

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЕКОНОМІКИ І МЕНЕДЖМЕНТУ
Кафедра публічного управління та адміністрування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

освітній ступінь – «Магістр»

**на тему: Управління та адміністрування якістю надання медичних
послуг лікарняним закладом**

Виконала:

Воробйова Юлія Миколаївна
студентка спеціальності
073 «Менеджмент»
ОП «Адміністративний менеджмент»

Керівник:

Стоянець Наталія Валеріївна
професор кафедри менеджменту

Рецензент:

Рекуненко Ігор Іванович
Д. е. н., професор, завідувач кафедри
управління імені Олега Балацького,
Сумського державного університету

Суми – 2022

СУМСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет	Економіки і менеджменту
Кафедра	Публічного управління та адміністрування
Освітній ступінь	«Магістр»
Спеціальність	073 «Менеджмент» ОП «Адміністративний менеджмент»

Затверджую:

Завідувач кафедри _____

(посада, ПІБ)

« ____ » « ____ » 20 ____ р.

ЗАВДАННЯ

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ

Воробйової Юлії Миколаївна

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи: Управління та адміністрування якістю надання медичних послуг лікарняним закладом

2. База практичного дослідження: КНП «ЦПМСД» Березівської сільської ради

керівник роботи

Стоянець Наталія Валеріївна, д.е.н., професор

(прізвище, ім'я, по-батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджена наказом по університету від « ____ » 20 ____ р. № ____

3. Строк подання студентом закінченого проекту (роботи) « ____ » 2022 р.

4. Вихідні дані до проекту (роботи):

первинні та зведені документи, реєстри синтетичного та аналітичного обліку, статутні та установчі документи, фінансова, статистична звітність досліджуваного підприємства, законодавчо - нормативні акти з питань діяльності сучасного підприємства, монографії, фахові наукові статті та доповіді на міжнародних науково-практичних конференціях з питань управління інноваційною діяльністю підприємства.

5. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити):

дослідити значення категорії «якість медичних послуг» її особливості та основні принципи управління;

обґрунтувати та надати визначення «якість медичних послуг» та методичні засади оцінки якості медичних послуг з використанням моделей SERVQUAL та HEALTHQUAL

надати організаційно-економічну характеристику досліджуваної організації КНП «ЦПМСД»;

здійснити аналіз та оцінку управління та адміністрування якістю медичних послуг,

провести моделювання ефективності якості надання медичних послуг через експертне опитування в КНП «ЦПМСД»

запропонувати шляхи підвищення якості медичних послуг через впровадження внутрішнього клінічного аудиту;

сформулювати висновки.

6. Дата видачі завдання: « ____ » 20 ____ р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів підготовки кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	Визначення та затвердження теми дослідження, складання плану – графіку виконання роботи	вересень 2021 р.	виконано
2.	Підбір та аналіз літературних джерел, підготовка першого теоретичного розділу	жовтень - грудень 2021 р.	виконано
3.	Збір аналітичної інформації, обробка результатів дослідження та підготовка другого розділу роботи	травень-липень 2022 р.	виконано
4.	Підготовка третього розділу кваліфікаційної роботи	серпень - вересень 2022 р.	виконано
5.	Підготовка висновків, пропозицій та узгодження з керівником	жовтень 2022 р.	виконано
6.	Підготовка кінцевого варіанту кваліфікаційної роботи	листопад 2022 р.	виконано
7.	Опрацювання зауважень керівника, перевірка на автентичність	20-25 листопада 2022 р.	виконано
8.	Рецензування кваліфікаційної роботи	29-30 листопада 2022 р.	виконано
9.	Представлення кваліфікаційної роботи на кафедрі, деканат	5 грудня 2022 р.	виконано
10.	Підготовка доповіді, презентації до кваліфікаційної роботи та її попередній захист	12 грудня - 13 грудня 2022 р.	виконано
11.	Захист кваліфікаційної роботи	19 грудня 2022 р.	виконано

Студент

(підпис)

Ю.М. Воробйова

Керівник роботи

(підпис)

Н.В. Стоянець

Перевірку на автентичність проведено.

Н.М. Баранік

Дипломна робота допущена до захисту

(підпис)

М.О. Лищенко

АНОТАЦІЯ

Воробйова Ю.М. Управління та адміністрування якістю надання медичних послуг лікарняним закладом.

Кваліфікаційна робота за спеціальністю 073 «Менеджмент» ОПП «Адміністративний менеджмент», Сумський національний аграрний університет, Суми, 2022. – Рукопис.

У кваліфікаційній роботі проведено аналіз понять медичної послуги та її якості, встановлено, що особливості якості медичної послуги як соціально-економічної категорії – суб'єктивність і індивідуальна цінність споживання.

Проаналізовано економічні та фінансові показники діяльності закладу його спеціалізація забезпечення населення Березівської ОТГ доступною, своєчасною, якісною та ефективною первинною медико-санітарною допомогою, в закладі працює 26 чоловік із середньою заробітною платою 12250 грн., переважним джерелом фінансування даного медичного закладу є загальний фонд Державного бюджету.

Експертне опитування про оцінку стану надання послуг виявило, що пацієнти найменш задоволені саме забезпеченням медичного закладу ліками, медикаментами та матеріалами але забезпечено висококваліфікованими кадрами. Забезпечення якості надання медичних послуг свідчить перевищений ліміт заключення декларацій ПМД на 151 одиницю, тобто це свідчить, що первинні медичні послуги в досліджуваній установі користуються попитом серед місцевого населення. Основним інформаційно-аналітичним підґрунтям для адміністрування діяльності «ЦПМСД є медична документація.

Доведено, що важливою стадією процесу клінічного аудиту є розроблення критеріїв та показників для оцінювання і прийняття подальших управлінських рішень, тобто потенційні переваги клінічного аудиту полягають у тому що: покращуються процеси та результати лікування пацієнтів; вчасно виявляються недоліки у процесі роботи та негайно усуваються; формується командна взаємодія всього медичного персоналу, покращується рівень організації їх роботи, підвищується її результативність та ефективність, появляється бажання персоналу підвищувати кваліфікацію та навчатися; висновки аудиту є інструментом своєчасного виявлення зон ризику та попередження медичних помилок; створюються умови для більш ефективного використання наявних ресурсів та зменшення нераціональних витрат.

Розроблена модель досягнення якості медичних послуг яка передбачає врахування вимог пацієнтів, які орієнтуються на якість медичного обслуговування, яка досягається як загальна якість медичних послуг при її оптимізації, при встановленні відповідності рівня досягнутої якості рівневі очікуваної з урахуванням вимог пацієнтів та можливостей їх задоволення..

Ключові слова: управління, адміністрування, якість медичних послуг, медичний заклад, первинна допомога.

SUMMARY

Vorobyova Y.M. Management and administration of the quality of medical services provided by the hospital.

Qualification work on specialty 073 "Management" OPP "Administrative Management", Sumy National Agrarian University, Sumy, 2022. - Manuscript.

In the qualification work, an analysis of the concepts of medical service and its quality was carried out, it was established that the peculiarities of the quality of medical service as a socio-economic category are subjectivity and individual value of consumption.

The economic and financial indicators of the institution's activity and specialization in providing affordable, timely, high-quality and effective primary health care to the population of Berezhivska local community have been analyzed, the institution employs 26 people with an average salary of UAH 12,250, the main source of funding for this medical institution is the general fund of the State Budget.

An expert survey on the assessment of the state of service provision revealed that patients are the least satisfied with the provision of the medical institution with medicines, medical supplies and materials, but it is provided with highly qualified personnel. Ensuring the quality of the provision of medical services is evidenced by the exceeded limit of concluding primary care declarations by 151 units, that is, it indicates that primary medical services in the researched institution are in demand among the local population. Medical documentation is the main informational and analytical basis for the administration of the activity of the primary care.

It has been proven that an important stage of the clinical audit process is the development of criteria and indicators for evaluation and making further management decisions, that is, the potential advantages of clinical audit are that: the processes and results of patient treatment are improved; defects in the work process are detected in time and are immediately eliminated; the team interaction of all medical personnel is formed, the level of organization of their work improves, its effectiveness and efficiency increases, the desire of the personnel to improve their qualifications and study appears; audit conclusions are a tool for timely identification of risk areas and prevention of medical errors; conditions are created for more efficient use of available resources and reduction of irrational costs.

A model for achieving the quality of medical services has been developed, which involves taking into account the requirements of patients, who are oriented towards the quality of medical services, which is achieved as the overall quality of medical services during its optimization, when establishing the level of the achieved quality with the expected level, taking into account the requirements of patients and the possibilities of their satisfaction.

Key words: management, administration, quality of medical services, medical institution, primary care.

ЗМІСТ

ВСТУП

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

РОЗДІЛ 2 ОЦІНКА РІВНЯ УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЦЕНТРА ПЕРВИННОЇ МЕДИКОСАНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ БЕРЕЗІВСЬКОЇ СІЛЬСЬКОЇ РАДИ

2.1. Організаційно-економічна характеристика ЦПМСД Березівської сільської ради

2.2 Оцінка якості медичних послуг ЦПМСД Березівської сільської ради

2.3 Аналіз стану управління та адміністрування в медичному закладі

РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА ЗАХОДІВ УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЦЕНТРОМ ПЕРВИННОЇ МЕДИКОСАНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ БЕРЕЗІВСЬКОЇ СІЛЬСЬКОЇ РАДИ

3.1 Розробка експертної моделі якості медичних послуг в КНП «ЦПМСД» Березівської сільської ради

3.2 Шляхи підвищення якості медичних послуг через впровадження внутрішнього клінічного аудиту

ВИСНОВКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

ДОДАТКИ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

МОЗ – міністерство охорони здоров'я

КНП - Комунальне некомерційне підприємство

ЦПМСД - Центр первинної медико санітарної допомоги»

СР - сільська рада

ВСТУП

Актуальність теми. Докорінні трансформаційні зміни в галузі охорони здоров'я України мають на меті побудову нової системи оздоровлення, в центрі якої перебуває пацієнт – споживач медичної послуги з його запитами та потребами. Формування системи, орієнтованої на пацієнта, означає для закладів охорони здоров'я переміщення акцентів в управлінні зі збільшення обсягів реалізації медичних послуг, забезпечення їх рентабельності, стримування витрат на цінності та результати, важливі для споживача. Отримання пацієнтом можливості де-факто реалізувати своє право на вибір ЗОЗ та лікаря завдяки гарантованому пакету безкоштовних медичних послуг дає потужний поштовх до посилення конкуренції на ринку медичних послуг між закладами різних форм власності, яка створює необхідні передумови для споживачів, з одного боку, здійснювати вибір на користь того чи іншого постачальника безкоштовних медичних послуг, а з іншого – обирати найоптимальніше платне обслуговування у параметрах співвідношення ціна-якість. Зважаючи на це проблема становлення вітчизняного ринку якісних медичних послуг стає особливо актуальною.

Стан вивчення проблеми. Вагомі наукові внески у дослідження підходів до управління, управління та адміністрування якістю надання медичних послуг в сучасних умовах внесли вітчизняні вчені та їх зарубіжні колеги, зокрема таких як багатьох: Н Авраменко [1], О. Бобришева [2], Т. Бутова [3], С. Вовк [4], Л. Гаєвська [8], О. Дорошенко [9], В. Лехан [10], І. МIRONЮК [14], А.Шипко [19], О. Явін [20], Scrivens E. [22], Donabedian A.[23]та інших.

Зв'язок роботи з науковими темами. Кваліфікаційна робота виконана згідно з планом науково-дослідних робіт кафедри менеджменту імені професора Л.І. Михайлової Сумського національного аграрного університету за темою: «Розвиток менеджменту у контексті міжнародних інтеграційних процесів» (державний реєстраційний номер 0119U102483). В рамках зазначеної науково-дослідної теми здобувачем вищої освіти виконане

теоретичне обґрунтування та практичне опрацювання шляхів вдосконалення управління та адміністрування якістю надання медичних послуг.

Метою дослідження є розробка й обґрунтування теоретичних, методичних та організаційних засад управління та адміністрування якістю надання медичних послуг лікарняним закладом.

Відповідно до поставленої мети були поставлені такі **завдання**:

- дослідити значення категорії «якість медичних послуг» її особливості та основні принципи управління; методичні засади оцінки якості медичних послуг з використанням моделей SERVQUAL та HEALTHQUAL
- надати організаційно-економічну характеристику досліджуваної організації КНП «ЦПМСД»,
- здійснити аналіз та оцінку управління та адміністрування якістю медичних послуг,
- провести моделювання ефективності якості надання медичних послуг через експертне опитування в КНП «ЦПМСД»
- запропонувати шляхи підвищення якості медичних послуг через впровадження внутрішнього клінічного аудиту;

Об'єктом дослідження є процеси управління та адміністрування якістю медичних послуг КНП Центру первинної медико-санітарної допомоги Березівської сільської ради.

Предметом дослідження є сукупність теоретичних та практичних аспектів, пов'язаних з організацією управління та адміністрування якістю надання медичних послуг лікарняним закладом.

Елементами наукової новизни одержаних результатів є обґрунтування пропозицій щодо поліпшення управління та адміністрування якістю надання медичних послуг в КНП було запропоновано здійснити оцінку надання якості медичних послуг з використанням моделі SERVQUAL.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що здійснені дослідження дозволяють вдосконалити управління та адміністрування якістю надання медичних послуг в КНП. Матеріали досліджень, проведених у кваліфікаційній роботі, передані в КНП «ЦПМСД». Дослідження та висновки, отримані в результаті написання

кваліфікаційної роботи, можуть бути використані викладачами кафедри під час проведення лекційних та семінарських занять для здобувачів вищої освіти спеціальності 073 «Менеджмент» ОП «Адміністративний менеджмент».

При написанні кваліфікаційної роботи використовувались такі **методи дослідження**: методи наукової абстракції, аналізу, синтезу, індукції, дедукції, логічного аналізу, системного підходу тощо. Для розв'язання визначених завдань дослідження також застосовувались методи: монографічний – при вивченні літературних джерел, практики управління інноваційною діяльністю; структурний аналіз, порівняльний аналіз, коефіцієнтний аналіз та інші.

Інформаційна база. Джерелами інформації для написання кваліфікаційної роботи були нормативно-законодавчі акти, установчі документи, фінансова звітність КНП «ЦПМСД» за 2019-2021 рр.; наукові статті, тези, підручники, посібники з теми дослідження.

Апробація результатів кваліфікаційної роботи. Положення кваліфікаційної роботи доповідалися автором на двох наукових конференціях:

1. Воробйова Ю.М. Управління та адміністрування медичних закладів *стратегічні пріоритети розвитку економіки, менеджменту, сфери обслуговування та права в умовах інтеграційних процесів*: матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Івано-Франківськ, 4 – 6 листопада 2022 р. м. Івано-Франківськ, 2022. С. 123-125.

2. Воробйова Ю.М. Управління формування компетенностей в адміністративному менеджменті в сучасних умовах. *Бухгалтерський облік, контроль та аналіз в умовах інституційних змін*: Збірник наукових праць Всеукраїнської науково-практичної конференції. м. Полтава, 27 жовтня 2022 р. Полтава, 2022. С. 1286 -1289.

Структура і обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел з 22 найменувань. Основний текст викладений на 71 сторінках комп'ютерного тексту, робота містить 22 таблиці, 5 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Сучасні радикальні трансформування в системі охорони здоров'я нашої держави направлені на побудову нової ефективної системи оздоровлення, направленої в першу чергу на пацієнта а саме як на споживача медичної послуги з його вимогами, потребами та запитами. Для всіх закладів охорони здоров'я стратегія формування системи яка орієнтована на пацієнта, свідчить про направи наголосів в менеджменті на зростанні масштабів здійснення якісних медичних послуг через забезпечення їх ефективності та рентабельності, основною цінністю яких є результати, вагомі для споживача. З цією реформою, пацієнт отримує можливість самостійно здійснити свій вибір та право на медичного закладу та лікаря через гарантований пакет безкоштовних медичних послуг. Ці інноваційні введення створюють міцний напрям на ринку медичних послуг між закладами різних форм власності для посилення здорової конкуренції, як результат це обумовлює неодмінні передумови для покупців-споживачів, здійснювати вибір на користь того чи іншого постачальника безоплатних медичних послуг з одного боку, а вибирати найоптимальніше та найефективніше оплачуване обслуговування у параметрах співвідношення ціна-якість-сервіс з іншого. Останні три роки йде глобальне становлення державного ринку медичних послуг через вплив міжнародних тенденцій: впровадження ефективних інструментів для контролю якості, перехід до європейських стандартів, лікувальні протоколи стають уніфіковані, розповсюдження інформаційних, діагностичних, новітніх лікувальних технологій, захист інформації, введення єдиних баз даних пацієнтів тощо.

Якісна охорона здоров'я – це більше, ніж просто популярна стратегія нашої країни, у міру того, як перехід до медичної реформи, базується на

цінностях, просувається вперед, акцент у догляді за пацієнтами тобто йде зміщення на якість, а не на кількість. Результати лікування пацієнта важливіші для незалежного лікаря, ніж кількість пацієнтів, оглянутих протягом дня. Зважаючи на те, що якість стала таким ключовим фактором у сфері охорони здоров'я, а сучасна концепція якості медичних послуг стосується порівняння сприйнятих очікувань із сприйнятою продуктивністю конкретної послуги, і тому її можна вважати різницею між сприйнятими очікуваннями та продуктивністю[3]. В останні роки інтерес пацієнтів до якості медичних послуг поступово зростає під час використання медичних послуг. У той час як забезпечення доступу до медичних послуг було головним центром потреб пацієнтів у минулому, тепер пацієнти мають більше можливостей завдяки збільшенню пропозиції, і у відповідь на це ЗОЗ посилюють свої зусилля для покращення якості медичних послуг.

Доцільно перейти до визначення категорії «якість медичних послуг» Скривенс Е. визначав як рівень цінності, що забезпечується будь-яким ресурсом охорони здоров'я, та визначено відповідними вимірюваннями і часто сприймається як пропорційно загальному ставленню споживача до медичного закладу[22]. О. Явін зазначав, що сама якість медичних послуг сприймається через обслуговування і інтерпретується як відношення споживача щодо досягнення загальної переваги в послугах, заснована на сприйнятті що вони отримали і що надали[20].

