript rights. Work on obtaining an educational degree "Master" in specialty 281 "Public Administration" – Polissia National University of the Ministry of Education and Science of Ukraine, Zhytomyr 2020.

Calibration work is aimed at substantiating the theoretical and methodological foundations and practical recommendations for improving the management system of medical care in KP "Children's Hospital" ZhMR and Ukraine as a whole. To achieve this goal, the essence of the quality management system is defined, the institutions that ensure the functioning of the medical industry, the quality management system in general is characterized, the effectiveness of the quality management system of medical care is analyzed on the example of KP "Children's Hospital". Health care, evaluated the effectiveness of a systematic approach to the formation of the program of development of the institution.

Key terms: quality, institution, state, health care, quality management, resource of the national economy.

ЗМІСТ

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ВСТУП | 5 |
| РОЗДІЛ 1. Якість як філософська і соціально-економічна категорія | 7 |
| 1.1. Складові якості в сфері охорони здоров'я | 7 |
| 1.2. Основні моделі та стандарти управління якістю медичної допомоги | 8 |
| РОЗДІЛ 2. Охорона здоров'я як об'єкт публічного управління | 11 |
| 2.1. Здоров'я населення як основний соціальний індикатор суспільного прогресу | 11 |
| 2.2. Зміст публічного управління сферою охорони здоров'я як різновид соціального управління | 14 |
| РОЗДІЛ 3. Система управління якістю медичної допомоги в Україні | 16 |
| 3.1. Державні нормативно-правові документи щодо управління медичної допомоги | 16 |
| 3.2. Контроль як складова процесу управління якістю медичної допомоги на прикладі Комунального підприємства «Дитяча лікарня імені В.Й.Башека» Житомирської міської ради | 17 |
| 3.3. Шляхи удосконалення якості медичної допомоги. Клінічний аудит | 23 |
| ВИСНОВКИ | 25 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ | 27 |
| ДОДАТКИ | 32 |

ВСТУП

Актуальність дослідження. Законодавство України визначає охорону здоров'я одним із пріоритетних напрямів, а держава формує політику охорони здоров'я та забезпечує реалізацію потреб галузі в цілому. Конституція України встановлює належність права людини на охорону здоров'я. Право бути здоровим починається з народження людини, а держава гарантує це право.

Відповідно до положень Конституції України держава зобов'язана створювати умови доступного медичного обслуговування; сприяти розвитку лікарень; державні і комунальні заклади охорони здоров'я, які існують не можуть бути скорочені.

До основних цілей функціонування системи охорони здоров'я (відповідно до Концепції ВООЗ «Здоров'я 2020») відносять: покращення здоров'я населення, відповідність потребам людей, забезпечення справедливості в розподілі фінансових ресурсів, доступність до ресурсів.

Для цього необхідна ґрунтовна нормативно-правова база.

Отже, державне управління охороною здоров'я це сукупність цілеспрямованих впливів органів державної влади, які діють у рамках відповідної компетенції на певні індивідууми та соціальні системи.

Мета та завдання роботи. Дана робота має на меті визначити основні аспекти публічного управління якістю медичної допомоги в період реформування системи охорони здоров'я України.

Конкурентна боротьба за потенційних споживачів медичних послуг визначає необхідність надання особливих гарантій щодо їхньої якості. Підвищення результативності управління закладами сфери охорони здоров'я є одним із найважливіших факторів поліпшення якості, культури та доступності медичної допомоги.

Об'єкт дослідження це сукупність суспільних відносин та процесів управління якістю в системі охорони здоров'я.

Предмет дослідження теоретико-методичні аспекти удосконалення системи управління якістю в охороні здоров'я.

Методи дослідження. Основні методи, застосованими в роботі: нормативно-правовий для визначення інституціонального забезпечення належного рівня надання медичної допомоги, системно-структурний аналіз основних моделей управління якістю, маркетинговий для проведення експертних оцінок і соціологічних досліджень, індуктивні та дедуктивні підходи до розробки програм та процесів управління, проблемно-орієнтований, моделювання процесу управління якістю та проектування системи контролю як складової процесу.

Інформаційну базу дослідження склали нормативно-правове забезпечення державного управління якістю надання медичної допомоги, міжнародні стандарти, зміст публічного управління сферою охорони здоров'я, аналітичний матеріал, наукові праці вітчизняних та зарубіжних вчених з питань управління системою якістю медичної допомоги.

Практичне значення отриманих результатів роботи полягає в удосконаленні процесів системи управління якістю медичної допомоги, як для закладу так і в цілому по Україні.

Основні результати кваліфікаційної роботи знайшли відображення в трьох публікаціях.

РОЗДІЛ 1.