Сама якість медичних послуг є теоретичною концепцією, тому її важко виміряти безпосередньо. Єдиного визначення якості медичної допомоги немає. Різні установи та споживачі часто мають на увазі інші речі, використовуючи його. Існує ствердження, що це ступінь ефективності, безпеки та орієнтації, в першу чергу, на людей як споживачів медичних послуг для окремих осіб і населення. Відповідно до Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), якість медичної допомоги визначається як ступінь, на якому медичні послуги для окремих споживачів так і для всього населення підвищують вірогідність бажаних результатів для охорони здоров'я[10].

Доцільно визначити саму особливість якості надання медичних послуг в галузі охорони здоров'я, через її спрямування на задоволеність споживачів, пацієнтів як клієнтів. Тому в рамках нашої роботи ми розглядаємо особливості надання якісних медичних послуг через спектр думок пацієнтів та надавачів послуг ЗОЗ (рисунок 1.2).

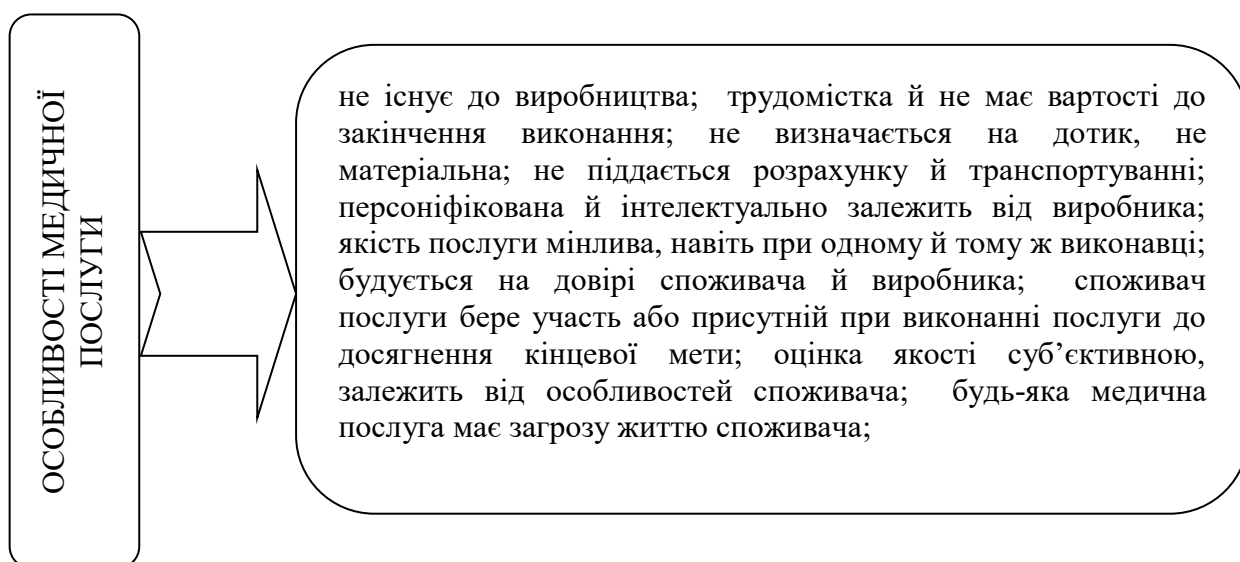


Рисунок 1.2 - Особливості медичної послуги

Джерело: побудовано автором з використанням [1, 4, 8]

Отже з особливостей надання якісних медичних послуг ми розуміємо, що сама послуга існує для споживачів, тобто ефективний якісний рівень неможливо досягти без ролі самих надавачів послуг, так як на них покладена відповідальність за якість послуг, а процес отримання робить оцінку вже самі клієнти. Тому особливості послуги це універсальне покриття в медичному закладі, догляд та оплата, забезпечення якості медичної допомоги, зменшення диспропорцій, інтеграція та координація споживачів, електронні медичні записи для історії лікування, стримування витрат та сучасні інноваційні нововведення [5].

Можна сказати, що дослідники намагалися зрозуміти вимірювання якості обслуговування та пояснити його зв'язок із загальною діяльністю ЗОЗ. Загальний знаменник дослідження якості послуг, оскільки послуги є

нематеріальними, неоднорідними і їх «виробництво» є нерозривно пов'язано з їх споживанням, також його подальша оцінка клієнтами стає надзвичайною складною але безумовно важливою та важко визначеною. Але в державі існує стандартна система критеріїв якості медичних послуг рисунок 1.2.

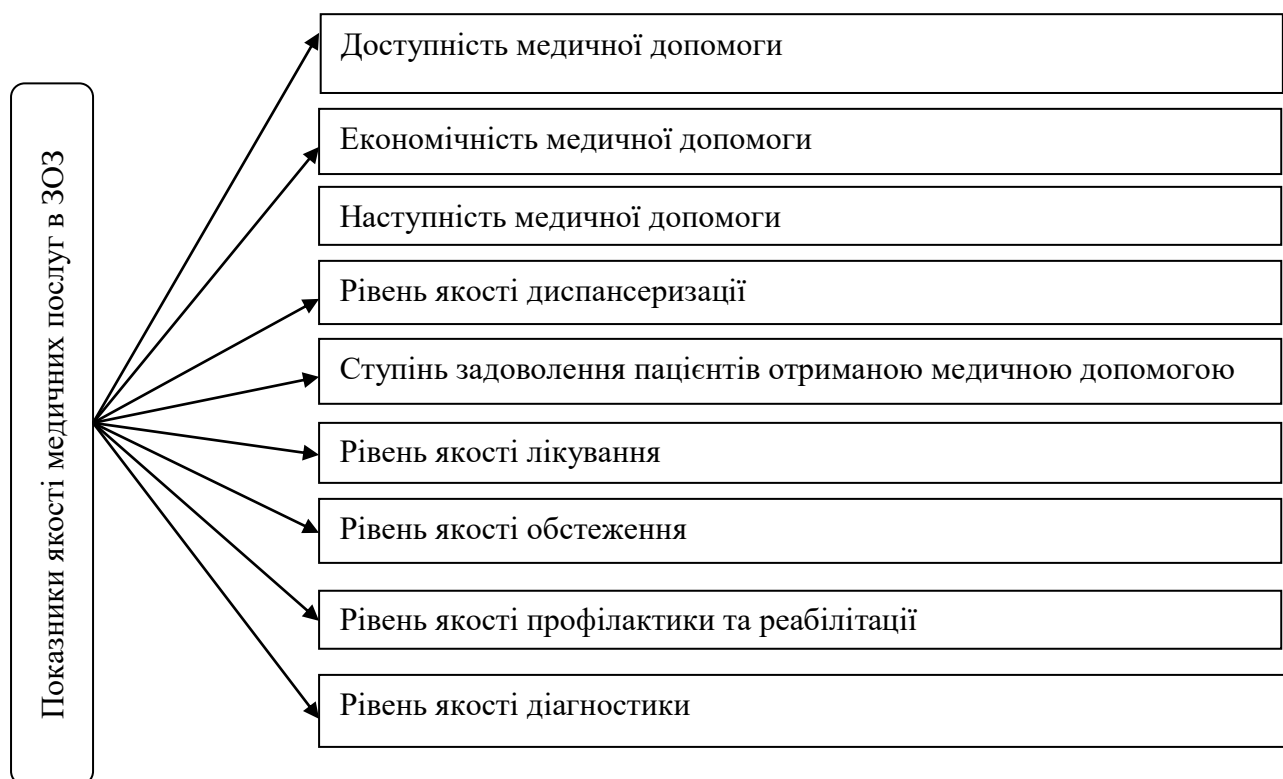


Рисунок 1. 2 - Показники якості надання медичної допомоги

Джерело: складено [2, 9]

Отже для пацієнтів «якість» означає, наскільки якісними надаються послуги, одним із бажаним та ефективним результатом лікування і, отже, інформацію про пацієнта для оцінки якості та планування необхідною задоволення управління охороною здоров'я як результатом діяльності системою взагалі.

Клієнтом в системі охорони здоров'я є пацієнт, який є орієнтується в системі на своє здоров'я, його полегшення або лікування, а основна проблема, пов'язана з нагальною необхідністю надавати послуги високої якості, відповідно, медичні розробки та бажання медичних працівників пошук клінічної досконалості є основа стратегії МОЗ України.

Більш конкретно, Донабедян стверджував завчасно, щоб можна було розрахувати якість наданої медичної допомоги на основі задоволеності пацієнтів [23]. Виявляється задоволеність пацієнтів як один із найважливіших вимірів якості послуг і ключовий показник успіху в охороні здоров'я. Зрештою, зробити висновок, що в медичних закладах метою має бути культура якості та постійного вдосконалення з орієнтиром для громадянина рисунок 1.3.

Дослідивши думку багатьох зарубіжних та вітчизняних вчених, то якість медичної послуги доцільно оцінити скоріше ширшим переліченням показників, ми вважаємо, що виокремити слід такі: [21, 22, 23]:

а) фахову, спеціальну та професійну компетенцію всього медичного персоналу доцільно розглядати через їх рівень вмінь та навичок, які надаються у ході отримання медичного обслуговування та медичної послуги; ефективність менеджменту закладів та роботи обслуговуючого персоналу;

б) безперешкодне надання медичної допомоги тобто саму доступність медичної послуги (як територіальної, економічної, фізичної складової), а саме потенціальне незалежно від соціальних, географічних, економічних, мовних, організаційних, культурних чи людських чинників;

в) ефективність та результативність самого лікування тобто надання медичної допомоги, яке зумовлюється в процесі покращення стану пацієнта при отриманні бажаного ефекту від лікування;

г) соціометричні міжособистісні взаємозв'язки в процесі отримання та надання медичної допомоги виявляється у якості взаємодії між споживачами та надавачами послуги, сюди включають керівництвом та персоналом, пацієнтами і медичні працівники;

д) повний обсяг отримання та надання медичної допомоги та наявних ресурсів йде через саму ефективність лікарської праці, що проявляється у збалансованості можливостей самого процесу.

е) пацієнт отримує потрібну йому медичну допомогу без перерви без припинення та зайвих повторень діагнозу або лікування це характеризує безперервність як процес медичної допомоги;



Рисунок 1. 3 - Компоненти процесу якості надання медичних послуг

Джерело: складено автором за [19].

є) одним із основних є показник безпеки медичної послуги, тобто відсутність та обмеження ризиків виникнення шкідливих побічних проявів, інфікування, втрат або пошкодження, що виникають в ході отримання медичної допомоги;

ж) доцільно віднести, ще комфортність лікування, але від цього не залежить клінічна ефективності, але задоволеності пацієнта якістю обслуговування може позитивно позначитися на рівені. Сама комфортність це результат чистоти всіх приміщень, зовнішній вигляд, привітний персонал та сучасне обладнання, самі заходи, які здійснюються для відповідності комфорту і зручності пацієнта.

Аналізуючи дослідження ми визначили, що дієвим інструментом оцінювання виділяють сам рівень задоволеності споживачів якістю медичних

послуг, через проведення регулярних опитувань серед пацієнтів ЗОЗ. Більшість клієнтів, самих пацієнтів визначили перелік найбільш вагомих для громадян показників, основні виділили такі як: скільки часу, лікар витрачає та приділяє пацієнту під час прийому; саму доступність процедури пояснень лікаря схеми лікування з приводу захворювання; затишок, комфорт та чистота у відділенні; сучасність, ефективність та технологічність медичного обладнання, яке залучається для лікування та діагностики захворювань; навички, знання та професійність навіть обслуговуючого медичного персоналу; дотримання самої процедури конфіденційності під час прийому та огляду; ввічливість, чемність та компетентність медперсоналу[18].

Отже дослідивши визначення категорії «якість медичних послуг», визначивши особливості медичної послуги та показників якості надання медичної допомоги з урахуванням компонентів самого процесу, можна зазначити, що вираження ступеня індивідуальної задоволеності пацієнта від отримання медичних послуг та допомоги є основною базовою складовою гарантування від держави якості надання медичних послуг. Тому актуальними залишаються питання на сьогодні безперервного підвищення якості та ефективності надання медичних послуг та медичної допомоги. Відповідно до Порядку контролю якості медичних послуг у галузі охорони здоров'я в Україні та визначення і затвердження індикаторів якості медичної допомоги, визначено, що безперервним підвищенням якості є стабілізація прийняття комплексних заходів, які направлені для підвищення результативності діяльності всієї системи охорони здоров'я, її постійну модифікацію та інновацію, удосконалення ефективності системи, впровадження зарубіжної практики орієнтованою на обґрунтовані очікування і потреби споживачів; впровадження світових стандартів по наданню якісних медичних послуг. Отже як результат завдання державного гарантування якісних медичних послуг, можемо надаватися в трьох основних напрямках при їх реалізації:

1) медико-технологічних документів розроблюються та застосовуються у практиці при наданні медичних послуг, в їх перелік слід включати всі адаптовані клінічні установи; державні стандарти медичної допомоги при найбільш насущних медичних проблемах; сучасні клінічні та уніфіковані протоколи при наданні медичної допомоги;

2) доцільно складати дієві системи та моделі управління та адміністрування якістю в закладах охорони здоров'я які відповідають вимогам та рекомендаціям міжнародним стандартам ISO 9000 та критеріїв якості BOOЗ;

3) впровадження клінічного аудиту для відповідності чітким технологіям та процедурам за контролем якістю надання медичних послуг та допомоги споживача.

Нам потрібно запропонувати методичний підхід, який буде використано при оцінці якості надання медичних послуг в об'єкті нашого дослідження. Зарубіжні науковці, часто для сприйняття та вимірювання якості медичних послуг визначають за допомогою моделі SERVQUAL де різниця між очікуваннями та уявленнями споживачів, характеризує залежить від напрямку та розміру п'яти показників, пов'язаних з наданням якості послуг на стороні. Модель SERVQUAL забезпечує дворазове використання самого набору критеріїв при характеристиці відповідної послуги. Перший раз такий набір використовується для вимірювання рівня надання послуги з точки зору клієнта. Встановлюється пробний рівень очікувань. Другий раз ті ж самі критерії застосовуються для вимірювання рівня наданих послуг. Одна з причин, чому система зустрічі з послугами заслуговує на більшу увагу в оцінці якості послуг, полягає в тому, що SERVQUAL, найпоширеніший інструмент оцінки якості послуг, оцінює якість послуг на основі 5 цінностей (надійність, чуйність, впевненість, емпатія та матеріальні властивості), які сторони несуть відповідальність за результати та подальший перегляд може бути незрозумілим, що ускладнить покращення послуг таблиця 1.1.

Таблиця 1.1 - Основні стимули для методичного підходу в стандартах SERVQUAL та SERVPERF

Назви основних стимулів	Зміст поняття стимулу
Tangibles	«Очевидність, відчутність» – відображає, наскільки визначеною і відчутною є віддача від отримуваної послуги.
Reliability	«Достовірність, надійність» – наскільки достовірними і надійними є для споживача запевнення щодо наданої послуги.
Responsiveness	«Відповідальність, спроможність» – як споживач оцінює ступінь відповідальності, підкріпленої адекватною спроможністю.
Assurance	«Впевненість, забезпеченість» – наскільки особа, яка надає послугу, є компетентною.
Empathy	«Емпатія, проникнення» – відображає наскільки зрозумілими для надавача послуги є потреби споживача

Джерело: складено автором на основі [22].

Сам методичний підхід була розроблений на основі цієї моделі Скривенсом ще у 2006 році. В основу моделі покладена різниця між очікуванням і сприйняттям задоволеності споживачами надання медичних послуг. Якість медичних послуг може бути виміряна відповідно до поглядів дослідника на пацієнтів і постачальників, тип лікування та медичне обладнання та системи, що використовуються. HEALTHQUAL - це інтегрована модель для вимірювання якості медичних послуг на основі погляду пацієнта, точки зору лікарні та точки зору акредитаційних установ[22]. Модель знайшла широке застосування в установах охорони здоров'я . вимірювання с SERVPERF кращий не тільки в захопленні справжнього сприйнятої якості обслуговування, а й зменшити кількість вдвічі предметів для вимірювання. Крім того, згідно з Миронюк І. [14], вистава вимірювання отримали вищий психометричний рівень оцінка якості послуг, з точки зору структурної обґрунтованості і операційну ефективність через дані про продуктивність, а також більш точно інтерпретувати загальне вимірювання якість наданих послуг за оцінкою SERVQUAL зображено в таблиці 1.3.

Рішення про медичне обслуговування обумовлюються такими факторами, як необхідні ресурси, зокрема медичний персонал, обладнання та системи, пацієнти та/або ліки

Таблиця 1.3 - Елементи вимірювання при експертному опитуванні із використанням HEALTHQUAL

Емпатія (ЕМ)	- Ввічливе ставлення співробітників (ЕМ1) - Пояснення деталей (ЕМ2) - Вислухати пацієнта (ЕМ3) - Зрозуміти та врахувати ситуацію пацієнта (ЕМ4) - Почуття близькості та дружелюбності (ЕМ5)
Матеріальні (ТА)	- Ступінь захисту сучасного медичного обладнання (ТА1) - Ступінь забезпечення медичного персоналу з передовими навичками та знаннями (ТА2) - Ступінь зручності (ТА3) - Ступінь чистоти уніформи співробітників (ТА4) - Загальна чистота в лікарні (ТА5)
Безпека (SA)	- Ступінь комфортного та безпечного середовища для лікування (SA1) - Ступінь відчуття, що лікарі не поставлять помилковий діагноз (SA2) - Ступінь відчуття, що медсестри не будуть робити помилки (SA3) - Ступінь впевненості в медичній майстерності цієї лікарні (SA4) - Ступінь безпечного від інфекції лікарняного середовища (SA5)
Ефективність (EF)	- Ставлення щодо невикористання непотрібних ліків (EF1) - Ступінь зусиль для підтвердження відповідних методів лікування (EF2) - Розумні медичні витрати (EF3) - Відповідність вартості наданих медичних послуг (EF4) - Ступінь зручності для лікувальних процедур (EF5) - Ступінь зусиль для зменшення непотрібних процедур (EF6)
Покращення служби догляду (DI)	- Визнання та зусилля медичного персоналу для найкращого лікування (DI2) - Поліпшення стану здоров'я в результаті зусиль і лікування (DI3) - Ступінь покращення стану пацієнта після використання цієї лікарняної допомоги (DI4) - Ступінь пояснень пацієнту щодо профілактики супутніх захворювань (DI5) - Ступінь зусиль і бажання запобігти хворобі (DI6) - Поліпшення захворювання через лікування в цій лікарні (DI7) - Ступінь профілактики захворювань для громад (DI8)

Джерело [14, 22]:

Важливим є аналіз того, як ці ресурси використовуються для лікування пацієнта (здоров'я/хвороба), а також для вирішення проблем із пацієнтом, включаючи запити на чуйний персонал, зручні та безпечні конструкції та сучасне обладнання та системи. Таким чином, організації охорони здоров'я

приймають рішення щодо інвентаризації та розподілу на основі вимірювання цих ресурсів. Крім того, оскільки ефективність позитивно та тісно пов'язана з використанням ресурсів, це може вплинути на покращення обслуговування – як найціннішого елемента для пацієнта. Керуючись цією структурою, фахівці з якості медичної допомоги відіграють важливу роль у покращенні результатів лікування пацієнтів і мають значний вплив на галузь охорони здоров'я в цілому.