ЯКІСТЬ ЯК ФІЛОСОФСЬКА І СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНА КАТЕГОРІЯ

1.1. Складові якості в сфері охорони здоров'я

Основною пріоритетною людською потребою є потреба в медичній допомозі, тому категорія якості тісно пов'язана зі станом здоров'я людини. До зацікавлених осіб в системі охорони здоров'я належать перш за все пацієнти, медичні працівники, адміністрація лікувальних закладів, постачальники матеріально-технічних засобів, а також держава.

Якість медичної допомоги визначає рівень досягнення системою охорони здоров'я суттєвих цілей у поліпшенні здоров'я та відповідність справедливим очікуванням населення. А основними її критеріями є ефективна і своєчасна медична допомога, задоволення потреб пацієнтів і результативність лікування.

Якщо ресурси для задоволення потреб пацієнтів використовують ефективно, без зайвих витрат та відповідно до вимог доказової медицини то медичне обслуговування слід вважати якісним.

Якість медичної допомоги визначається як «належне (відповідно до стандартів, клінічних протоколів) проведення всіх заходів, які є безпечними, раціональними, прийнятними з точки зору коштів, що використовуються в даному суспільстві, і впливають на смертність, захворюваність, інвалідність» [14]. Відповідно Стандарту ДСТУ ISO 9000:2015 ефективність надання медичної допомоги визначається співвідношенням між досягнутим результатом і використаними ресурсами. Це означає, що в системі охорони здоров'я необхідно отримати максимально можливу віддачу від вкладених в неї ресурсів, або використати мінімальні ресурси для отримання очікуваного результату здоров'я пацієнтів. В разі, коли пацієнт одужує та відновлює втрачені функції, в результаті це називають отриманням медичного результату. Якщо пацієнт повертається до праці і активного способу життя, це означає

задоволеність медичною допомогою і є соціальним результатом. Намагання управлінців системи охорони здоров'я перетворити затрати в якість як співвідношення максимального медичного та соціального результату з обсягами ресурсних витрат на медичну допомогу. Незважаючи на досягнення світових систем охорони здоров'я в задоволенні населення якісною медичною допомогою, навіть в розвинених країнах світу вона відмінна від очікуваної незважаючи на зростання витрат на медичне обслуговування більш високими темпами у порівнянні з національним прибутком. Як наслідок, країни обмежують видатки на охорону здоров'я. В останні роки увагу міжнародних експертів привертають затрати, пов'язані з дефектами надання медичної допомоги.

Основними причинами низької якості і ефективності в системі охорони здоров'я науковці вважають недоліки в системі управління якістю.

1.2. Основні моделі та стандарти управління якістю медичної допомоги

Вперше А. Donabedian запропонував трьохкомпонентну модель забезпечення якості: якість структури, якість процесу та якість результату.

Якість структури означає врахування усіх ресурсних складових в процесі надання медичної допомоги. Для цього необхідні ліцензування і акредитація медичного закладу, атестація спеціалістів. Як результат, медичному закладу надаються всі повноваження з надання медичної допомоги населенню.

Якість процесу ґрунтується на положенні про те, що результати медичної діяльності залежать від наявних медичних знань і розвитком технологій безпосередньо під час надання медичної допомоги.

Якість результату означає одужання пацієнта, відновлення функціонального стану організму, зниження смертності і захворюваності населення.

В зв'язку з тим, що дані підходи не висвітлювали зміни в категорії якості та відповідно не орієнтувались на покращення системи управління якістю, вони були переглянуті і змінені.

Різні країни світу мають різноманітні підходи до побудови систем управління якістю на основі побудованих моделей в залежності від форм державного устрою. Тривалий досвід стратегічного планування якості медичної допомоги населенню набули уряди США, Фінляндії, Франції, Німеччини, Італії та Швеції. Поступово управління якістю на державному рівні впроваджено в Австрії, Бельгії, Нідерландах, Данії, інших країнах Європейського Союзу.

Міжнародні стандарти розробляються експертами Міжнародної організації ISO, яка була створена у 1947 р.. Розроблені стандарти визнаються методом консенсусу і є джерелом найважливішої інформації, так як в них зібрано норми і правила, які засновані на досягненнях у різних галузях науки, техніки.

Україна вступила в члени ISO в 1993 році, а членом ради ISO стала в 2004 році. Національні державні стандарти України (ДСТУ) вона реалізує з вимогами цієї організації.

Основні стандарти системи управління якістю переглядалися та затверджувалися в 2005, 2008, 2009 роках.

В 2015 році видано стандарт ISO 9001:2015 «Системи управління якістю. Вимоги» [16]. Цей стандарт є найбільш удосконаленим, так як базується на процесному підході з ціллю підвищення задоволеності замовника виконанням його справедливих вимог. Якщо надавачі послуг розуміють та керують взаємопов'язаними процесами як системою, то заклад результативно та ефективно досягає запланованих результатів та мети. Таким чином, будь-яка організація може контролювати взаємозв'язки та взаємозалежність процесів. В результаті підвищується загальна дієвість організації в цілому. В даному стандарті розроблена ідентифікація небезпек і оцінка ризиків.

Як свідчить міжнародний досвід, впровадження на підприємстві чи в організації системи управління якістю, розробленої на основі стандарту ISO

9001, сприяє спрощенню системи надання послуг та підвищенню їх якості, встановленню налагодженого зворотного зв'язку зі споживачами, покращенню робочого клімату, забезпеченню стабільної роботи в умовах плинності персоналу, прийняттю раціональних та ефективних рішень на основі фактів. У результаті діяльність підприємства (організації) стає більш зрозумілою та прозорою, в ній встановлюється чіткий розподіл відповідальності, підвищується рівень внутрішньої організованості та зменшується кількість помилок.

РОЗДІЛ 2.

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ЯК ОБ'ЄКТ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ

2.1. Здоров'я населення як основний соціальний індикатор суспільного прогресу

Здоров'я населення є індикатором соціально-економічного, екологічного, демографічного і санітарно-гігієнічного благополуччя будь-якої країни. Здоров'я – соціальний показник суспільного прогресу, важливий чинником, який впливає на якість та ефективність трудових ресурсів в цілому.

Доведено, що здоров'я населення є показником добробуту держави, тому його збереження є завданням держави. Підраховано науковцями, що приблизно 50% здоров'я людини визначає її спосіб життя, тому політика формування здорового способу життя є соціальною політикою. Більше того, за своїм змістом вона повинна співпадати з сучасними загальними вимогами світової медицини щодо здорового способу життя населення держави.

Політика збереження здоров'я вимагає:

- Поєднання зусиль політиків і діячів причетних до управлінських рішень для прогнозування наслідків рішень, дій для здоров'я суспільства;
- прагнення суспільства до формування відповідальності суспільства за стан здоров'я;
- вдосконалення законодавства,
- виявлення перешкод для реалізації успішних політичних рішень і розробка засобів їх уникнення.

Отже, «охорона здоров'я - система заходів, що здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, фізичними особами - підприємцями, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, медичними та фармацевтичними працівниками, громадськими об'єднаннями і громадянами з

метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя» [18].

Держава має створити всі передумови для збереження здоров'я населення. Це передбачає розробку державної політики. «Державна політика України в галузі охорони здоров'я – це комплекс прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення держави як найважливішої складової її національного багатства шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових та медичних заходів з метою збереження генофонду української нації, її гуманітарного потенціалу та врахування вимог нинішнього і майбутніх поколінь в інтересах як конкретної людини (особистості), так і суспільства в цілому» [4].

Загальнодержавні заходи передбачають: «проведення економічних реформ, спрямованих на прогресивний розвиток виробництва і збільшення ВВП, що дозволить підвищити добробут населення і сформувавши державний бюджет, який забезпечить реалізацію програм охорони здоров'я і соціального захисту тих, хто його потребує; підвищення добробуту людей, створення умов для забезпечення раціонального збалансованого харчування, безпечного для здоров'я житла, активного культурного відпочинку, занять фізичною культурою і спортом; забезпечення ефективної охорони навколишнього середовища, яка включатиме впровадження екологічно безпечних технологій у промисловості, енергетиці, сільському господарстві, будівництві й на транспорті, створення та використання сучасних засобів знешкодження шкідливих речовин і захисту довкілля, підвищення екологічної культури населення; забезпечення охорони праці й техніки безпеки на всіх виробництвах, створення здорових умов праці, ефективну профілактику виробничого травматизму і професійних захворювань; формування здорового способу життя, його моральне й матеріальне стимулювання, гігієнічне виховання і навчання

людей, особливо дітей та молоді, розвиток фізичної культури і спорту, боротьбу зі шкідливими звичками (алкоголізмом, тютюнопалінням, наркоманією, токсикоманією); активну демографічну політику, спрямовану на підвищення народжуваності та зниження смертності, особливо дітей і людей працездатного віку, вдосконалення системи планування і захисту сім'ї, політики підтримки молоді, соціального захисту інвалідів та людей похилого віку; збереження і зміцнення репродуктивного здоров'я населення, удосконалення системи охорони материнства, поліпшення умов праці та побуту жінки-матері; забезпечення всебічного гармонійного фізичного та психічного розвитку дитини, починаючи з народження, її раціонального харчування, оптимальних умов побуту, виховання і навчання; забезпечення профілактичної спрямованості системи охорони здоров'я шляхом удосконалення санітарного законодавства, широкого проведення профілактичних заходів; розвиток фармацевтичної та медико-інструментальної промисловості, виробництва імунобіологічних препаратів, медичного приладобудування, здешевлення, підвищення якості та безпеки вітчизняної продукції, що має сприяти підвищенню її конкурентоздатності, кардинальному поліпшенню медикаментозного і матеріально-технічного забезпечення медичних закладів і населення» [4].