У цьому ж контексті дослідження методичний підхід до вимірювання якості та який буде правильно змодельований через проведення анкетування в обраному об'єкті дослідження як попереднє визначення задоволення споживача при отриманні послугам в медичному закладі як надавача послуг. Термін медична послуга охоплює як медичне лікування, яке пропонує постачальник медичних послуг (включаючи основні послуги медичного закладу), так і додаткові послуги (що передбачають супутні послуги, пов'язані з доглядом за пацієнтами). З точки зору індивідуальних медичних послуг, ці фактори повинні співвідноситися з послугами, що пропонуються лікарями, медсестрами, адміністративним персоналом, а також із приміщеннями, середовищем і процедурами обслуговування.

РОЗДІЛ 2

ОЦІНКА РІВНЯ УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЦЕНТРА ПЕРВИННОЇ МЕДИКОСАНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ БЕРЕЗІВСЬКОЇ СІЛЬСЬКОЇ РАДИ

2.1. Організаційно-економічна характеристика бюджетної установи

Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Березівської сільської ради (далі КНП «ЦПМСД» Березівської СР або Центр) була створена після проведення і вирішення на сесії самої Березівської сільської ради від 19.09.2017 року, після якої почала забезпечувати громаду первинною медичною допомогою від 01.10.2017 року. Після вступу в дію реформи частина медичного персоналу із здравпунктів та амбулаторій Шосткінського та колишнього Глухівського районів Сумської області була переведена та абсорбована до новоствореного КНП. А сам заклад був створений відповідно до впровадження державної політики у сфері охорони здоров'я, місія якого забезпечити населення Березівської ОТГ в першу чергу своєчасною, доступною, якісною та оперативною первинною медико-санітарною допомогою.

З 01.04.2018р. КНП «ЦПМСД» Березівської СР перейшов відповідно на реформовану модель бюджетного фінансування та співробітництво та співпрацю з Національною службою здоров'я України (далі - НСЗУ). Як результат, за програмою медичних гарантій було укладено договір з НСЗУ для надання первинної медичної допомоги клієнтам, які уклали відповідну Декларацію про обрання лікаря, який надає первинну медичну допомогу (далі - Декларація). Отже сам територіальний принцип надання первинної медичної допомоги споживачам цих послуг втратив актуальність. Станом на 01.01.2022р. у закладі відповідно статистики, зареєстровано близько 4600 укладених декларацій.

Впроваджена сучасна модель фінансування дозволяє орієнтуватися передусім на потреби, підвищувати сервіс, сприяти комфорту пацієнта, здійснювати попередній запис, використовувати оновлене сучасне обладнання, орієнтуватися на увагу медперсоналу.

Постанова КМУ від 28.03.2018 № 391 забезпечує умови для заключення договір з НСЗУ, але заклад повинен відповідати вимогам, які формулює сама постанова: по перше мати ліцензію з медичної практики для ведення господарської діяльності, передбачені законом всі дозвільні документи; звісно для надання медичних послуг забезпечувати по договору необхідну матеріально-технічну базу, де зібрані всі правила у сфері охорони здоров'я для існування галузевих стандартів, табелі матеріально-технічного оснащення мають бути стандартні і затверджені та перевірені МОЗ; забезпечити всі умови вільного доступу та медичного обслуговування до всіх споруд, будівель та приміщень для отримання медичних послуг осіб з вадами та інвалідністю звісно і для важко мобільних верств населення; і на останнє мати відповідність, де зазначено порядок застосування коштів головної бюджетної програми по всім критеріям, для реалізації якої підписується договір про медичне обслуговування населення.

Первинна медична допомога КНП стосується професійної медичної допомоги, що надається в громаді, як правило, лікарем загальної практики медсестрою, фармацевтом або іншим медичним працівником, який працює в центрі. Первинна медична допомога охоплює широкий спектр медичних послуг, включаючи діагностику та лікування, медичну освіту, консультування, профілактику захворювань та скринінг. Потужна система первинної медико-санітарної допомоги має центральне значення для покращення здоров'я всіх українців і зменшення нерівності у здоров'ї між різними групами.

КНП «ЦПМСД» Березівської СР відповідає усім наведеним вище критеріям. В Центрі працює 26 осіб, із них – лікарів – 4 особи, середнього медичного персоналу – 17 осіб, 5 осіб адміністративного та господарського

персоналу. Структурними підрозділами Центру є амбулаторія загальної практики сімейної медицини, денний стаціонар (на 10 ліжок), лабораторія, кабінет для щеплень та ін'єкцій, в наявності є спеціалізований автомобіль.

Обсяг медичних послуг, які КНП «ЦПМСД» Березівської СР зобов'язується надавати за договором відповідно до медичних потреб задекларованих пацієнтів (відповідно до умов специфікації 2022р.):

1. Динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнтів із використанням фізикальних, лабораторних та інструментальних методів обстеження відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

2. Проведення діагностики та лікування найбільш поширених інфекційних та неінфекційних хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів.

3. Проведення діагностичних обстежень, лікувальних заходів, а також динамічного спостереження за пацієнтами із хронічними захворюваннями відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

4. Проведення профілактичних заходів, спрямованих на зменшення інфекційних захворювань серед дорослого та дитячого населення, зокрема вакцинації згідно з календарем профілактичних щеплень (вакцинація за віком, вакцинація за станом здоров'я, вакцинація за епідемічними показаннями), екстреної імунопрофілактики.

5. Проведення забору зразків матеріалу для тестування на SARS-CoV-2 (за місцем надання ПМД або за місцем проживання (перебування) пацієнта/пацієнтки в разі такої необхідності) у пацієнтів з підозрою на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2, незалежно від наявності у пацієнта/пацієнтки поданої декларації про вибір лікаря, який надає ПМД.

6. Ознайомлення контактних осіб, а також осіб із підозрою або підтвердженим діагнозом гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, із карантинними заходами і важливістю самоізоляції.

7. Профілактика, діагностика та раннє виявлення соціально-небезпечних хвороб (ВІЛ, туберкульоз (у тому числі латентна туберкульозна інфекція), гепатити, інфекції, що передаються статевим шляхом, тощо). Обстеження контактних щодо туберкульозу осіб та видача направлення для надання вторинної (спеціалізованої) та/або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Взаємодія з лікарем-фтизіатром та/або лікарем-фтизіатром дитячим щодо діагностики та лікування пацієнтів із туберкульозом.

8. Надання консультативної допомоги населенню щодо здорового способу життя, наслідків нездорового способу життя, важливості відмови від куріння та ризиків зловживання алкоголем, важливості збільшення фізичної активності та здорового харчування, вакцинації.

9. Динамічне спостереження за неускладненою вагітністю та (у разі потреби) направлення до лікаря-акушера-гінеколога.

10. Здійснення медичного спостереження за здоровою дитиною та надання рекомендацій батькам/опікунам щодо необхідності грудного вигодовування, правильного харчування та догляду за здоровою дитиною відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

11. Надання окремих послуг паліативної допомоги дорослим та дітям, що включає регулярну оцінку стану тяжкохворого пацієнта/пацієнтки та визначення його/її потреб; оцінку ступеня болю та лікування больового синдрому; виписки рецептів для лікування больового синдрому; призначення лікування для усунення супутніх симптомів (закрепи, нудота, задишка тощо); консультування та навчання осіб, які здійснюють догляд за пацієнтом/пацієнткою; координація та співпраця з іншими установами для забезпечення медичних, психологічних, соціальних та інших потреб пацієнта/пацієнтки.

12. Призначення лікарських засобів та визначення потреби в медичних виробках, технічних засобах реабілітації з оформленням відповідних документів згідно з вимогами законодавства.

13. Виписка рецептів для отримання лікарських засобів, які передбачені за програмою реімбурсації та для пільгового забезпечення лікарськими засобами окремих груп населення за певними категоріями захворювань, відповідно до чинного законодавства.

14. Видача електронних направлень для проведення всіх необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень, консультацій лікаря та інших послуг на рівні вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

15. Виклик бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги до пацієнта/пацієнтки, який/яка знаходиться в загрозовому для життя стані, та надання йому/їй відповідної медичної допомоги до її прибуття.

16. Видача довідок, медичних висновків про тимчасову непрацездатність, направлень для проходження медико-соціальної експертизи, а також лікарських свідоцтв про смерть та інших документів встановленого зразка, які необхідні пацієнту/пацієнтці згідно з вимогами чинного законодавства.

Перелік лабораторних діагностичних досліджень, які КНП «ЦПМСД» Березівської СР зобов'язується проводити безоплатно за договором відповідно до медичних потреб задекларованих пацієнтів:

1. Загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою (еритроцити, гемоглобін, гематокрит, тромбоцити, лейкоцити, базофіли, еозинофіли, сегментоядерні нейтрофіли, паличкоядерні нейтрофіли, лімфоцити, моноцити);

2. Загальний аналіз сечі (колір, прозорість, реакція (рН), відносна щільність, білок, глюкоза, еритроцити, лейкоцити, епітеліальні клітини, циліндри, солі, бактерії, ацетон (кетонові тіла));

3. Глюкоза в цільній крові;

4. Холестерин загальний;

5. Швидкі тести на вагітність, тропонін, ВІЛ, вірусні гепатити;

6. Проведення тесту на антиген SARS-CoV-2.

У закладі система безперервного контролю розроблена та затверджена відповідно до якості первинної медичної допомоги, орієнтована на потреби пацієнта з максимальним задоволенням, здійснюється внутрішній аудит з метою безперервного підвищення професійної майстерності та кваліфікації медичного персоналу.

Розпочнемо більш деталізоване дослідження КНП «ЦПМСД» Березівської СР з аналізу найголовнішого ресурсу для будь-якої медичного закладу – його працівників – лікарів і медсестер, адмінперсоналу, санітарок, госппрацівників та інших. Їх динаміка та структура міститься у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1 - Динаміка та структура працюючих за структурними підрозділами КНП «ЦПМСД» Березівської СР за 2019-2021 рр.

Категорії працюючих за структурними підрозділами	2019 р.		2020 р.		2021 р.		2021 р. у % до 2019 р.
	Число штатних одиниць	структура, %	Число штатних одиниць	структура, %	Число штатних одиниць	структура, %	
Всього в т.ч.	27,0	100	26,5	100	26,0	100	96,3
Адміністративно-управлінський та господарчо-технічний СП в т.ч.:	6,0	22,2	5,0	18,9	5,0	19,2	83,3
- адміністрація	1,0	3,7	1,0	3,8	1,0	3,8	100,0
- бухгалтерія	1,0	3,7	1,0	3,8	1,0	3,8	100,0
- господарсько-технічна служба	4,0	14,8	3,0	11,3	3,0	11,5	75,0
Допоміжний СП в т.ч.:	4,0	14,8	4,0	15,1	3,0	11,5	75,0
- клініко-діагностична лабораторія	3,0	11,1	3,0	11,3	2,0	7,7	66,7
- кабінет для щеплень та ін'єкцій	1,0	3,7	1,0	3,8	1,0	3,8	100,0
Основний СП в т.ч.:	17,0	63,0	17,5	66,0	18,0	69,2	105,9
- амбулаторія сімейної медицини	14,5	53,7	15,0	56,6	15,5	59,6	106,9
- денний стаціонар	2,5	9,3	2,5	9,4	2,5	9,6	100,0

Джерело: розраховано автором на основі ф. 1-ПВ Звіт з праці

З даних таблиці 2.1. видно, що динаміка плинності кадрового складу в КНП «ЦПМСД» Березівської СР характеризується відносною сталістю. Зокрема, в цілому установа за 3-річний період дослідження втратила лише

одну штатну одиницю (-3,4% кадрового складу). За 2019-2021 рр. відбулися неістотні скорочення деяких категорій господарсько-технічного та допоміжного персоналу: в господарсько-технічній службі штатна чисельність скоротилася на 1 штатну одиницю, у клініко-діагностичній лабораторії – було скорочення також на 1 штатну одиницю. За цей же час штатна чисельність амбулаторії сімейної медицини зросла на 1 штатну одиницю.

Зміни штатної чисельності медичних працівників КНП «ЦПМСД» Березівської СР за досліджений період не пов'язані із структурними перетвореннями на місцевому чи державному рівнях, а відбулися через звільнення працівників, вихід на пенсію та декретну відпустку, кадрові переміщення між структурними підрозділами установи. Загалом, даний медичний заклад є результатом проведення в Україні реформи бюджетної медичної галузі, яка мала на меті відійти від територіального принципу розміщення медичних установ й перехід до створення центрів сімейної медицини, багатoproфільних лікарень та спеціалізованих медичних центрів, тобто відокремлення первинної, вторинної та третинної ланки медичної допомоги.

Отже, наразі в амбулаторії сімейної медицини працює 2 сімейних лікаря загальної практики та сімейний лікар-педіатр. У денному стаціонарі Центру працює ще лікар-терапевт. Вторинну та/або невідкладну медичну допомогу населення Березівської ОТГ отримує у найближчий багатoproфільній лікарні – КНП «Глухівська районна лікарня». За третинною меддопомогою мешканці громади направляються до спеціалізованих медичних закладів обласного центру та столиці у відповідності до найпоширеніших хвороб: кардіологічних, офтальмологічних, невропатологічних тощо. З нашої точки зору така кадрова і організаційна структура надання медичної допомоги є цілком прийнятною з огляду на поточні медичні потреби обслугованого населення та можливості фінансувати ці потреби з Державного та місцевого бюджетів.

Ефективність надання медичних послуг залежить не тільки від того, наскільки оптимально побудована організаційна структура закладів охорони здоров'я. Іншим вагомим чинником є матеріальне заохочення та фінансова винагорода медичних кадрів. Відомо, що впроваджена в українській державній медицині реформа крім іншого мала на меті змінити механізми формування заробітної плати медичних працівників. Тому наразі є потреба в дослідженні фонду оплати праці, нарахованих сум заробітної плати та її елементів. Дані по цьому дослідженню викладені нами в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2 - Динаміка та склад фонду оплати праці КНП «ЦПМСД» Березівської СР за 2019-2021 рр.

Показники	2019 р.	2020 р.	2021 р.	2021 р. у % до 2019 р.
Фонд оплати праці для штатних працівників, разом, тис. грн.	3654,0	3775,8	3822,1	104,6
В т.ч. - основна заробітна плата	1540,6	1584,9	1602,2	104
- додаткова заробітна плата	388,9	401,5	434,4	111,7
- заохочувальні та компенсаційні виплати	1676,5	1789,4	1785,5	106,5
Середня заробітна плата на штатну одиницю, грн./міс.	11278	11874	12250	108,6

Джерело: розраховано автором на основі ф. 1-ПВ Звіт з праці та Ф. № 2 «Звіт про фінансові результати КНП «ЦПМСД № 1

Дані, наведені у таблиці 2.2., дають підстави стверджувати, що фонд оплати праці в КНП «ЦПМСД» Березівської СР, всі його складові рівно як і середня місячна заробітна плата протягом 2019-2021 рр. зростали. Так, зокрема, фонд оплати праці підвищився на 4,6% (168,1 тис. грн.). Серед елементів фонду заробітної праці найбільшого відносного зростання мала додаткова заробітна плата – на 11,7% (45,5 тис. грн.). За цей же час основна заробітна плата підвищилася на 4% (61,6 тис. грн.), заохочувальні та компенсаційні виплати (премії, мат допомога тощо) підвищилися на 6,5% (109 тис. грн.). Зростання зазначених вище складових фонду оплати праці установи призвело до підвищення середньої місячної заробітної плати 1-ого працівника на 8,6% (972 грн.).

Підвищення заробітної плати та суміжних показників в КНП «ЦПМСД» Березівської СР зумовлене, на наш погляд, двома чинниками. По-перше, це періодичне підвищення мінімальної зарплатні на державному рівні, а відтак і зростання інших соціальних стандартів бюджетної сфери. По-друге, це напруження сімейними лікарями установи необхідного мінімуму підписаних декларацій, й причинне зростання на порядок їхньої зарплатні. Так, середня заробітна плата в цілому по установі зросла на порівняно невеликий відсоток через те, що працює багато молодшого персоналу на мінімальній зарплатні, в той же час оплата праці в сімейних лікарів становила близько 20 тис. грн. на місяць на одну штатну одиницю у 2021 році.

Загалом, проведений аналіз фонду оплати праці та середньої заробітної плати в КНП «ЦПМСД» Березівської СР дає підстави говорити про позитивні зрушення в організації матеріального заохочення працівників бюджетної медичної сфери на прикладі розглянутого Центру. Нарешті в українській медицині було впроваджено ефективні механізми прив'язки результатів праці до розміру її оплати. Водночас, реформа, певним чином сконцентрувалася на інституті сімейних лікарів, без надання належної уваги зростанню соціальних стандартів для середнього та молодшого медичного персоналу. Сподіваємося, що у майбутньому цей недолік буде виправлено і середній і молодший медичний персонал будуть отримувати зарплатню, що значно перевищуватиме мінімальну.