Стан населення України є основним об'єктом управління сферою охорони здоров'я, передусім це – його чисельність, віковий та статевий склад, показники народжуваності, смертності та інші основні показники. Важливою складовою стратегії та планування в системі охорони здоров'я є вивчення тенденцій захворюваності та поширеності захворювань серед дитячого та дорослого населення.

2.2. Зміст публічного управління сферою охорони здоров'я як різновид соціального управління

Аналізуючи зміст публічного управління сферою охорони здоров'я як різновид соціального управління, зазначені вчені вказують: це соціальна функція, яка в подальшому скеровує розвиток історії суспільства. Таким чином, можливо визначити існуючі підходи:

— державне управління охороною здоров'я є одночасно механізмом та формою реалізації управління суспільством;

— управлінський вплив обов'язково містить організаційний компонент у медичному закладі, який проявляється в спрямуванні та практичному здійсненні взаємодії людей і має два зрізи: статичний (структурний) та динамічний (функціональний);

— існує поділ медичної сфери як загального інституту управління на певну суб'єктну структуру, що складається з органів державного управління і бізнесу;

— об'єктами державного управління сфери охорони здоров'я визначають деякі суспільні відносини, а також відносини у самій організаційній системі, тобто відносини між різними органами держави, всередині та між самими лікувальними установами.

В процесі управління можна визначити основні етапи:

1. планування та формування кінцевої мети;
2. подальший аналіз та збір інформації;
3. подальше ухвалення рішення;
4. координація та здійснення керуючих дій;
5. відповідний контроль за виконанням рішень.

Державна стратегія або Концепція розвитку охорони здоров'я населення України розроблена провідними управлінцями системи охорони здоров'я та затверджена: «Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000 «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України»» [23].

Функціонування системи управління якістю розпочинається з визначення цілей (стратегій). Це фундамент, на якому починається розробка завдань, формування цілей та структур та в подальшому оцінка результатів діяльності, їх відповідність визначеним цілям і завданням. Стратегія включає в себе планування дій і їх практичну реалізацію. В кінцевому результаті стратегія спрямована на задоволення потреб і досягнення визначених основних цілей.

РОЗДІЛ 3.

СИСТЕМА УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

3.1. Державні нормативно-правові документи щодо управління медичної допомоги

Основні нормативно-правові документи, що регулюють управління якістю медичної допомоги в Україні:

- «Закон України від 01.01.2012 року «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги»» [18]. Законом надано законодавчого статусу акредитації закладів охорони здоров'я;

- «Програма економічних реформ в Україні на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава»» [28]. Програма містить завдання по підвищенню якості надання медичної допомоги. Вона передбачає впровадження індикаторів якості роботи та організацію центрів оцінювання якості надання медичних послуг. Система оцінювання має бути доповнена індикаторами якості (статистичні показники, та показники, які отримані під час експертної оцінки). Це дозволяє забезпечити об'єктивне оцінювання, моніторинг та в подальшому визначення основних проблем в забезпеченні системі якості;

- накази Міністерства охорони здоров'я.

Зовнішній відомчий контроль за функціонуванням системи охорони здоров'я, згідно з повноваженнями, здійснює МОЗ України, у тому числі, Департамент з питань якості медичної та фармацевтичної допомоги, управління охорони здоров'я міст та областей.

Для відповідності якості наданих послуг медичний заклад має пройти ліцензування і акредитацію, стандартизувати надання медичної допомоги, атестацію спеціалістів та проводити внутрішній контроль якості.

Внутрішній контроль якості проводиться адміністрацією та Медичною радою закладу. Керівнику закладу охорони здоров'я надані всі повноваження з виконання контрольних функцій за роботою завідувачів відділеннями. Сучасні підходи до внутрішнього контролю якості передбачають також впровадження аудиту та самооцінювання системи управління якістю.

Всі медичні працівники є суб'єктами контролю в системі управління якістю.

Об'єкти контролю:

- організація надання медичної допомоги;
- кваліфікація спеціалістів;
- наявність управлінських рішень з питань якості;
- стан дотримання стандартів та Протоколів медичної допомоги;
- наявність дефектів надання медичної допомоги, заходи по їх усуненню;
- несприятливі наслідки лікування та скарги громадян, їх розгляд та реагування.

3.2. Контроль як складова процесу управління якістю медичної допомоги на прикладі Комунального підприємства «Дитяча лікарня імені В.Й.Башека» Житомирської міської ради

Контроль як складова процесу управління призначений забезпечити досягнення стратегічної мети:

- надання пацієнтам якісної медичної допомоги шляхом встановлення рівня відповідності визначених компонентів (характеристик) якості медичної допомоги прийнятним вимогам.

Контроль як функція управління передбачає:

- збір даних про фактичні характеристики якості медичної допомоги на основі їх моніторингу за визначеними критеріями;

- порівняння отриманих даних з вимогами нормативів, стандартів, протоколів, інструкцій;
- виявлення відхилень (невідповідностей) та їх оцінку;
- аналіз причин відхилень;
- використання аналітичної інформації для підтримки прийняття управлінського рішення з поліпшення якості медичної допомоги.