Надалі повстала необхідність в розгляді і дослідженні структури джерел фінансування КНП «ЦПМСД» Березівської СР. Оскільки саме бюджетне фінансування є одним з головних факторів успішного розвитку й підвищення якості медичних послуг у даній установі. Для цього зосередимо фінансову інформацію у таблиці 2.3.

На підставі цифрового матеріалу таблиці 2.3. можна стверджувати, що абсолютно переважним джерелом фінансування даного медичного закладу є загальний фонд Державного бюджету, оскільки на нього припадає 99,8%

кошторисних та касових видатків в КНП «ЦПМСД» Березівської СР. Слід також окремо зазначити, що по загальному фонду Державного бюджету кошторисні та касові видатки повністю збігаються, що говорить про належний рівень фінансової дисципліни, якої дотримується адміністрація установи.

Таблиця 2.3 - Склад та структура джерел фінансування КНП «ЦПМСД» Березівської СР у 2021 р., тис. грн.

Вид джерела	За кошторисом		Касові видатки		Відхилення (+,-)	
	сума, тис. грн.	%	сума, тис. грн.	%	сума, тис. грн.	%
Загальний фонд - всього	8239	99,8	8239	99,8	0,0	0,0
Асигнування з бюджету	3822,1	46,3	3822,1	46,3	0,0	0,0
Медична субвенція	3058,9	37,1	3058,9	37,1	0,0	0,0
Інші субвенції та дотації	1343	16,3	1343	16,3	0,0	0,0
Спеціальний фонд - всього	15	0,2	15	0,2	0,0	0,0
Плата за послуги	12,6	0,2	13,4	0,2	0,8	6,3
Благодійні внески	1,8	0,02	1,0	0,01	-0,8	-44,4
Інші (бюджет)	0,6	0,01	0,6	0,01	0,0	0,0

Джерело: розраховано автором на основі даних ф.1 «Баланс», ф.2 «Звіт про фінансові результати»

Загальний фонд Державного бюджету поділяється на три елементи, найвагоміший із яких – це прямі асигнування з бюджету по захищеним статтям, які на 100% йдуть на покриття видатків по заробітній платі й у загальній сукупності джерел фінансування складають 46,3% або 3822,1 тис. грн. На другому місці по питомій вазі у 2021 році було таке джерело фінансування з загального фонду як медична субвенція, вона покривала видатки, пов'язані із побутовим функціонуванням установи та організацією медичної діяльності в ній: комунальні послуги, ліки, медпрепарати, матеріали тощо. Кількісно медична субвенція становила 3058,9 тис. грн. або 37,1% всього фінансування установи. На третьому місці із певним відставанням від перших двох та часткою у 16,3% (1343 тис. грн.) були інші

субвенції (дотації) загального фонду Державного бюджету. Це джерело мало суворо цільовий характер надходження під закупівлю медичного обладнання визначеної номенклатури та кількості для амбулаторії установи.

Спеціальний фонд Державного бюджету в КНП «ЦПМСД» Березівської СР становив лише 0,2% (15 тис. грн.) у структурі джерел фінансування. Він як і загальний фонд також складається із трьох елементів. Перший за значимістю (12,6 тис. грн. по кошторису та 13,4 тис. грн. по факту) – це плата за послуги від місцевого населення. Такі послуги в досліджуваний установі надає лабораторія й стосуються вони виконання платних лабораторних аналізів, перелік яких й умови здійснення суворо регламентуються постановами Кабінету Міністрів України та Міністерства охорони здоров'я України. Перевиконання кошторису по цій статті на 800 грн. спричинене дещо більшим ніж очікуваний попитом населення на тести на антиген SARS-CoV-2. Благодійні внески за кошторисною вартістю (1800 грн.) знаходяться на другому місці, хоча по цій статті відбулося недовиконання на 800 грн. (яке повністю покрило перевиконання по попередній статті спеціального фонду). Останнє місце серед джерел фінансування посідають інші внески до спецфонду із кошторисною та касовою сумою у розмірі 600 грн. До них відноситься плата від інших бюджетних установ (в даному випадку від Березівської Сільської Ради) за навчання первинній допомозі потерпілим в екстрених випадках. В цілому адміністрації КНП «ЦПМСД» Березівської СР вдалося зібрати до спеціального фонду кошторисну суму в розмірі 15 тис. грн., яку потім було витрачено на придбання нового комп'ютеру.

Отже, фінансування бюджетної медичної установи протягом 2021 року знаходилося на в цілому задовільному рівні, всі отримані кошти були вчасно витрачені для покриття кошторисних статей витрат, затримок та заборгованості не відбувалося.

Наразі розглянемо матеріально-технічний фактор діяльності даної медичної установи, представлений сукупністю її необоротних активів. Дані

щодо їх вартісної оцінки, структури і динаміки згруповані містяться у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4 - Динаміка наявності необоротних активів КНП «ЦПМСД» Березівської СР за 2019-2021 рр.

Показники, тис. грн.	2019 р.	2020 р.	2021 р.	2021 р. у % до 2019 р.
Основні засоби з них:	2215,0	2267,5	6547,5	295,6
- Нежитлові будівлі	887,5	945,5	4707,5	530,4
- Машини, обладнання, інвентар	412	445,5	997,5	242,1
- Транспортні засоби	915,5	876,5	842,5	92,0
Інші необоротні матеріальні активи	577,0	577,0	577,0	100,0
Разом необоротних активів	2792,0	2844,5	7124,5	255,2

Джерело: складено автором за даними звітності КНП «ЦПМСД № 1: ф. № 1 «Баланс» та ф. №11-ОЗ «Звіт про основні засоби, амортизацію»

З даних таблиці 2.4 можна констатувати, що середньорічна вартість необоротних активів установи зросла більше ніж у 2,5 рази – на 155,2% (4,3 млн. грн.). Головним чинником такого зростання стало збільшення середньорічної вартості нежитлових будівель – на 430,4% (3,8 млн. грн.). Відбулося це за рахунок безоплатної передачі будівлі від Березівської сільської ради, з оціночною вартістю 8345 тис. грн. під амбулаторію, при чому залишкова вартість старої (вже списаної) будівлі становила 715 тис. грн. Другим за значимістю чинником зростання вартості необоротних активів закладу стало введення в експлуатацію обладнання для амбулаторії вартістю 1343 тис. грн. за рахунок цільової програми Державного бюджету (див. табл. 2.3.). Інші необоротні матеріальні активи, представлені в установі бібліотечними фондами медичної тематики, щороку не амортизуються та мають балансову вартість у 577 тис. грн. Єдиним видом необоротних активів, що мав спадну тенденцію балансової вартості (внаслідок амортизації) були транспортні засоби, представлені єдиним спеціалізованим автомобілем.

Отже, можемо дійти до того висновку, що необоротні активи в КНП «ЦПМСД» Березівської СР набули кількісного та якісного оновлення, що

неодмінно впливатиме на якість наданих даною медичною установою послуг населенню Березівської ОТГ.

Закінчити дане дослідження нами вважається доцільним аналізом чисельності відвідувань населенням даної медичної установи в розрізі видів наданих медичних послуг (табл. 2.5.).

Таблиця 2.5 - Динаміка та структура відвідувань лікарів КНП «ЦПМСД» Березівської СР за 2019-2021 рр.

Спеціальність /структурний підрозділ	Кількість відвідувань	2019 р.		2020 р.		2021 р.		2021 р. до 2019 р., %
		кількість	питома вага %	кількість	питома вага %	кількість	питома вага %	
Сімейні лікарі загальної практики	всього:	2719	64,2	3402	53,8	3157	50,9	116,1
	з приводу захворювань	2451	65,8	3115	52,6	2759	49,3	112,6
Сімейний лікар-педіатр	всього:	511	12,1	625	9,9	786	12,7	153,8
	з приводу захворювань	469	12,6	574	9,7	748	13,4	159,5
Терапевт	всього:	518	12,2	1018	16,1	1279	20,6	246,9
	з приводу захворювань	416	11,2	986	16,6	1121	20,0	269,5
Лабораторія	всього:	489	11,5	1274	20,2	986	15,9	201,6
	з приводу захворювань	390	10,5	1252	21,1	970	17,3	248,7
Всього	всього:	4237	100	6319	100	6208	100	146,5
	з приводу захворювань	3726	100	5927	100	5598	100	150,2

Джерело: розраховано та складено автором за даними організаційно-методичного відділу КНП

Дані, наведені у таблиці 2.5., дозволяють стверджувати, що найбільшу частку звернень в закладі (понад 50% в 2021 році) обслуговують сімейні лікарі загальної практики (2 штатні одиниці), на другому місці знаходиться терапевт з денного стаціонару (близько 20% звернень 2021р.), далі йде лабораторія (15,9%) та сімейний лікар-педіатр (12,7%). Загалом, дана структура звернень як в цілому, так і з приводу захворювань (тобто без профілактичних) відповідає самим розповсюдженим хворобам та інфекціям, що мали місце в Березівській ОТГ протягом 2019-2021 рр. Зокрема, різке зростання звернень в 2020 році зумовлене спалахом COVID-19.

Таким чином, попри деякі коливання, можемо говорити, що досліджений медичний заклад користується популярністю в обслугованого ним населення, й це підтверджується позитивною динамікою звернень по всіх напрямках дослідження за період 2019-2021 років. Отже, КНП «ЦПМСД» Березівської СР працює ефективно, належним чином і в достатніх обсягах виконує свої функції, тому має добрі перспективи для розвитку й подальшого покращення наданих медичних послуг.

2.2 Оцінка стану надання якісних медичних послуг ЦПМСД Березівської сільської ради

Актуальною метою нашого дослідження є розробка методологічного підходу, на основі застосування якого стане можливим виявити проблеми у ресурсному забезпеченні якості медичних послуг, що надаються працівниками КНП «ЦПМСД» Березівської СР. При цьому важливим аспектом у методології має бути врахування думки пацієнтів – мешканців Березівської ОТГ, оскільки це, з нашої точки зору, суттєво підвищуватиме об'єктивність такого підходу.

Враховуючі невелику чисельність населення цієї окремої територіальної громади, нами вбачається доцільним застосувати саме опитування, як метод суб'єктивно-об'єктивної оцінки. Отже, ми опитали приблизно 10% від числа мешканців Березівської ОТГ, які мали укладені Декларації ПМД із сімейними лікарями даної установи (400 осіб). За неповнолітніх відповідали батьки. Таким чином, проведене опитування було репрезентативним та його результати становлять науковий інтерес щодо нашого дослідження.

Опитування проводилося анонімно у формі анкети з чотирма питаннями, на які респондентові пропонувалося надати однозначну відповідь: «так» або «ні». Перша половина була однаковою у всіх питань: «Чи задоволені Ви...», а далі наводилися варіанти у відповідності до виду

ресурсів: а) «... медичним обладнанням закладу?»; б) «...ліками, медикаментами, матеріалами у закладі?»; в) «...кваліфікацією персоналу закладу?»; г) «...інфраструктурою закладу (приміщення, меблі, санвузли тощо)?». Опитування здійснене в розрізі тих структурних підрозділів КНП «ЦПМСД» Березівської СР, в яких пацієнти безпосередньо отримували медичні послуги, таким чином що кожна анкета була поділена на відповідні частини: клініко-діагностична лабораторія; кабінет для щеплень та ін'єкцій, амбулаторія сімейної медицини, денний стаціонар. Результати наведені нами у формі таблиці (табл. 2.6.).

Таблиця 2.6. Оцінка ресурсного забезпечення якості наданих медичних послуг в КНП «ЦПМСД» Березівської СР у 2021 році

Структурні підрозділи	Кількість задоволених пацієнтів (з 400 осіб)				Кількість позитивних відповідей
	Обладнанням	Ліками, медикаментами, матеріалами	Кваліфікацією медичного персоналу	Інфраструктурою	
Клініко-діагностична лабораторія	226	13	376	159	774
Кабінет для щеплень та ін'єкцій	219	13	341	162	735
Амбулаторія сімейної медицини	346	14	365	354	1079
Денний стаціонар	35	12	212	74	333
Кількість позитивних відповідей	826	52	1294	749	2921

Джерело: опитування пацієнтів

Проведене опитування (табл. 2.6.) дає підстави стверджувати, що серед усіх ресурсних компонентів забезпечення якості медичних послуг пацієнти найменш задоволені саме забезпеченням медичного закладу ліками, медикаментами та матеріалами. Абсолютна більшість респондентів справедливо нарікає на те, що значну частину ліків, медикаментів та матеріалів вимушено купляти за власний рахунок, особливо це стосується

опитаних пацієнтів денного стаціонару, оскільки серед його пацієнтів виявлено лише 12 осіб, які задоволені даним критерієм забезпечення якісної медицини.

Із значним випередженням по кількості позитивних відповідей (749) на наступному місці йде такий критерій як інфраструктура. Одразу, треба зазначити, що у Березівській ОТГ дуже значна кількість людей похилого віку та інших категорій мало мобільних громадян, щодо потреб яких, нажаль, інфраструктура Центру є малопридатної. Зокрема, в наявності є тільки пандус, натомість відсутні спеціалізовані санвузли, в коридорах немає достатньої кількості місць для сидіння. Особливі зауваження від опитаних стосуються замалій кількості ліжок у денному стаціонарі (10 шт.) та його приміщенню, що не задовольняє поточні потреби закладу. Отже, по цьому критерію даний структурний підрозділ Центру знову опинився на останньому місці. Лідером в даному сегменті серед структурних підрозділів Центру є його лабораторія сімейної медицини, інфраструктура якої отримала 354 схвальні відповіді (89% від можливого). Звичайно, що на цю позитивну оцінку вплинуло багато факторів, зокрема й передача під амбулаторію нового приміщення, ремонт цього приміщення, придбання сучасного обладнання тощо.

Аналогічна ситуація й щодо забезпечення якості медичних послуг закладу за критерієм обладнання. Тут ті ж самі причини і фактори зумовили того ж самого лідера та аутсайдера серед структурних підрозділів КНП «ЦПМСД» Березівської СР. Більший ступінь задоволеності пацієнтів обладнанням установи в цілому визначився завдяки відносно сучасній технічній оснащеності її структурних підрозділів.

Найбільше схвальних відповідей цей медичний заклад отримав за критерієм «кваліфікація медичного персоналу». У всіх структурних підрозділах КНП «ЦПМСД» Березівської СР більша частина респондентів була задоволена кваліфікацією медичного персоналу. На першому місці йде амбулаторія сімейної медицини, персонал якої отримав 365 схвалень, що є

91% від максимально можливого результату. Отже, не дивлячись на проблеми із матеріальним забезпеченням середніх та молодших медичних працівників, весь колектив закладу не втрачає своїх професійних навичок, а, навпаки, постійно покращує свою кваліфікаційну придатність у відповідності із сучасними досягненнями в медицині.

Результат анкетування, а саме найбільша кількість задоволених кваліфікацією медперсоналу респондентів, дає нам підстави розвинути науковий пошук щодо виявлення об'єктивних чинників підвищення якості медичних послуг за даним критерієм. І тут доречним буде дослідити задокументовану кваліфікацію персоналу, що відображується у відповідних свідоцтвах щодо присвоєння вищої, першої або другої категорії професійності. При чому таке дослідження потрібно здійснити (як і попереднє), в розрізі структурних підрозділів даного медичного закладу, аби в нас була можливість порівняти їх результати та виявити можливу залежність.

Отже, шляхом вивчення носіїв інформації в кадровому обліку ми розрахували чисельність і питому вагу медичного персоналу із кожної кваліфікаційної групи у розрізі структурних підрозділів, які безпосередньо здійснюють надання медичних послуг в КНП «ЦПМСД» Березівської СР, результати представлені в таблиці 2.7.

Дане дослідження дає підстави стверджувати, що медичний колектив закладу є в цілому дуже високопрофесійним, оскільки в ньому працює 13 штатних одиниць медпрацівників з вищою категорією, що складає 62% від штатної чисельності, а медпрацівників із 1-ою категорією працює 3 штатних одиниці, що складає 14% штатної чисельності. Таким чином, на обидві ці кваліфікаційні групи приходить понад три чверті штатної чисельності медичного персоналу (допоміжного та основного). Тому кадровий потенціал в КНП «ЦПМСД» Березівської СР має гарні перспективи професійного розвитку, а, отже, і якість наданих цим медперсоналом медичних послуг також позитивно оцінюється пацієнтами – населенням Березівської ОТГ.

Таблиця 2.7. Кваліфікація персоналу структурних підрозділів КНП «ЦПМСД» Березівської СР у 2021 році

Структурні підрозділи	Число штатних одиниць	з них лікарів та середніх медпрацівників							
		вищої категорії		1 - ої категорії		2 - ої категорії		без категорії	
		штатних одиниць	%	штатних одиниць	%	штатних одиниць	%	штатних одиниць	%
Клініко-діагностична лабораторія	2	1,5	12	0,5	17	-	-		0
Кабінет для щеплень та ін'єкцій	1	-	0	1	33	-	-		0
Амбулаторія сімейної медицини	15,5	11,5	88	1,5	50	1,5	60	1	40
Денний стаціонар	2,5	-	0	-	0	1	40	1,5	60

Джерело: кадровий облік

По всіх структурних підрозділах Центру, окрім денного стаціонару переважає частка висококваліфікованих медичних працівників. Зокрема, в амбулаторії сімейної медицини з поміж 15,5 штатних одиниць 13 мають свідоцтво про присвоєння вищої або першої медичної категорії. Її лише у денному стаціонарі працює лікар (1 штатна одиниця) 2-ої категорії та медсестра (1,5 штатних одиниці) яка на 2021 рік ще не мала медичної категорії професійності. У клініко-діагностичній лабораторії 100% персоналу вищої та першої кваліфікаційної категорії, в кабінеті для щеплень та ін'єкцій працює медсестра (1 штатна одиниця) 1-ої категорії.

Можемо говорити, що існує прямий зв'язок між кваліфікацією персоналу, оціненою відносно суб'єктивно - шляхом анонімного анкетування пацієнтів, та кваліфікацією персоналу, оціненою відносно об'єктивно – шляхом здачі кваліфікаційних тестів та присудженням державними органами відповідних медичних кваліфікацій. Таким чином, розроблений нами метод оцінки якості наданих медичних послуг в даному закладі є придатним і для інших подібних установ державної медичної галузі України.