Таким чином реалізується зворотний зв'язок в системі управління якістю.

Контроль передбачає розробку інформаційної бази критеріїв та індикаторів якості медичної допомоги. Критерії якості повинні охоплювати усі компоненти якості і слугувати орієнтирами на шляху досягнення запланованих цілей з надання якісної медичної допомоги. Критерії якості деталізуються для кожного відділення та структурного підрозділу і кожного співробітника, відповідно до виду і обсягу медичної допомоги, визначених Положеннями про структурні підрозділи та посадовими інструкціями.

Наказом по закладу затверджені критерії якості медичної допомоги, за якими аналізуються результати діяльності, та в подальшому приймаються рішення по її поліпшенню.

Оцінка проводиться за визначеними критеріями (індикаторами).

До індикаторів структури відносяться:

- відповідність структури та потужності закладу нормативам в стаціонарній медичній допомозі;
- забезпеченість ліжками;
- приймальне відділення з оснащеною палатою невідкладної допомоги, забезпеченого необхідними лікарськими засобами;
- розподіл фізичних осіб лікарів та молодших медичних і т.д..

Індикаторів процесів розроблені для амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної медичної допомоги.

Індикатори процесу якості амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги:

- відсоток звернень за направленнями до загальної кількості звернень;
- рівень дитячої інвалідизації.

Індикатори процесу якості стаціонарної медичної допомоги:

- рівень госпіталізації;
- середня тривалість перебування пацієнта в закладі;
- частота ускладнень, пов'язаних із маніпуляціями/операціями;
- дотримання медичних технологій, зокрема обов'язкових діагностичних, інструментальних методів досліджень і лікувальних заходів, які затверджені в закладі, відповідно до плану ведення пацієнтів;

- хірургічна активність стаціонару;
- загальна летальність;
- летальність від ускладнень анестезіологічної/хірургічної допомоги;
- відсоток проведених патологоанатомічних розтинів;
- відсоток розбіжностей між клінічними та патологоанатомічними діагнозами;
- відповідність до клінічних Протоколів.

По виконанню основних показників щодо якості медичної допомоги формуються індикатори результативності:

Індикатори результативності якості амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги:

- зниження рівнів інвалідності і смертності серед диспансеризованих;
- зниження рівнів попереджувальної смертності дитячого населення;
- зниження рівнів госпіталізації дітей.

Індикатори результативності якості стаціонарної медичної допомоги:

- зниження рівня летальності;
- відсоток розбіжності клінічного та патологоанатомічного діагноза.

Контроль якості здійснюється за чотирьохступеневою системою.

Самоконтроль якості (I ступінь). Самоконтроль якості здійснюється безпосередніми надавачами медичної допомоги – лікарями, молодшими спеціалістами з медичною освітою – згідно з покладеними на них

відповідальністю та повноваженнями для забезпечення якості, зазначеними у посадових інструкціях. Принцип самоконтролю заснований на постійному дотриманні вимог/рекомендацій діючих регламентів (наказів, розпоряджень, інструкцій, нормативів, локальних медико-технологічних документів та інших) і порівнянні фактичних проміжних і кінцевих результатів. В разі виявлення відхилень у процесі медичної допомоги виконавцем вносяться відповідні корективи; за необхідності до коригувальних заходів долучається завідувач відділенням/структурним підрозділом.

Самоконтроль процесу медичної допомоги здійснюється на основі вищезазначених критеріїв якості:

огляд пацієнта, своєчасне встановлення діагнозу;

інформування хворого про стан його здоров'я, отримання поінформованої згоди на медичні втручання;

складання плану обстеження і лікування відповідно до вимог локальних медико-технологічних документів;

виконання плану обстеження і лікування; своєчасність встановлення клінічного діагнозу;

моніторинг клінічного стану пацієнта та динаміки патологічного процесу, клінічної ефективності та наслідків дії лікарських препаратів та інших видів лікування;

своєчасне внесення корекцій у лікування;

належне оформлення медичної документації відповідно вимогам.

Про всі недоліки з питань надання лікувально-діагностичного процесу, в разі потреби, повідомляються завідувачу відділенням і реєструються в первинній медичній документації.

Самоконтроль повинен торкатися і ресурсного компоненту якості, спрямованого на підтримку лікувально-діагностичного процесу: безперервного професійного самонавчання, дотримання правил лікувально-охоронного режиму.

Організація оперативного контролю якості на рівні відділення та структурного підрозділу закладу охорони здоров'я (II ступінь).

На рівні відділення та структурного підрозділу закладу охорони здоров'я оперативний контроль якості медичної допомоги здійснюється завідувачем шляхом оцінки якості за сукупністю випадків медичної допомоги, наданою пацієнтам за визначений період часу. Згідно з стандартами акредитації, контроль якості завідувачі відділень проводять щомісяця.