Основною вадою даного методу є можливі викривлення реальної картини щодо кваліфікації персоналу, спричинені специфічними суб'єктивними факторами впливу: побоювання респондентів за оприлюднення їх відповідей, власні переконання та уподобання респондентів, можливі порушення при присудженні кваліфікаційних категорій медичним працівникам, помилки в кадровому обліку тощо. Відтак, є необхідність більш точно оцінити якість наданих закладом мед послуг. З нашої точки зору, дуже доцільним в цілях розробки методики з оцінки якості буде пристосування до умов функціонування державного медичного закладу універсального критерію з приватного сектору – попиту споживачів.

Донедавна критерій попиту в державній медицині застосувати на практиці можливості не було, оскільки не відбувалося справжньої конкуренції між надавачами послуг – медичними працівниками. З іншої сторони, й споживачі мали цілу низку обмежуючих свободи їхнього вибору факторів, насамперед, це територіальний принцип розміщення медичних закладів, прив'язка пацієнтів до певної медичної установи тощо. Однак, медична реформа позитивно вплинула на цю ситуацію, особливо у сфері первинної медичної допомоги (далі за текстом ПМД). Адже, наразі із введенням в практику Декларацій ПМД та інституту сімейної медицини в Україні з'явилися ринкові відносини у сфері надання ПМД. Зокрема, лікарі сімейної медицини почали конкурувати між собою у боротьбі за споживачів – декларантів. Самі споживачі медичних послуг нарешті почали мати право вибору сімейного лікаря, не обмежене штучними перепонами часу та місця. Пацієнти нарешті сутнісно наблизилися до вільних у своєму виборі і платоспрожних (щоправда за рахунок Бюджету) ринкових споживачів. Вибір сімейного лікаря зараз вже не залежить від місця реєстрації пацієнта і у будь-який момент декларант може змінити лікаря ПМД.

Отже, інформація для дослідження, згрупована за критерієм попиту пацієнтів на послуги певного лікаря ПМД (по кількості Декларацій ПМД) подана у таблиці 2.8.

Таблиця 2.8 Стан підписання декларацій з лікарями ПМД КНП «ЦПМСД» Березівської СР у 2021 році

Лікарі ПМД	Ліміт декларацій ПМД, од.	Кількість підписаних декларацій, од.	Перевищення/ недосягнення ліміту, +/-	
			декларацій, од.	декларацій, %
Педіатр	900	718	-182	-20
Сімейний лікар «А»	1800	1921	+121	+7
Сімейний лікар «Б»	1800	2012	+212	+12
Всього	4500	4651	+151	+3

Джерело: лікарський облік

Перш ніж аналізувати результати таблиці, внесемо деякі пояснення. Зокрема, медичною реформою передбачена мінімальна кількість декларацій на лікаря кожної лікарської спеціалізації ПМД, а саме: на педіатра – 900 од., на сімейного лікаря – 1800 од., на терапевта – 2000 од. Однак, лікар-терапевт в даному закладі працює тільки у денному стаціонарі та відношення до ПМД не має. Згідно роз'яснення Національної служби здоров'я рекомендований ліміт не означає, що лікар не може брати більше пацієнтів. Він може зробити це на свій розсуд. Скасування заборони перевищувати ліміт, з нашої точки зору, стало важливим чинником стимуляції конкуренції на ринку послуг ПМД. З іншого боку недосягнення певним лікарем рекомендованого ліміту відображується в негативну сторону на його заробітній платі, оскільки остання прямо залежить від кількості підписаних декларацій ПМД. Ліміт визначає певний об'єм лікарської практики – чисельності потенційних пацієнтів, що дозволить кожному реальному пацієнтові отримати якісну ПМД, а лікарю - гідну заробітну плату та нормальний режим праці/відпочинку.

З етичних міркувань ми не оприлюднюємо особисті дані лікарів ПМД, аби розрізняти сімейних лікарів лише користуємося позначеннями – «А» та «Б». Отже, як бачимо з таблиці 2.8 в цілому в КНП «ЦПМСД» Березівської СР було перевищено рекомендований ліміт декларацій ПМД на 151 од. або 3% рекомендованої їх чисельності. Один лише цей факт дає нам підстави

стверджувати, що первинні медичні послуги в досліджуваній установі користуються попитом серед місцевого населення. В той же час ситуація з кількістю набраних декларацій ПМД в лікарів різних спеціалізацій різниться. Зокрема, суттєвий недобір декларацій ПМД до ліміту у 2021 році мав місце у сімейного лікаря-педіатра -182 од. або -20%. В той же час треба враховувати той факт, що вікова структура населення Березівської ОТГ передбачає дуже велику частку людей середнього та похилого віку, а потрібної чисельності неповнолітніх просто не має. З одного боку виправити дану ситуацію може й сам сімейний лікар-педіатр, який, надаючи якісні послуги, поступово заохотить батьків неповнолітніх громадян із сусідніх ОТГ підписувати з ним декларації. З іншого боку, для виправлення цієї ситуації, викликаної демографічною кризою, потрібно законодавче втручання щодо зменшення рекомендованого ліміту декларацій ПМД для сімейних лікарів - педіатрів, які працюють у сільській місцевості.

Натомість, обидва працюючі в установі сімейні лікарі ПМД загальної практики перевищили рекомендований ліміт й цього перевищення навіть вистачило аби перекрити недобір декларацій ПМД у сімейного лікаря – педіатра аби досягти перевищення ліміту по закладу в цілому. Дана ситуація є свідченням того, що медичні послуги в КНП «ЦПМСД» Березівської СР користуються попитом, зокрема, сімейна амбулаторія мала підписані декларації з понад 80% меканцями Березівської ОТГ та 5% мешканцями сусідніх сільських громад. Таким чином, можна говорити, що за запропонованим критерієм попиту в КНП «ЦПМСД» Березівської СР надаються якісні медичні послуги з ПМД.

З урахуванням результатів проведеного в даному параграфі випускної роботи дослідження можемо впевнено сказати, що не зважаючи на окремі проблеми, стан надання медичних послуг в КНП «ЦПМСД» Березівської СР знаходиться на задовільному рівні, більшість пацієнтів мають схвальні відгуки стосовно аспектів діяльності даного закладу, працюючий персонал здебільшого має вищу та першу кваліфікаційну категорію, первинна медична

допомога в сімейних лікарів установи користується попитом серед населення Березівської ОТГ та деяких сіл із сусідніх ОТГ. У денному стаціонарі даної медичної установи є виявлені проблеми із наданням якісних послуг, однак, вони не носять принципового характеру та з урахуванням фінансового фактору можуть швидко бути вирішеними у майбутньому.

2.3 Оцінка рівня управління та адміністрування медичного закладу

Ми здійснили загальну організаційно-економічну характеристику медичного закладу, провели оцінку стану надання якісних медичних послуг, тепер відповідно до теми дослідження потрібно визначити рівень управління закладом. І взагалі, для того, щоб медичний заклад працював в руслі поставлених цілей його діяльність необхідно впорядкувати, скоординувати, організувати, тобто адмініструвати відповідно до верифікованої місії. Однією з найважливіших управлінських завдань в «ЦПМСД» стає досягнення наступних цільових орієнтирів: підвищення якості та доступності медичних послуг за рахунок ефективного використання обмежених фінансових, матеріальних, трудових та інших ресурсів охорони здоров'я в умовах швидко зростаючої конкуренції на ринку медичних послуг.

Система первинної медико-санітарної допомоги (СМСД) є порталом і основою національної системи надання медичної допомоги, вона відіграє важливу роль у покращенні національної охорони здоров'я, уникненні надмірного збільшення національних інвестицій у охорону здоров'я та забезпеченні охорони здоров'я. Загальні практикуючі лікарі, медичне страхування та державні інвестиції в охорону здоров'я є «трьома основними елементами»

Так як це заклад первинної медичної допомоги, то він підключене до електронної системи охорони здоров'я а з 1 січня 2019 р., перейшов на нову модель фінансування за кавітаційною ставкою. Розглянемо організаційну структуру управління закладу яка зображена на рисунку 2.1.

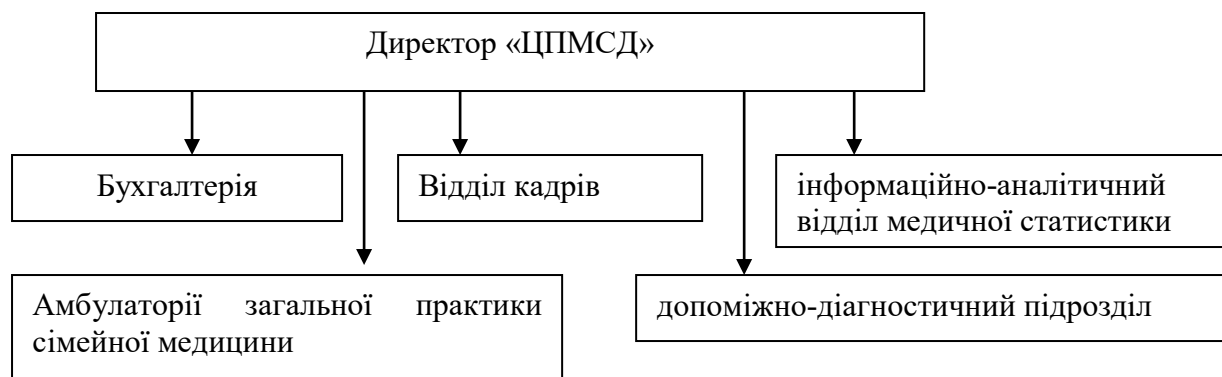


Рисунок 2.1 – Організаційна структура «ЦПМСД»

Джерело: побудовано автором

Отже виходячи із організаційної- структури «ЦПМСД», її керівництво здійснює директор КНП – Воробйова Юлія Миколаївна. Вона має двох заступників а саме: заступник директора з організації надання медичної допомоги населенню, заступник директора з економічних питань

Організаційно-управлінська складова в діяльності керівника охоплює найширше коло інтересів. Вона включає: загальне керівництво організацією, здійснення стратегічного управління, забезпечення ефективності, управління прийняттям рішень, контроль, правові аспекти та безпеку діяльності організації. При цьому основними критеріями оцінки організаційно-управлінського виду діяльності керівника є його професійна управлінська компетентність в організації розробки та забезпечення реалізації довгострокової стратегії розвитку закладу на основі потреб громади та ринкової ситуації. Саме дирекція медичного закладу формує нові, внутрішні тарифні сітки, за якими працюють лікарі, середній та молодший медичний персонал, залучатиме інвестиції, розпоряджатиметься коштами, які зміг отримати медичний заклад за надання медичних послуг населенню чи з інших надходжень, і генеральний директор несе за це практично повну відповідальність.

Директор КНП відповідно до компетенції: представляє його інтереси, організовує щодо надання населенню медичної допомоги згідно з вимогами нормативно-правових актів, затверджує план використання бюджетних

коштів та штатний розпис, приймає і звільняє працівників; вчиняє будь-які дії, необхідні для здійснення господарської діяльності, організовує акредитацію та ліцензування, отримання інших дозвільних документів, обирає форми і системи оплати праці, встановлює працівникам конкретні розміри посадових окладів, премій, винагород, надбавок і доплат на умовах, передбачених колективним договором. Особливо здатна ідентифікувати і розв'язувати складні нестандартні завдання і проблеми у сфері управління охороною здоров'я КНП, ефективно реалізовувати професійні функції у ситуаціях невизначеності соціально-економічного середовища, здійснювати адміністрування у кризових умовах діяльності закладу охорони здоров'я; сформувати відповідні компетентності для безперервного професійного розвитку лікарів.

В структуру Центру входить амбулаторія загальної практики сімейної медицини яка в повній мірі забезпечені лікарськими засобами для надання невідкладної допомоги, закуплені отоскопи та офтальмоскопи для лікарів, портативні пульсоксиметри та глюкометри. Всі робочі місця лікарів та реєстратури комп'ютеризовані, під'єднанні до Інтернету. В амбулаторіях проводиться забір крові загально-клінічний та біохімічний, працюють маніпуляційні кабінети, кабінети щеплень.

Допоміжно-діагностичний підрозділ включає рентгенологічний кабінет, кабінет ультразвукової діагностики, оглядовий кабінет; маніпуляційний кабінет; кабінет щеплення ;кабінет здорової дитини; кабінет функціональної діагностики; масажний кабінет; фізіотерапевтичний кабінет.

Механізм адміністрування закладів охорони здоров'я створюється і обмежується правовими інструментами, методичними інструкціями і стосується управлінської діяльності, звітності, ресурсного супроводу, надання медичних послуг, комунікаційного забезпечення, аналітичного супроводу, документообігу, базується на загальних законах та принципах соціального управління та використовує певні інструменти, які систематизовані нами в таблиці 2.9.

Таблиця 2.9 - Об'єкти та інструменти адміністрування функціональної діяльності «ЦПМСД»

Об'єкти адміністрування	Інструменти адміністрування
Надання медичних послуг	Програма медичних гарантій, стандарти надання медичної допомоги, порядок надання медичної допомоги для лікарів первинної ланки, клінічні протоколи, таблиці матеріально-технічного оснащення, клініко-експертні параметри якості, індикатори якості, дорожні карти лікування пацієнтів, договори на оплату медичних послуг, журнали обліку процедур, талони на прийом лікаря, контрольні картки диспансерного нагляду.
фінансування галузі;	Укладення договору з НСОЗ; укладення договорів про медичне обслуговування населення, укладених відповідним розпорядником бюджетних коштів; фінансування з відповідного бюджету з використанням програмно-цільового методу (за бюджетною програмою), що передбачено Бюджетним кодексом України; надання фінансової підтримки з місцевого бюджету.
управління медичним закладом «ЦПМСД»	Статут медичного закладу «ЦПМСД», Стратегія розвитку медичного закладу, колективний договір, положення про структурні підрозділи, стандарти управління якістю, медична карта про стан здоров'я претендентів на керівні посади.
людські ресурси;	Посадові інструкції, договори, листки тимчасової непрацездатності, стандарти спілкування з хворими та їх родичами, положення про порядок проведення атестації лікарів, документальні профілі для лікарів та медперсоналу, етичний кодекс медсестри, лікаря; плани-графіки з питань навчання по охороні праці.
інформатизація галузі;	Функціонал для реєстрації закладу в електронній системі охорони здоров'я (ЕСОЗ), мережа «Е-Health», яка включає: Центральну базу даних (адміністратор ДП «Електронне здоров'я»); електронні медичні інформаційні системи (МІС),
використання технологій, товарів та ліків.	Створення медичного ІТ ринку; каталоги лікарських засобів; мобільний додаток «Ліки контроль», Національний перелік основних лікарських засобів (короткий перелік основних безпечних препаратів з доведеною ефективністю, якими лікують найпоширеніші захворювання в Україні)
Комунікації ЗОЗ	Анкетування пацієнтів, укладення договорів з іншими ЗОЗ, будь-якими юридичними та фізичними особами

Джерело: дані медичного закладу

З таблиці 2.9 видно, що інформаційно-аналітичним підґрунтям для адміністрування діяльності «ЦПМСД» є медична документація. Загалом медичну документацію закладу можна поділити на дві групи: вхідні документи, одержані від органів вищого рівня, із вказівками, роз'ясненнями та зведеннями; від інших закладів щодо розв'язання певних питань або вжиття спільних заходів; від інших юридичних осіб та заяви й скарги від

громадян; документи, створені у лікувальних закладах різної форми власності (внутрішні, що діють у межах закладу, та вихідні, які надсилають іншим юридичним особам або громадянам).

Відповідно до об'єкту дослідження, доцільно визначити яким чином та ким здійснюється контроль за якістю медичних послуг в закладі це згрупуємо в таблиці 2.10.

Таблиця 2.10 - Здійснення контроль якості медичних послуг в КНП

Вид	Хто здійснює	Що контролює
Внутрішній контроль якості надання медичної допомоги	керівництво ЗОЗ та/або медична рада медзакладу в межах повноважень, визначених законодавством	кваліфікацію лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою та професіоналів з вищою немедичною освітою; самооцінку медичних працівників організації надання медичної допомоги у закладі охорони здоров'я; моніторинг реалізації управлінських рішень; моніторинг дотримання структурними підрозділами ЗОЗ стандартів у сфері охорони здоров'я, клінічних протоколів; моніторинг системи індикаторів якості медичної допомоги; вивчення думки пацієнтів щодо наданої медичної допомоги
Зовнішній контроль якості надання медичної допомоги	органи державної виконавчої влади в межах повноважень, визначених законодавством	дотримання ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики; проведення акредитації ЗОЗ; проведення атестації лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою, професіоналів з вищою немедичною освітою; проведення клініко-експертної оцінки якості та обсягів медичної допомоги

Джерело: за даними закладу

Зазвичай у медичному закладі за роботу із забезпечення якості медичних послуг та допомоги відповідає заступник головлікаря з медичної роботи. При цьому роботу молодшого медперсоналу з вищою освітою у цьому напрямі координує заступник головлікаря з медсестринства (головна медична сестра). На рівні структурного підрозділу медичного закладу роботу у сфері якості в цілому організовує завідувач відділення, а безпосередньо молодшого медичного персоналу з вищою освітою - старша медсестра. Керівник медичного закладу має видати наказ по закладу про затвердження системи контролю якості медичних послуг та меддопомоги. На основі результатів контролю детально аналізують виявлені недоліки та складають

план їх усунення. Також керівник має створити у медичному закладі комісію із забезпечення якості медичної допомоги. На основі аналізу показників, обраних для оцінювання, скарг пацієнтів, нещасних випадків, помилок медичного персоналу, пропозицій лікарів Комісія працює над розробкою програми систематичного підвищення якості медичної допомоги.

Для комунального некомерційного підприємства «ЦПМСД» став необхідним процес ухвалення колективного договору, у якому визначені форми і системи оплати праці, норми праці, розцінки, умови запровадження та розміри надбавок, доплат, премій, винагород та інших заохочувальних, компенсаційних і гарантійних виплат.

Отже, адміністрування – це організаційно-розпорядчий метод управління якій здійснюється «ЦПМСД», створюється і обмежується правовими інструментами, методичними інструкціями і стосується управлінської діяльності, звітності, ресурсного супроводу, надання медичних послуг, комунікаційного забезпечення, аналітичного супроводу, документообігу, базується на загальних законах та принципах соціального управління та включає організаційні (регламентування, нормування, інструктування) та розпорядчих методів.

РОЗДІЛ 3.

РОЗРОБКА ЗАХОДІВ УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЦЕНТРОМ ПЕРВИННОЇ МЕДИКОСАНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ БЕРЕЗІВСЬКОЇ СІЛЬСЬКОЇ РАДИ

3.1 Розробка експертної моделі якості медичних послуг в КНП «ЦПМСД» Березівської сільської ради

Методичний інструментарій ми розглянули в розділі 1.3. тому проаналізував та здійснив організаційно-економічну характеристику ЦПМСД розуміємо що існує належна і неналежна якість медичних послуг. Ми розуміємо, що відповідно до оцінки існуючого стану під належною якістю медичної допомоги споживачі розуміють відповідність її необхідному рівню та обсягу з урахуванням індивідуальних особливостей клієнта та можливостей конкретного закладу та сімейного лікаря щодо надання такої допомоги. Неналежна якість медичних послуг виникає при неможливості в достатньому обсязі отримання певного рівня допомоги для елімінації патології при урахуванні індивідуальних особливостей клієнтів в ЦПМСД.

Але стандартний контроль якості медичних послуг здійснюють за допомогою: методів зовнішнього та внутрішнього контролю якості медичної допомоги, самооцінки медичних працівників, експертної оцінки, клінічного аудиту, моніторингу системи індикаторів якості, атестації/сертифікації відповідно до вимог законодавства України та ЄС.

Відповідно до Європейського бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) щоб вирішити проблеми вимірювання якості медичних послуг пропонує зараховувати чотири основні елементи [18]: включати кваліфікацію медичного працівника; використання ресурсів медицини оптимально; враховувати ризик для споживача; ступінь задоволеності клієнта після відвідування закладу охорони здоров'я.

В розділі 2.2 здійснили існуючий оцінку ступеня задоволення споживача через систему збору скарг та пропозицій; опитування задоволення споживачів; кількість підписаних декларацій та виявили аналіз причин зменшення клієнтів.

Вивчення думки пацієнтів у сфері охорони здоров'я щодо наданої медичної послуги є основною складовою контролю ЯМД (п. 7 Наказу МОЗ від 28.09.2012 № 752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги») яку повинен здійснювати кожен медичний заклад, незалежно від ланки функціонування [16]. Тому пропонуємо для ЦПМСД визначати задоволеність пацієнтів якістю медичних послуг через їх споживчу поведінку: отримання позитивних відгуків про заклад, перевагу даного надавача первинної допомоги в разі звернення, збільшення кількості звернення до закладу та вразі бути готовим оплачувати додаткові послуги більшої вартості. Тому для проведення експертного опитування пропонуємо враховувати градацію рівня якості медичних послуг на належну і неналежну, через вимір якості окремих її складових рисунок 3.1.

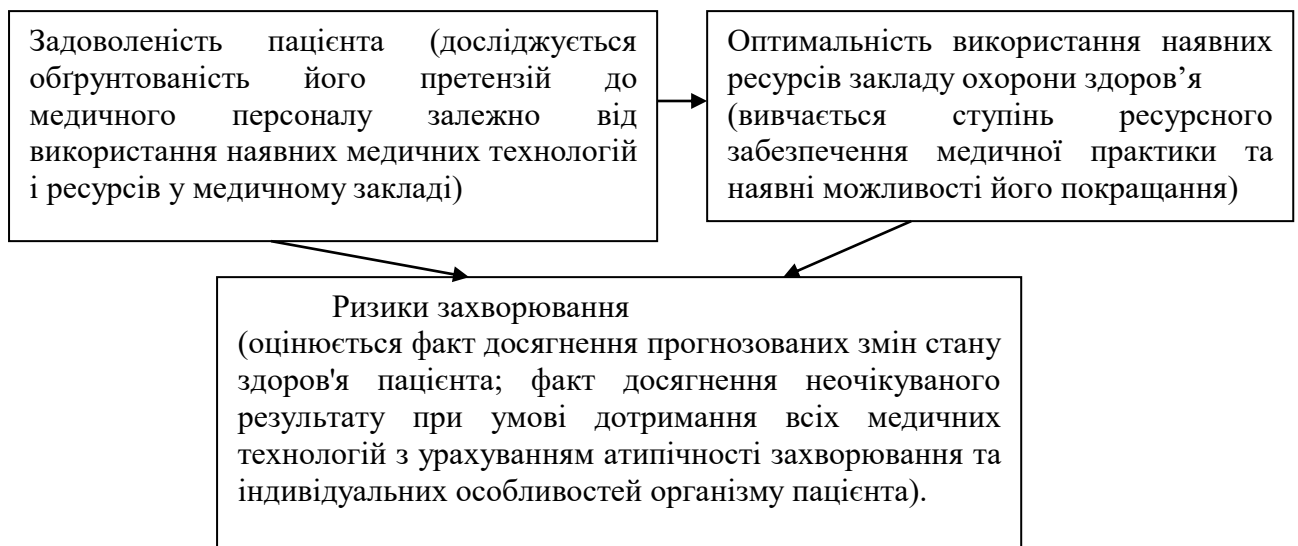


Рисунок 3.1 - Критерії вимірювання належного рівня якості надання медичних послуг

Джерело: сформовано автором за [6].

Тому пропонуємо для нашого закладу якість надання медичних послуг оцінювати за такими критеріями як доступність медичної допомоги; її ефективність та економічність; рівень науково-технічного оснащення; рівень дотримання технологічності медичної допомоги; рівень якості диспансеризації пацієнта; якість діагностування клієнта; сам процес та рівень якості лікування з урахуванням рівня якості обстеження, реабілітації та профілактика і як результат ступінь задоволення пацієнтів якістю отриманих медичних послуг.

Регулярні опитування є дієвим інструментом оцінювання та виявлення рівня задоволеності споживачів ЦПМСД якістю медичних послуг, через виявлення списку найбільш критичних для клієнтів закладу показників. Нами було проведено опитування пацієнтів КНП «ЦПМСД» шляхом онлайн-анкетування за допомогою Google-форм у два етапи.

В першу чергу ми виявляли загальну задоволеність через думку пацієнтів щодо надання медичних послуг, а на другому етапі здійснили взаємозв'язок між фактичною ту, що сприймають якість медичних послуг, задоволеністю клієнтів та шляхами лояльності до ЦПМСД з метою побудови відповідної моделі. У вибіркву сукупність респондентів для опитування була створена випадковою в неї ввійшли споживачі закладу які погодились його пройти. Самі анкети поширили між співробітниками та відвідувачами КНП «ЦПМСД» долучили інтернів медичного інституту СДУ шляхом посилення на Google-диск для розповсюдження. Основною перевагою такого онлайн-опитування в першу чергу це повна конфіденційність, легкість при обробці та заповненні даних, один недолік це важкість за контролем структури вибірки, необхідні навички у роботі респондента з формами; головне на етапі розробки самої анкети потрібно було зрозуміле формування витань та інструментарію для респондента.

Опитування проводилося у період з 15.12.2020 р. по 15.10.2021 р. та мало на меті з'ясувати фактори, які впливають на вибір КНП «ЦПМСД» споживачем, загальну задоволеність, причини та частоту звернення до КНП

«ЦПМСД», з'ясувати думку пацієнтів, дослідити пропозиції для покращення та ефективності роботи комунального некомерційного підприємства і як результати запропонувати модель якості надання медичних послуг в закладі. Спочатку доцільно запропонувати алгоритм проведення опитування для дослідження взаємозв'язків між якістю медичних послуг та задоволеністю пацієнтів через наміри їх лояльності це зображено на рисунку 3.2

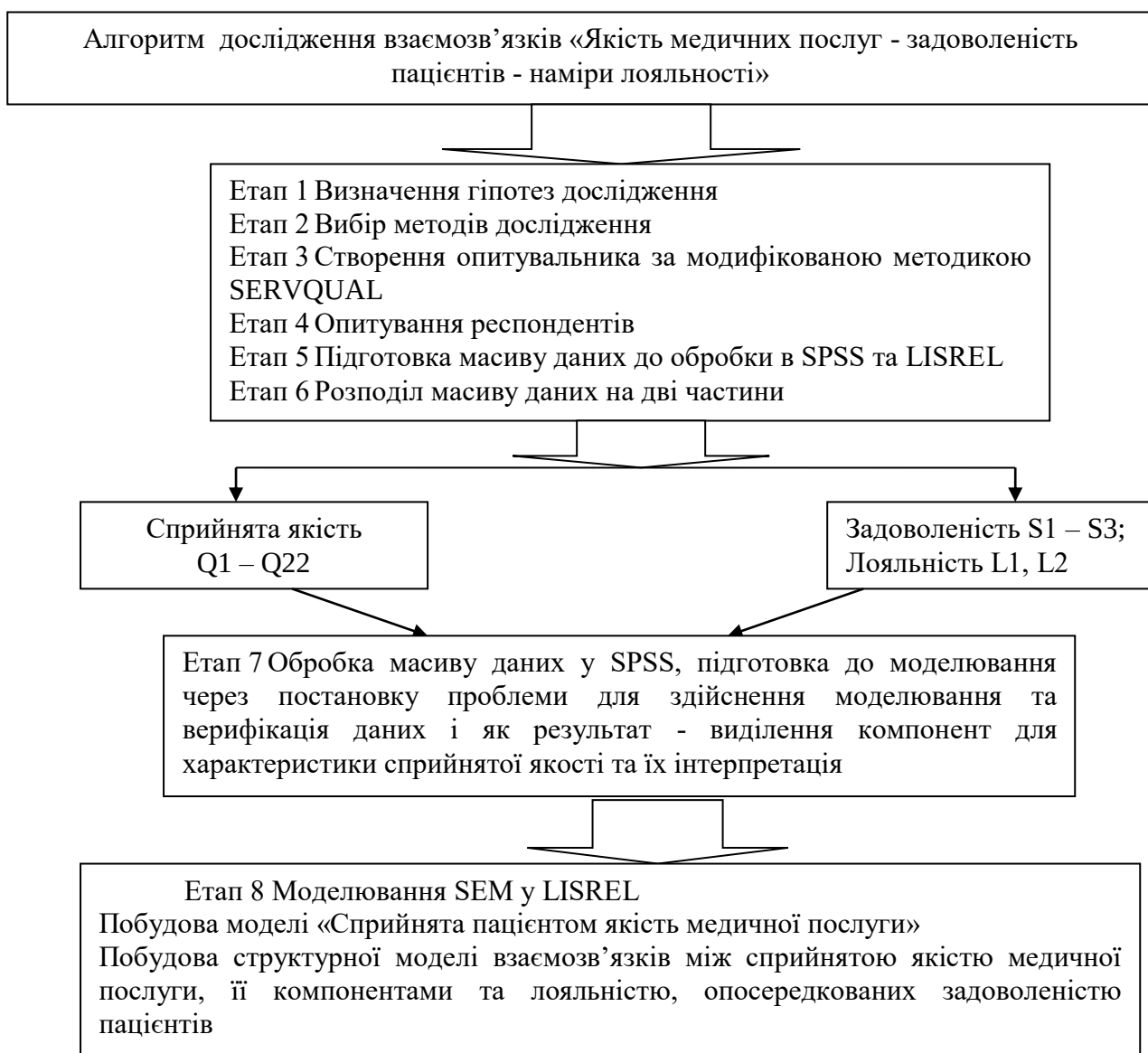


Рисунок 3.2 - Алгоритм проведення дослідження взаємозв'язків між якістю медичних послуг, задоволеністю пацієнтів та їх намірами лояльності

Джерело: складено автором за [6].

Ми використовуємо методичний інструментарій розділу 1.3. це методи SERVQUAL та SERVPERF які дають спробу виявити ступень індивідуальної задоволеності пацієнта-споживача в отриманні медичної допомоги як генеральною базовою основою із складових забезпечення якості надання медичних послуг. Ця методика базується на американській моделі якості послуг та гіпотезі, що якість послуг є результатом порівняння споживачем своїх очікувань та сприйняття та задоволення. Сама анкета формується із взаємоузгоджених пар запитань: 22 елемента самого очікування та 22 відповідних елемента сприйняття вони по груповані по п'ять вимірів тому відповідають ментальній карті клієнта-споживача послуги, необхідно було надати відповідь за семибальною шкалою. В таблиці 1.3 розділу 1, ми детально розписали компоненти очікувань та сприйняття, тобто 22 пункти, 4 елементи для визначення очевидності (Tangibles), 5 елементів для визначення надійності (Reliability), 4 елементи для спроможності (Responsiveness), 4 елементи для впевненості (Assurance) і 5 елементів для визначення емпатії (Empathy). Самі ствердження були об'єднані у п'ять стимулів, описаних у Додатку А. Через метод простої випадкової вибірки нами було опитано 136 респондентів, основну частку склали інтерни та самі клієнти із підписаними деклараціями.

Більшість опитаних респондентів (67,2%) контактують через звернення до сімейного лікаря за необхідністю, всього 3,4%, раз-два на місяць, 15,3% як правило опитаних займаються самолікуванням, лише 2,1% – ще не обрали сімейного лікаря. Причина звернення у 36,7% випадках була для діагностики та лікування хвороби, 18 % щоб отримати подальше направлення до лікаря-спеціаліста, 14 для щеплення, 12,8% лише по консультацію, 9,6% – для отримання довідки або листка непрацездатності, 6,6% цікавляться профілактикою захворювань. На запитання про задоволеність роботою сімейного лікаря, то «повністю задоволений» лише 35,1%, ще 31,1% достатньо задоволені, але мають зауваження, 34,3% є скоріше задоволені, ніж незадоволені; отже рівень задоволеності самою роботою сімейних лікарів

є досить високим серед опитаних, але зауваження, слід врахувати для самого процесу вдосконалення надання медичних послуг.

Відповідь яку отримали про можливі пропозиції для поліпшення самої роботи сімейних лікарів доцільно вибрати декілька варіантів або написати власну. Як результат 73,6% респонденти обрали необхідність закупити сучасне обладнання для лікування та діагностики інші 52,8% обрали ввести електронні черги, 45,3% потрібно надати онлайн-доступ до медичної інформації про пацієнта, 43% – зацікавлені в забезпечити права пацієнта на безпеку медичної послуги тобто мати своєчасні попередження про побічні ефекти та можливі ризики та призначеного лікування, 34,8% хочуть зменшити очікування в черзі перед кабінетом, 27,3% бажають забезпечити після встановлення діагнозу доступ до протоколів лікування і останні збільшити норму часу на прийом 1 пацієнта виявило 26%.

Були також власні варіанти опитуваних як «перелік лікарів-спеціалістів відповідно до потреб пацієнтів потрібно розширити», «відповідно до потреб пацієнтів збільшити пропускну здатність», «забезпечення доступу до відгуків інших пацієнтів та можливості вибору лікаря-спеціаліста на їх основі», «норму талонів збільшити до лікарів-спеціалістів в амбулаторіях на діагностику та направлень», «вносити все в комп'ютер, менше писати, та приділяли пацієнту більше уваги».

Цікавими були завершальні запитання анкети які були відкритими що дозволило отримати безліч думок, скарг та пропозицій. «Сприяти усіх медичних працівників безперервному професійному розвитку», «страхову медицину терміново запровадити. Збільшити фінансування галузі держою, запровадити контроль якості надання послуг як позавідомчий», «Споживачі хочуть отримувати цілодобово онлайн консультації лікаря. Повернути попередню практику виклику лікаря, лікаря-спеціаліста, медичної сестри до хворих, якщо ті не можуть самотійно відвідати КНП», «Отримати інформацією населенням, як укласти угоду з приватним сімейним лікарем», «Якщо наявні гострі симптоми у пацієнта спростити саму процедуру направлення до лікаря-спеціаліста», «у вихідні дні ввести таку можливість

як отримати послугу спеціаліста», «Покращити контроль для безпечності щеплень та медичних маніпуляцій», «перелік патологій у програмі «Доступні ліки потрібно розширити та включити патологій гастроентерології, психічної сфери, ревматології, неврології та ін.», «актуально запровадження страхової медицини», «відповідно до календаря профілактичних щеплень, в ЦПМСД почати проводити щеплення від дифтерії та гепатиту В для дорослого населення», «підняти зарплату лікарям первинної ланки», «ціну послуг в приватних закладах зменшити до помірних».

Нами було виділено компоненти в результаті застосування двох методів ротації, які характеризують термін «якість медичної послуги у сприйнятті пацієнта», це отримали із самого змісту розробленої нами анкети:

1) персонал КНП, який відповідає таким якостям як турбота, відданість, відповідальність, емпатія, ввічливість; доброзичливість, готовність та бажання допомагати, надійність;

2) комунікації в закладі виділені як заздалегідь, на належному рівні, обов'язковість інформування пацієнтів, про способи у доступній формі, вартість та методи надання медичної послуги; наявність самих інформативних матеріалів при наданні послуги;

3) матеріальна база характеризує належний стан санітарно-гігієнічний приміщень, привабливість інтер'єру, охайний зовнішній вигляд медичного персоналу, графіку роботи повинен бути зручним.

Виділення основних компонент, охарактеризованих вище, дало нам спробу побудувати модель якості і оцінки правдоподібності та її придатності, виходячи із попередніх здійснених досліджень нами розроблена модель досягнення якості надання медичних послуг (рисунок 3.2.) Сама модель враховує та передбачає вимоги пацієнтів, які орієнтуються на якість самого медичного обслуговування через загальну якість медичних послуг, також ми враховуємо можливості виникнення досягнутої та очікуваної невідповідності якості послуг. Пропонуємо встановити причини послуг невідповідності і як результат наближення очікуваної та досягнутої якості медичних послуг через її оптимізацію. пропонуємо встановити відповідність рівня досягнутої якості на рівні очікуваної при урахуванням вимог споживачів та можливостей їх

задоволення.