Збір даних, відповідних критеріям, для оцінки якості медичної допомоги здійснюється, використовуючи форми первинної медичної документації (Ф. 003, 066/о, Ф. 027/о, Ф. 112/о та інші), анкети соціологічних опитувань пацієнтів. В подальшому заплановано використовувати відеозаписи, якщо вони ведуться у відділенні. Отримані дані піддаються статистичній обробці шляхом підрахунку кількості випадків, відповідних нормативам (еталонним показникам), та представляються у відсотках від загального числа випадків, що оцінюються.

Економічна ефективність використання ресурсів оцінюється за допомогою клініко-економічного аналізу, який періодично проводить завідувач відділенням сумісно з вповноваженим представником економічної служби, старшою медичною сестрою відділення.

В процесі удосконалення контролю якості впроваджено в роботу нові методи клініко-економічного аналізу

Розглянемо основні, які використовуються в КП «Дятича лікарня» ЖМР:

1. визначення витрат, які пов'язані з лікуванням пацієнта з певною нозологічною формою (проводиться сумісно з економічною службою).

2. проведення ABC-аналізу (проводиться сумісно з фармацевтом):

- На лікарські засоби групи А – використовується 80,0% коштів,
- На групу В – 15, 0% усіх коштів,
- На групу С – витрачається 5,0% коштів.

3. VEN-аналіз дозволяє розподілити послуги або діагностичні дослідження по важливості і відповідності Протоколам.

4. проведення анкетування пацієнтів для використання зазначеної інформації з метою планування заходів з поліпшення якості.

5. проведення анкетування медичних працівників, як надавачів медичної допомоги. Це дозволяє оцінити умови працівників та залучати персонал до участі в СУЯ.

Результати контролю формалізуються та вносяться їх до «Карти оцінки якості лікувально-діагностичного процесу» (Додаток А) і використовуються при підготовці аналітичної довідки якості діяльності відділення, а також для представлення головному позаштатному спеціалісту за профілем для проведення аналізу надання медичної допомоги за даною нозологічною формою на усіх рівнях надання медичних послуг. Завідувач відділенням проводить поточний контроль за ресурсною складовою якості: навчанням персоналу, забезпеченням пацієнтів медикаментами та їх збереженням, харчуванням хворих в стаціонарі, забезпеченням лікувально-охоронного та санітарно-протиепідемічного режиму, виконанням правил внутрішнього трудового розпорядку і т. д.

Організація оперативного контролю якості медичним директором (III ступінь). Медичний директор здійснює аналіз процесу надання медичної допомоги за індикаторами якості, представленими завідувачем відділення. Використовуючи індикатори наступності етапів і рівнів медичної допомоги, власне процесу її надання і результатів, саме медичний директор за функціональними обов'язками і наділеними повноваженнями може впливати в цілому на покращення якості лікувально-діагностичного процесу за даною нозологічною формою, охоплюючи його усі складові, незалежно від місця надання медичної допомоги. Кінцеві показники експертного контролю надаються директору закладу.

Організація оперативного контролю якості керівником закладу охорони здоров'я (IV ступінь).

Систему управління якістю закладу схематично можна представити (Додаток Б). Оперативний контроль якості керівником закладу охорони

здоров'я здійснюється на основі аналізу узагальнених медичного директора та голів експертних комісій, що діють у закладі (лікарсько-контрольної, інфекційного контролю, гемотрансфузійної, з лікувального харчування та інших). Керівник закладу охорони здоров'я також може використовувати як вхідні дані для оперативного контролю якості результати 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.

3.3. Шляхи удосконалення якості медичної допомоги. Клінічний аудит

Враховуючи, що контроль якості завідувачами відділень має бути ретельним і охоплювати великий обсяг інформації, що потребує достатньо часу, а також достатньо суб'єктивний характер контролю на рівні лінійних керівників, в закладі впроваджено аудит клінічної і неклінічної діяльності та самооцінку системи управління якістю.

Клінічний аудит є обов'язковою умовою удосконалення якості надання медичної допомоги та спрямований на покращення СУЯ.

В закладі проводиться:

- 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.

Внутрішній аудит необхідний для отримання додаткової інформації про забезпечення умов функціонування системи управління в закладі.

В КП «Дитяча лікарня» ЖМР наказом створена організаційна структура – відділ внутрішнього аудиту. Відповідальність по процесам покладена на керівників процесів (Додаток В). Моніторинг показників процесів в СУЯ здійснюються з періодичністю відповідно графіка (Додаток Г).