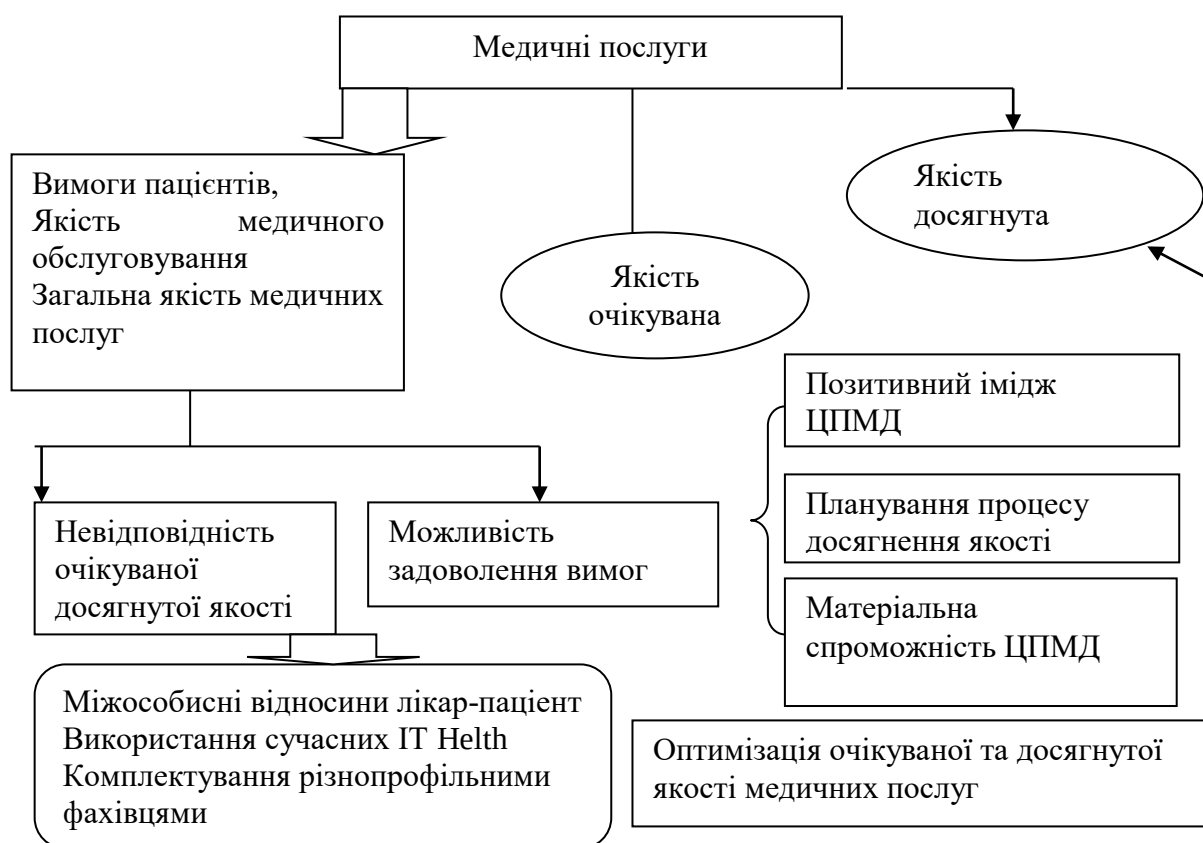


Рисунок 3.2 – Модель управління якістю надання медичних послуг ЦПМСД

Джерело: власна розробка

Саме задовольнити вимоги пацієнтів в закладі після проведеного анкетування можна різними шляхами. Головна роль відводиться іміджу лікувального закладу, це підвищує та покращує якість наданих медичних послуг. Так як Березівська рада не є густозаселеною то складовою іміджу є саме місцеві міжособистісні відносини пацієнт-лікар, через довіру та порядність місцевого населення це підсилює отримання очікуваної якості.

Один із варіантів для досягнення якості є матеріальна спроможність ЦПМСД, це забезпечить споживачам повне обстеження та діагностику, встановити і подальше лікувати точний діагноз. Головне, що потрібно враховувати закладу, що лише у випадку ретельного планування процедури забезпечення якості, очікувана якість медичних послуг можна бути

задоволена а сама процедура забезпечує надання оцінки процесу створення якості. Якщо споживачі а це 5% наших респондентів, які залишилися незадоволеними якістю послуг в КНП, активно звертаються до приватних ЗОЗ області, і вони очікують отримати додатковий сервіс через послуги вищої якості, тому КНП працює в складних, нових і невизначених умовах. Через цю ситуацію, заклад повинен навчитися задовольняти потреби споживачів, при оптимізації своїх витрат, та взаємозв'язок якості послуги потрібно враховувати, лояльності та задоволеності пацієнтів щоб виявити схильність звернутися повторно в цей заклад щоб вподальшому порекомендувати його іншим.

Таким чином за моделлю управління «Сприйнята пацієнтом якість медичної послуги» КНП за результатами анкетування можна сформулювати таким чином: «Сприйнята пацієнтом якість медичної послуги формується трьома основними компонентами, кожна з яких, своєю чергою, сприймається споживачем послуги через певний набір характеристик: персонал – має бути ввічливим, доброзичливим, проявляти турботу та бажання допомогти, викликати довіру, розуміти потреби та надавати послугу вчасно; комунікації – пацієнтів слід належним чином та завчасно інформувати щодо варіантів надання послуг та їх вартість, має бути у наявності повний, зрозумілий та вичерпний прайс-лист; матеріальний доказ – графік роботи ЗОЗ має бути зручним, приміщення – візуально привабливими та чистими, а обладнання – сучасним». Дана модель і її шляховий аналіз підтвердили коректність виділених трьох компонент якості медичної послуги, на які слід звертати особливу увагу при формуванні управлінських рішень в діяльності закладу за якістю.

Для досягнення мети в утриманні на відповідному рівні якості медичних послуг нею вкрай необхідно керувати. Ми пропонуємо такі основні шляхи управління якістю для закладу а саме для керівника в якості управління.

1. Потрібно визначити довготермінові цілі, для безпосереднього впливу на рівень якості медичних послуг та виробів. Головна ціль як і мета є постійне покращення якості та ефективності яка досягається через підвищення конкуренції та наданням робочих місць, а одним єдиним способом підвищення ефективності є зменшення неякісних послуг при одночасному обмеженні скорочення витрат. Тому пропонуємо шляхи управління якістю надання медичних послуг в КНП особливо для керівника.

2. Потрібно зібрати дані та проаналізувати результати лікування пацієнтів. Якщо не можете це виміряти, ви не можете цим керувати. Перший крок до покращення якості медичної допомоги у КНП це проаналізувати наявні дані, щоб зрозуміти, де існують можливості, тобто проаналізувати як свою групу пацієнтів, так і свою організаційну діяльність, щоб визначити сфери, які потребують покращення. Потім скористайтеся цими даними, щоб встановити вихідні показники для пацієнтів. В ідеалі велика кількість доступних даних та систем на базі ІТ має забезпечити більш орієнтоване на пацієнта та підключене лікування. Хоча електронні медичні записи орієнтовані на пацієнта та зосереджені на документації для відстеження здоров'я пацієнтів.

3. Доступ до медичної допомоги є найважливішим фактором для покращення якості медичної допомоги та результатів для пацієнтів. Пацієнти повинні мати доступ до належної допомоги в потрібний час, щоб отримати належні результати. На жаль, близько 15 відсотків населення все ще не застраховані, що різко зменшує доступ цих пацієнтів до своєчасної медичної допомоги, змушує їх залишатися без профілактичної чи первинної медичної допомоги та змушує їх покладатися на дорожчі (і, отже, нижчі) послуги. Звичайно, покращення доступу до медичної допомоги стосується не лише зусиль, щоб спонукати пацієнтів регулярно відвідувати свого лікаря первинної медичної допомоги або користуватися профілактичними послугами, такими як скринінг на ранньому виявленні.

4. Потрібно зосередитися на залученні споживачів до підписання декларацій. Пацієнти можуть бути найкращими захисниками власного здоров'я, але спочатку їх потрібно залучити та навчити бути проактивними споживачами медичних послуг. Це непросте завдання, КНП як постачальник первинної медичної допомоги особливо добре підготовлене до її виконання. Лікарі первинної медичної допомоги краще налаштовані бачити весь шлях пацієнта до лікування, ніж медичні працівники, які працюють у лікарнях, центрах спеціалізованої допомоги чи закладах невідкладної допомоги. Можна сказати, що лікарі первинної ланки займають вагомую позицію, коли йдеться про загальну якість медичної допомоги. ,

5. Потрібно взаємодіяти та співпрацювати з іншими організаціями. КНП щоб покращити якість медичної допомоги, повинно регулярно досліджувати та вчитися в інших організацій як у своєму регіоні, так і по всій області та країні. Тобто доцільно знайти інші організації охорони здоров'я, які досягли успіху в цих сферах, потрібно уважно стежити за медичними закладами, які досягли успіху в певній сфері, відвідувати конференції, читати літературу та досліджувати в Інтернеті.

3.2 Шляхи підвищення якості медичних послуг через впровадження внутрішнього клінічного аудиту

В розділі 2.2. здійснили оцінку якості надання медичних послуг а саме проаналізували випадки неналежного надання медичних послуг КНП «ЦПМСД», так як це відноситься до базових вимог надання належних послуг і свідчить про їх результативність то ми визначили, що особливе місце в системі контролю якості надання медичної допомоги належить проведенню внутрішнього клінічного аудиту, який є формою зворотного зв'язку, тобто приймаються попереджувальні та корегувальні заходи за його результатами, це унеможлиблюють зниження ефективності та результативності самого

лікувального процесу в свою чергу опосередковано сприяють підвищенню професійного розвитку всього медичного персоналу.

Із зрозумілих причин ми не можемо на прикладі даної медичної установи оцінити якість не тільки ПМД, а і всього спектру медичних послуг, тобто і вторинної, і третинної медичної допомоги. Але вважаємо за потрібне запропонувати дещо ширшу за об'єкт дослідження концепцію, що умовно називатиметься «клінічний аудит».

Визначним етапом процесу клінічного аудиту є розробка показників та критеріїв для здійснення оцінки для подальшого прийняття управлінських рішень в КНП. Всі показники для оцінки якості медичних послуг структуруються за принципом тріади Donabedian A. але цей самий принцип прописаний у наказі МОЗ від 28.09.2012 № 752 (п.7) та адаптований відповідно до сучасної медичної реформи [12, 23]. Тому відповідно до моделі доцільно виділити показники клінічної та неклінічної сфери в будь-якій складовій тріади (структура / ресурси, процес / діяльність, результати).

Варто однак відзначити, що не всі показники якості медичних послуг конкретно можна віднести до тієї чи іншого фрагмента тріади Donabedian A., але в той час є складовою того чи іншої направленості діяльності та результативності показника. Тому в таблиці 3.2 пропонуємо типи показників для ЦПМСД за тріадою Donabedian A., які, на нашу думку, одночасно можуть бути використані як керівником так і його заступниками, залучити до його проведення експертів-медиків, це буде слугувати засобом стимулювання професійної діяльності медичного персоналу, для поліпшення клінічного процесу, тобто дозволяє розширити можливості клінічного аудиту як управлінського інструменту для оцінювання ефективності діяльності закладу. Ці показники ми брали також із нашого проведеного анкетування розділу 3.1.

З нашої точки зору одним з головних критеріїв якості наданих медичних послуг є дотримання медичним персоналом стандартів лікарської практики. Отже, предметом клінічного аудиту мають бути відхилення

медпрацівників від медичних стандартів, протоколів лікування, інших нормуючих та регулюючих актів. А ми запропонуємо класифікацію таких відхилень. Клінічний аудит за запропонованою нами класифікацією відхилень по суті стане чинником підвищення якості надання медичних послуг в медичних закладах, які надають не тільки ПМД, а й вторинну та третинну медичну допомогу.

Таблиця 3.2 Показники для оцінювання ефективності якості медичних послуг на засадах клінічного аудиту

Показники технічних ресурсів	Інтегральний індекс технічної оснащеності ЗОЗ; Індекс забезпеченості медичною технікою з того чи іншого медичного напрямку;
Показники клініко-технологічних ресурсів ЗОЗ	Кількість стандартизованих клінічних програм/технологій(стандартів, протоколів лікування).
Показники людських ресурсів ЗОЗ	Кадровий потенціал закладу, його динаміка та структура;. Якісна структура медичного персоналу.
Показники дотримання санітарних норм	Санітарний стан ЗОЗ в цілому; Санітарний стан в приміщеннях різного типу
Показники мікросередовища.	Рівень лояльності пацієнтів; Рівень довіри партнерів; Рівень надійності постачальників;
Репутація ЗОЗ	Експертні репутаційні оцінки ЗОЗ (репутаційні оцінки експертів-лікарів, репутаційні оцінки пацієнтів)
Запобіганняінфекціям	Наявність антиінфекційних заходів
Рівень сервісу (в порівнянні з конкурентами та його динаміка) (РЗ)	Показник зміни складу послуг; Коефіцієнт дотримання вчасності надання послуги; задоволеності пацієнтів інфраструктурою ЗОЗ; Коефіцієнт безвідмовності при першому зверненні; Кількість неприйнятих телефонних дзвінків, залишених без уваги за період (показник ефективності телефонних перемовин); Наявність безкоштовних додаткових послуг під час очікування або надання медичної допомоги; Темп зміни кількості скарг за період;
Критерії ліцензування і акредитації за профілем	Відповідність кадровим, організаційним та технологічним ліцензійним вимогам; Наявність акредитації ЗОЗ.
Показники задоволеності пацієнтів (РЗ)	Індекс задоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням; Динаміка попиту на медичні послуги; Кількість пролікованих хворих із очікуваними позитивними результатами лікування; Показники зниження рівня дефектів (відхилень, невідповідностей) в порівнянні з попереднім періодом діяльності;

Джерело: складено автором за [12].

Його доцільно буде проводити у формі періодичних перевірок. Результати проведення клінічного аудиту мають бути підставою для впровадження попереджувальних та корегувальних заходів, що в перспективі сприятимуть зростанню якості лікувальної практики[11].

Випадки відхилення від медичних стандартів при наданні медичних послуг діляться на наступні 7 категорій:

1. Летальні випадки
2. Ускладнення після медичного втручання
3. Первинний вихід на інвалідність
4. Повторна госпіталізація з аналогічним захворюванням
5. Подовження термінів госпіталізації
6. Розбіжності у встановлених діагнозах
7. Випадки, що супроводжуються скаргами пацієнтів, їх родичів, опікунів

Дані про чисельність таких випадків одержуються аудитором при дослідженні документів (паперових та електронних) лікарняного обліку. Зауважимо, що аудиторів знадобляться дані як мінімум за останні 3 роки, аби виявити вузькі місця та запропонувати заходи коригувального характеру.

Тому для ефективної діяльності КНП «ЦПМСД» а саме якісних послуг, на перспективну доцільно нам запропонувати впровадження клінічного аудиту, який для процесу підвищення якості наданої медичних послуг через проведення з використанням сформульованих критеріїв систематичних перевірок з подальшим внесенням змін до самого процесу лікування. Варто зазначити, що у відповідності до встановлених у медичному стандарті критеріїв процес аудиту прямо пов'язується з оцінкою якості надання медичних послуг.

Доцільно виділити основні завданнями клінічного аудиту в КНП: загальний, перехресний та всебічний аналіз з метою відтворення картини перебігу процесу відповідної документації; постійне порівняння даних з стандартами та регулятивними правилами і вимогами; здійснювати оцінку невідповідності і як результат швидке розроблення шляхів для їх усунення.

Взагалі базовий клінічний аудит визначає застосування багатьох показників та чинників, зареєстрованих в комп'ютерних інформаційних системах та клінічних записах. За самим змістом це не є аудитом, але використовується як перший шлях для оцінки клінічного процесу, щоб фокусувати основні актуальні проблемні питання для технологій лікування, так і для якості процесу надання медичних послуг.

Довільна вибір документації надає довільний протокол записів з медичних карт та листів експертної оцінки пацієнтів для проведення незалежного їх огляду через оцінку колегами. Сам проспективний клінічний аудит в процесі лікування пацієнта передбачає перевірку наявності, переліку усіх процедур як контрольного пакету разом з додатковими клінічними протоколами, для виявлення дій у випадку, якщо отримані результати від встановленої норми чи стандарту будуть сильно відхилятися. Він здійснюється за вимогою керівництва якщо спірні питання про схеми і технологій лікування.

Але сам клінічний аудит, як будь-яка діяльність, побудований на принципах його проведення які є загально - прийняті, зокрема: в межах конкретного ЗОЗ розпочинається; використовуються наявні або фактичні дані для його проведення; носить конфіденційний характер; результати не передбачають обвинувачення та покарання працівника при здійсненні клінічного аудиту. А от висновки є підставою для перегляду власної ролі медичними працівниками у забезпеченні якості медичного обслуговування після здійснення клінічного аудиту, це дозволяють проводити звіряння власної роботи з узгодженими стандартами які побудовані на доказових фактах. Нашим очікуваним результатом є розроблення плану перспективного розвитку КНП ЦПМСД для проведення клінічного аудиту.

На рівні КНП «ЦПМСД » клінічний аудит буде здійснюватися та проводиться за п'ятьма етапами: по перше потрібна організаційна підготовка до аудиту; здійснити для оцінювання вибір критеріїв; вибір відповідних методики та оцінювання показників діяльності закладу; підготовка

відповідних висновків, за результатами аудиту формування звіту, надання рекомендацій; впровадження та підтримка пропозицій.

За основу клінічного аудиту беремо результати проведеного самооцінювання діяльності КНП «ЦПМСД». Самооцінка буде проводитися за системою показників, які сприяють узагальненій характеристиці якості медичної практики, самого лікувального процесу, його результативності та ефективності; рівня використання і стану ресурсів; і головне ступенем задоволеності споживачів медичним обслуговуванням.

Те, що ми пропонуємо буде реалізовуватися шляхом:

- здійснення експертизи самого процесу надання медичної допомоги відповідним пацієнтам та її організації;
- задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг та вивчення її рівня (п.3.1);
- розрахунку, аналізу та оцінка показників якості та ефективності медичних послуг, їх відповідністю встановленим критеріям якості (розділ 2.2);
- виявлення та обґрунтування лікарських помилок (дефектів), інших факторів, які обумовлюють зниження ефективності і якості медичної допомоги (таблиця 2.12 розділу 2.2).