За результатами аудиту складається «Звіт про проведення аудиту», який доводиться до відома керівника підрозділу, що перевірявся, а також до представника керівництва, який в свою чергу повідомляє результати аудитів вищому керівництву закладу. При позитивних результатах аудит завершується. Якщо при аудиті виявлені невідповідності, встановлюються причини їх виникнення, та пропонується проведення коригувальних дій для їх усунення. Якщо керівник підрозділу може на власному рівні усунути причини невідповідностей, він проводить коригувальні дії у встановлений термін та повідомляє керівнику групи аудиту про їх проведення. Керівник групи аудиту (з можливою участю членів групи аудиту) оцінює проведені коригувальні дії та робить висновок про їх результативність та достатність. Це може здійснюватись в рамках повторних внутрішніх аудитів або окремо після повідомлення керівника підрозділу про проведені коригувальні дії головного аудитора.

Результати внутрішніх аудитів є джерелом інформації для критичного аналізування керівництвом дії системи управління якістю, служать інформацією для аналізу й оцінки результативності процесів.

ВИСНОВКИ

Високоякісна медична допомога включає:

- Наявність системи управління якістю на всіх етапах надання медичних послуг;

- Ефективне використання наявних матеріальних ресурсів;

- Позитивний результат допомоги для пацієнта.

Суттєві риси успішного управління якістю медичної допомоги:

- Проведення аудиту з ціллю виявлення недоліків в системі якості та результативності;

- Постійний аудит даних про медичні послуги;

- Наявність затверджених стандартів і Протоколів, які ґрунтуються на доказовій базі;

- Гнучкість та реалізація необхідних змін через ефективні механізми;

- Дослідження впливу змін;

- Вивчення та використання з подальшим удосконаленням кращих практик.

Інструментами управління якістю медичної допомоги є:

- Ліцензування;

- Сертифікація та атестація;

- Контроль;

- Стандартизація;

- Акредитація.

Надавачі медичних послуг повинні самі розробити, налаштувати і впровадити систему поліпшення якості, адаптовані до їхніх медичних закладів, та зробити ці системи прозорими для всіх.

Всі хто фінансує систему охорони здоров'я, повинні сприяти поліпшенню якості надання медичних послуг, вимагаючи створення систем підвищення якості у контрактах з лікарнями, практикуючими лікарями та організаціями охорони здоров'я.

Менеджери в сфері охорони здоров'я повинні взяти на себе лідерство в створенні таких систем у своїх організаціях.

Результативного управління заклад досягає через розуміння середовища, в якому він здійснює свою діяльність. Щоб досягти успіху вище керівництво закладу, застосовуючи підходи управління якістю та інших напрямків управління якістю, постійно вдосконалює систему і управляє процесами системи.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Васянович І. А. Розробка клінічних індикаторів процесу медичної допомоги (огляд літератури) / І. А. Васянович // Україна. Здоров'я нації. – 2009. – № 3 (11).
2. Воронцов М.М., Чепурненко Н.В. Анализ качества и эффективности здравоохранения: Обзор инфор. ВНИИМИ. – М., 1986.
3. Галієнко Л. І. Характеристика основних особливостей реформ первинної медико-санітарної допомоги в нових незалежних державах / Л. І. Галієнко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 1999. – № 1.
4. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. моногр.: у 2 ч. / [кол. авт.; упоряд. проф. Я.Ф. Радиш; передм. та заг. ред. проф. М.М. Білинської, проф. Я.Ф. Радиша]. — К.: НАДУ, 2013. — Ч. 1.
5. Державне управління охороною здоров'я України: монографія / [Лазоришинець В.В., Слабкий Г.О., Ярош Н.П., Чепелевська Л.А., Шевченко М.В., Кутуза А.С., Ціборовський О.М., Істомин С. В., Кондратюк Н.Ю., Кучеренко Н.Т., Тяпкін Г.М.]. — К., 2014. — 312 с.
6. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. / [кол. авт.; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш,
7. Довгаль С.М., Берегова М.О. - Удосконалення системи управління якістю стаціонарної медичної допомоги на прикладі Комунального підприємства «Дитяча лікарня імені В.Й. Башека» Житомирської міської ради – Поліський національний університет.
8. Дудіна О. О. Впровадження клінічних протоколів в діяльність закладів охорони здоров'я матері та дитини / О. О. Дудіна, О. А. Валієв // Підвищення якості медичної допомоги: наукові засади та практичні результати : Всеукр. наук.-практ. конф. / МОЗ України, ДУС, ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС, ДУ «УІСД МОЗ України», 22 жовтня 2010 р. : тези доп. – К., 2010.

9. Зіменковський А.Б. Системний підхід до оцінки якості медичної допомоги в період реформування охорони здоров'я в Україні // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я. - 2003.

10. Конституція України (прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р.). – К., 1997.

11. Конституція України: закон України від 28.06.1996 № 254к/96'ВР // База даних "Законодавство України" / Верховна Рада України. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws>

12. Концепція економічної реформи охорони здоров'я Української РСР на основі бюджетно-соцстрахівської системи фінансування МОЗ УРСР. – К., 1990.

13. Лехан В.М. Модель управління якістю медичної допомоги на сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я України / В.М. Лехан, О.Л. Зюков // Главный врач – 2008. – №6. – С.65–68. 47 Нагорна А.М., Степаненко А.В., Морозов А.М. Проблеми якості в охороні здоров'я: монографія. Кам'янець-Подільський. Абетка-НОВА, 2002.

14. Наказ МОЗ України №189 від 26.03.2009 року «Про Порядок контролю та управління якістю медичної допомоги». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0189282-09#Text>

15. Настанова системи якістю НЯ-02-2020 КП «Дитяча лікарня» ЖМР.

16. Національний стандарт України «ДСТУ ISO 9001:2015 (ISO 9001:2015, IDT). Системи управління якістю. Вимоги», Київ ДП «УкрНДНЦ», 2016.

17. Огнєв В.А. Аспекти оптимізації управління якістю медичної допомоги дітям з цукровим діабетом / В.А. Огнєв, Л.І. Чумак, Н.М. Федак // Медицина сьогодні і завтра. – 2012. – №1. – С. 23 – 27. Рахманова Н. Внедрение проектов повышения качества медицинского обслуживания на уровне первичного звена здравоохранения / Н. Рахманова, Н. Нармухамедова. – Ташкент, 2007. – 148 с. – К., 2014.

18. Основи законодавства України про охорону здоров'я (Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ).

19. Панорама охорони здоров'я населення України. – К. : Здоров'я, 2003.
20. Передм.Т. Д. Бахтеєвої; за заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. К. : НАДУ, 2013.
21. Пономаренко В.М., Зіменковський А.Б. Стан стандартизації в охороні здоров'я України та шляхи її подальшого розвитку // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я. - 2004. - № 2. - С. 43-47. 6. Степаненко А. Сучасні принципи стандартизації в медицині // Ліки України. - 2003. - № 4.
22. Про внесення змін до деяких законів України щодо усунення регуляторних бар'єрів для розвитку державно-приватного партнерства та стимулювання інвестицій в Україні: закон України від 24.11.2015 № 817'VIII // База даних "Законодавство України" / Верховна Рада України. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/>
23. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України №1313/2000 від 07.12.2000. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/>
24. Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії: Доручення Кабінету Міністрів України від 1 листоп. 2000 р. № 18249/1 до Закону України від 5 жовт. 2000 р. № 32017; Доручення Президента України від 6 берез. 2003 р. № 31-1/25.
25. Про державноприватне партнерство: Закон України від 01.07.2010 № 2404'VI // База даних "Законодавство України" / Верховна Рада України. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws>
26. Про схвалення Загальнодержавної програми "Здоров'я — 2020": розпорядження Кабінету Міністрів України від 31.10.2011 № 1164'р // База даних "Законодавство України" / Верховна Рада України. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws>
27. Програма надання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги: Постанова Кабінету Міністрів України від 11 лип. 2002 р. № 955 // Офіц. вісн. України. - 2002. - № 28.

28. Програма економічних реформ в Україні на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/n0004100-10>

29. Росс Гр. Рекомендації щодо подальшого розвитку вторинної медичної допомоги в Україні. Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги в Україні: інструменти управління якістю / Гр. Росс, В. Е. Багдарасян, В. М. Богомаз та [ін.] – К., 2009. – 44 с. Сміянов В.А. Визначення якості медичної допомоги та концепції її розвитку / В.А. Сміянов // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2011. – №1.

30. Сміянов В.А. Організаційно-методологічний підхід до управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я / В.А. Сміянов, А.В. Степаненко, В.Ю. Петренко, С.В. Тарасенко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. – 2013. – № 3.

31. Сміянов В.А. Особливості застосування внутрішнього аудиту в закладах охорони здоров'я / В.А. Сміянов // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – №2.

32. Степаненко А.В. Управління якістю медичної допомоги на основі механізму внутрішнього аудиту в закладах охорони здоров'я (Методичні рекомендації)/ Степаненко А.В., Яценко Ю.Б., Сміянов В.А., Тарасенко С.В.

33. Степанова О.В. Стратегічні орієнтири розвитку державно-приватного партнерства в системі охорони здоров'я України. Ефективна економіка. 2014. № 662.

34. Термінологічний глосарій з питань соціальної медицини і організації охорони здоров'я. - Л., 2003.

35. Уваренко А.Р. Доказова медицина у спектрі наукової медичної інформації та галузевої інноваційної політики: Монографія. - Житомир: Полісся, 2005. - 188 с

36. Ціборовський О. М. Основи державної політики в галузі охорони здоров'я / О. М. Ціборовський // Укр. мед. вісті. – 1997. – № 1 (56).

37. Ціборовський О. М. Основні тенденції реформування системи медичної допомоги в економічно розвинених країнах / О. М. Ціборовський, Л. І. Галієнко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2000. – № 1.

38. Ярош Н. Теоретико-методологічні підходи до формування державних соціальних нормативів надання медичної допомоги // Вісн. НАДУ. - 2004. - № 3. - С. 246.