Сам процес самооцінювання ЗОЗ можна представити у вигляді певного циклу, проілюстрованого на рисунку 3. 2

В процесі впровадження системи управління якістю використання результатів самооцінювання згідно з вимогами ДСТУ ISO 9001:2015 надасть можливість уникнути дублювання функцій в організаційній структурі, що вже запроваджені у ЗОЗ та розглянута у п 2.2, в свою чергу забезпечить адекватний шлях впровадження та імплементації Національного стандарту системи управління якістю до системи стандартизації в охороні здоров'я України.

Основне місце належить аудиту якості в проведенні клінічного аудиту, зокрема питанням ефективності дотримання медичних стандартів та результативності самої системи управління якістю.



Рисунок 3.2 - Цикл самооцінювання ЦПМСД в рамках проведення клінічного аудиту

Джерело: власна розробка

Сам процес проведення є стандартним із типовим визначенням порядку де йде з провідних фахівців-експертів формування робочої групи, формулювання завдань і мети аудиту, за встановленою системою показників йде встановлення способу та процедури отримання інформації, обґрунтування шкали оцінювання відповідно до її використання; встановлення самого графіку роботи аудиторів. Вибір або ж розробка форм документації є важливим етапом такого аудиту та інформаційних технологій для обробки первинних даних. При цьому створюється відповідна карта аудиту до теми аудитування, яка повинна містити перелік затверджених індикаторів якості медичної допомоги для вивчається. Загальна блок-схема процесу рекомендації факти проведення аудиту якості представлена на рисунку 3. 3.

Ми дослідили, що важливим елементом є використання різноманітних форм експертної оцінки роботи медичного персоналу в сучасній медичній

практиці, самого стану пацієнта та закладу в цілому. Процедура експертизи, найчастіше, у конфліктних випадках полягає в ретроспективній оцінці якості надання медичної допомоги, а підставою для прийняття управлінських рішень є результати експертних оцінок і в першу чергу для дисциплінарного характеру, нами це зроблено в розділі 3.1.

Клінічний аудит будемо здійснювати на основі фундаментальних принципів а саме через конфіденційність тобто отримані результати оцінки не мають права бути розголошені і не можуть бути використані для дисциплінарного стягнення з працівника лише попередження виправлення помилок; також вільного об'єднання та кооперації медичних та немедичних працівників.



Рисунок 3.3 Блок - схема процесу проведення внутрішнього аудиту результативності функціонування системи управління якістю надання медичних послуг ЦПМД

Джерело: власна розробка

Якщо буде наявне конфлікт між пацієнтом і КНП щодо рівня якості наданої медичних послуг чи допомоги то для його ліквідації доцільно назначити саму експертизу якості медичної допомоги. Сама експертиза буде визначатися за стандартом як «дослідження випадку надання медичної допомоги, що виконується незалежним експертом, в завдання якого входить виявлення медичних помилок, опис їх реальних і можливих наслідків, з'ясування причин виникнення медичних помилок, оформлення обґрунтованого висновку і складання рекомендацій щодо запобігання типових медичних помилок».

Може бути призначена відповідними місцевими органами управління в системі охорони здоров'я сама експертиза, може бути направлена від страхової медичної організації на прохання громадянина або самим пацієнтом.

Порівняння зі стандартами медичної допомоги, автоматизована технологія експертизи або розрахунок рівня якості лікування це все затверджені методики оцінки якості медичних послуг та допомоги це все і буде експертиза. А використання експертом електронної програми буде здійснюватися через автоматизовану технологію експертизи якості медичної допомоги вона розкладає випадок та послідовно перевіряє правильність їх виконання лікарем в процесі надання медичної допомоги. Дана процедура виключає суб'єктивізм в оцінюванні правильності надання медичної допомоги та вказує на помилки, які були допущені.

Введення клінічного аудиту підвищить соціальну ефективність охорони здоров'я полягає у запобіганні захворюванню у якнайбільшій кількості осіб, зниженні інвалідизації та передчасної смертності, а також - поліпшенні якості та культури медичного обслуговування, економії часу пацієнтів при різних організаційних формах медичного обслуговування. Взагалі за стандартами та методичними рекомендаціями [11-16], після проведення клінічного аудиту в закладі дозволить на від 10 до 20%

підвищити соціальну ефективність якості надання медичних послуг в залежності від показника.

Таблиця 3.3 - Показники результативності якості медичних послуг в КНП після введення аудиту

Забезпечення надання населенню ПМД за місцем їх проживання	До здійснення аудиту	Після проведення аудиту
Показники затрат: - кількість штатних посад, одиниць; в тому числі лікарів, які надають первинну допомогу, одиниць.	26 23	26 23
Показники продукту: - кількість прикріпленого населення, осіб; - кількість пролікованих хворих, осіб.	3651 2562	4100 3300
Показники ефективності: - кількість прикріпленого населення на 1 лікаря, який надає первинну допомогу, од.; - середня кількість відвідувань на 1 лікаря, одиниць.	1990 650	2010 760
Показники якості: - забезпечення повноти охоплення профілактичними щепленнями, %; -COVID 19- 2 дози - бустерна доза - 4 доза за бажанням - динаміка виявлених візуальних форм онкозахворювань, %; - динаміка виявлених візуальних форм випадків туберкульозу, %.	80% 3852 2670 68 5 3	85% 4100 3560 120 15 25

Джерело: власна розробка за даними закладу

Відповідно до медичної реформи та рекомендацій МОЗ для закладів ПМСД в умовах загострення епідеміологічної ситуації викликаній захворюваності на COVID 19, онкозахворювань та виявлення випадків туберкульозу вкрай рекомендовано відповідні щеплення та огляди. Як результат потенційними перевагами клінічного аудиту є шляхи для ефективності процесів та результатів лікування пацієнтів; у процесі роботи вчасно виявляються недоліки та негайно усувати; весь медичного персоналу формується як командна взаємодія, роботи в організації покращується через

рівень їх взаємодії, результативність та ефективність взагалі підвищується, з'являється бажання персоналу підвищувати кваліфікацію розвиватися та постійно навчатися; а самі висновки аудиту в КНП будуть інструментом своєчасного попередження медичних помилок та виявлення зон ризику; це все дасть змогу ефективного використання наявних ресурсів та зменшення недоцільних витрат.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено теоретичне узагальнення та запропоновано вирішення важливої проблеми, що полягає в обґрунтуванні теоретико-методичних засад формування та функціонування системи управління та адміністрування надання якісних медичних послуг. За результатами проведеного дослідження можна сформулювати такі висновки:

Проведено аналіз понять медичної послуги та її якості, встановлено два підходи до трактування даного поняття, як сукупності характеристик, з одного боку, або ступеня, в якому послуга задовольняє свої функції – з іншого. Визначено особливості якості медичної послуги як соціально-економічної категорії – суб'єктивність і індивідуальна цінність споживання.

Проведена організаційно-економічна характеристика Центру первинної медико-санітарної допомоги показало, що КНП надає безкоштовні медичні послуги первинної допомоги населенню Березівської сільської ради. Основними завданнями закладу це забезпечення населення доступною, своєчасною, якісною та ефективною первинною медико-санітарною допомогою; здійснення фінансового, матеріально-технічного та кадрового забезпечення. В КНП працює 26 чоловік, середня заробітна плата на штатну одиницю в 2021 році склала 12250 грн./міс. Абсолютно переважним джерелом фінансування даного медичного закладу є загальний фонд Державного бюджету, оскільки на нього припадає 99,8% кошторисних та касових видатків в КНП «ЦПМСД» Березівської СР. Найбільшу частку звернень в закладі (понад 50% в 2021 році) обслуговують сімейні лікарі загальної практики (2 штатні одиниці), на другому місці знаходиться терапевт з денного стаціонару (близько 20% звернень 2021р.), далі йде лабораторія (15,9%) та сімейний лікар-педіатр (12,7%). Загалом, дана структура звернень як в цілому, так і з приводу захворювання (тобто без профілактичних) відповідає самим розповсюдженим хворобам та інфекціям, що мали місце в Березівський ОТГ протягом 2019-2021 рр.

Здійснена оцінка надання медичних послуги було опитано приблизно 10% від числа мешканців Березівської ОТГ, які мали укладені Декларації ПМД із сімейними лікарями даної установи (400 осіб). Серед усіх ресурсних компонентів забезпечення якості медичних послуг пацієнти найменш задоволені саме забезпеченням медичного закладу ліками, медикаментами та матеріалами. Більший ступінь задоволеності пацієнтів обладнанням установи в цілому визначився завдяки відносно сучасній технічній оснащеності її структурних підрозділів. Шляхом вивчення носіїв інформації в кадровому обліку ми розраховували чисельність і питому вагу медичного персоналу із кожної кваліфікаційної групи у розрізі структурних підрозділів, які безпосередньо здійснюють надання медичних послуг в КНП «ЦПМСД» Березівської СР. Дане дослідження дає підстави стверджувати, що медичний колектив закладу є в цілому дуже високопрофесійним, оскільки в ньому працює 13 штатних одиниць медпрацівників з вищою категорією. По всіх структурних підрозділах Центру, окрім денного стаціонару переважає частка висококваліфікованих медичних працівників. Зокрема, в амбулаторії сімейної медицини з поміж 15,5 штатних одиниць 13 мають свідоцтво про присвоєння вищої або першої медичної категорії. Їй лише у денному стаціонарі працює лікар (1 штатна одиниця) 2-ої категорії та медсестра (1,5 штатних одиниць) яка на 2021 рік ще не мала медичної категорії професійності. У клініко-діагностичній лабораторії 100% персоналу вищої та першої кваліфікаційної категорії, в кабінеті для щеплень та ін'єкцій працює медсестра (1 штатна одиниця) 1-ої категорії. Здійснено оцінку стану підписання декларацій з лікарями. Взагалі було перевищено рекомендований ліміт декларацій ПМД на 151 од. або 3% рекомендованої їх чисельності. Один лише цей факт дає нам підстави стверджувати, що первинні медичні послуги в досліджуваній установі користуються попитом серед місцевого населення

Управління закладом здійснює директор і заступник з організації надання медичної допомоги населенню та економічних питань. Дирекція

медичного закладу формує нові, внутрішні тарифні сітки, за якими працюють лікарі, середній та молодший медичний персонал, залучає інвестиції. Механізм адміністрування закладу створюється і обмежується правовими інструментами, методичними інструкціями і стосується управлінської діяльності, звітності, ресурсного супроводу, надання медичних послуг, комунікаційного забезпечення, аналітичного супроводу, документообігу, базується на загальних законах та принципах соціального управління.

Нами запропоновано якість медичних послуг яка може бути виміряна за допомогою інтегрованої моделі HEALTHQUAL та SERVQUAL для вимірювання якості медичних послуг на основі погляду пацієнта. Для закладу задоволеність пацієнтів якістю медичних послуг визначено через їх споживчу поведінку: отримання позитивних відгуків про заклад, перевагу даного надавача первинної допомоги в разі звернення, збільшення кількості звернення до закладу та вразі бути готовим оплачувати додаткові послуги більшої вартості. Ми виявляли загальну задоволеність через думку пацієнтів щодо надання медичних послуг, а на другому етапі здійснили взаємозв'язок між фактичною ту, що сприймають якість медичних послуг, задоволеністю клієнтів та шляхами лояльності до ЦПМСД з метою побудови відповідної моделі.

Проведені дослідження з використанням опитування та сучасних інформаційних технологій обробки статистичних даних виявили загальну задоволеність та вивчення думки пацієнтів щодо надання медичної послуги і факторів, які впливають на вибір ними закладу, дозволило виявити тенденції щодо: частоти звернення до лікаря (77,2% – за необхідністю), причин звернення (переважно діагностика та лікування), задоволеності роботою сімейного лікаря та лікарів-спеціалістів (63,2% задоволені у достатній мірі), досвіду (85% мають такий досвід) та причин звернення до приватних ЗОЗ, факторів при виборі ЗОЗ (якість послуги та результативність обрали 86%), необхідності додаткових послуг та зручностей (Wi-fi-мережа), а також думки, пропозиції та скарги респондентів.

Здійснено оцінку якості медичних послуг для за методикою SERVPERF, дозволило побудувати структурну модель взаємозв'язків між сприйнятою якістю медичної послуги, її компонентами та лояльністю, опосередкованих задоволеністю пацієнтів, яка має такий вербальний зміст: «якість медичної послуги сприймається її споживачами через надійність, відповідальність, чуйність персоналу, за умов належного інформування про можливі методи лікування і його вартість та наявності сучасної, в належному санітарно-гігієнічному та технічному стані, матеріальної бази, опосередковано – через задоволеність пацієнтів отриманою послугою – впливає на їх наміри лояльності». Розроблена модель досягнення якості медичних послуг яка передбачає врахування вимог пацієнтів, які орієнтуються на якість медичного обслуговування, яка досягається як загальна якість медичних послуг при її оптимізації, при встановлення відповідності рівня досягнутої якості рівневі очікуваної з урахуванням вимог пацієнтів та можливостей їх задоволення.

Тому для ефективної діяльності КНП «ЦПМСД» а саме якісних послуг, на перспективну запропоновано впровадження клінічного аудиту, який для процесу підвищення якості наданої медичних послуг через проведення з використанням сформульованих критеріїв систематичних перевірок з подальшим внесенням змін до самого процесу лікування та прийняття подальших управлінських рішень, тобто потенційні переваги клінічного аудиту полягають у тому що: покращуються процеси та результати лікування пацієнтів; вчасно виявляються недоліки у процесі роботи та негайно усуваються; формується командна взаємодія всього медичного персоналу, покращується рівень організації їх роботи, підвищується її результативність та ефективність, появляється бажання персоналу підвищувати кваліфікацію та навчатися; висновки аудиту є інструментом своєчасного виявлення зон ризику та попередження медичних помилок; створюються умови для більш ефективного використанню наявних ресурсів та зменшення нераціональних витрат.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Н. В. Організаційні аспекти державного управління системою охорони здоров'я в Україні *Держава та регіони. Серія: Державне управління*. 2016. № 2. С. 194-196.
2. Бобришева О.В. Ефективний розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації економіки та інтеграційних процесів в охороні здоров'я. *Вісник Дніпропетровського університету. Серія «Економіка»*. 2016. Вип. 8. С. 12-18.
3. Бутова Т. В. Фінансування галузі охорони здоров'я в Україні та у зарубіжних країнах *Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку* : збірник наукових праць Львів : Видавництво Львівської політехніки. 2018. С. 357-364.
4. Вовк С.М. Конкуренція за здоров'я на медичному ринку України *Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування*: електр. наук. фак. вид. Херсонського національного технічного університету, 2020. № 2. URL: http://el-zbirn-du.at.ua/index/zmist_2020_2/0-29 (дата звернення 01.09.2021).
5. Воробйова Ю.М. Управління та адміністрування медичних закладів *стратегічні пріоритети розвитку економіки, менеджменту, сфери обслуговування та права в умовах інтеграційних процесів*: матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Івано-Франківськ, 4 – 6 листопада 2022 р. м. Івано-Франківськ, 2022. С. 123-125.
6. Воробйова Ю.М. Управління формування компетенностей в адміністративному менеджменті в сучасних умовах. *Бухгалтерський облік, контроль та аналіз в умовах інституційних змін*: Збірник наукових праць Всеукраїнської науково-практичної конференції. м. Полтава, 27 жовтня 2022 р. Полтава, 2022. С. 1286 -1289.
7. Вовк С. М. Системні трансформації охорони здоров'я : монографія. Кривий Ріг: ДДУУ : Вид. Р.А. Козлов, 2017. 315 с.

8. Гаєвська Л. М. Потенціал медичної галузі та його оцінка. *Глобальні та національні проблеми економіки* : наук. журнал. 2017. № 15. С. 192–196 URL: <http://global-national.in.ua/archive/15-2017/38.pdf> (дата звернення: 25.09.2021).

9. Дорошенко О. О. Сучасний стан фінансово-економічного забезпечення медичної допомоги на первинному рівні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2017. № 2. С.69-73.

10. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. *Україна. Здоров'я нації*. 2019. №. 1. С. 5–23.

11. Методика розробки системи індикаторів якості медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 28.09.2014 № 751. URL: (дата звернення: 11.11.2020 р.)

12. Методика розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 28.09.2012 № 751. URL: <https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/751metodyka.pdf>(дата звернення: 11.11.2020 р.)

12. Методичних рекомендації щодо порядку проведення аудиту стану надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17.08.2012..№ 637. URL.: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/>(дата звернення: 11.11.2020 р.)

14. Миронюк І. С., Новічкова О. М. Застосування моделі поліпшення якості надання послуг у закладах охорони здоров'я: навчальний посібник. К.: Друкарський двір Олега Федорова, 2017. 156 с.

15. Про затвердження індикаторів якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 02.11.2011 № 743. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12>(дата звернення: 25.06.2021).

16. Про порядок контролю якості медичної допомоги: Наказ МОЗ від 28.09.2012 № 752. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12> (дата звернення 25.01.2021).

17. Про деякі питання реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2022 рік» Відповідно до постанови КМУ від 18.12.2021 № 1117 URL: <https://egolovlikar.mcfrr.ua/npd-doc?npmid=94&npid=46156&anchor=#> (дата звернення: 25.06.2021).

18. Стоянець Н.В., Литвиненко Н.А. Адміністрування сфери якості медичних послуг організації *Менеджмент XXI століття: проблеми і перспективи*: збірник матеріалів XI Всеукраїнської науково-практичної конференції, 21 жовтня 2021 р. Умань: ВПЦ «ВІЗАВІ», 2021. С.108-110

19. Шипко А. К. Модернізація функцій суб'єктів управління охороною здоров'я на місцевому рівні в умовах реструктуризації галузі. URL: <http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo> (дата звернення: 09.09.2021 р.)

20. Явін О. О. Вплив державної підтримки на діяльність лікарняних установ первинної ланки. *Наука та інновації*. 2019. Т. 8, № 5. С. 89–98.

21. Organization and financing of public health services in Europe: Country reports. European Observatory on Health Systems and Policies. 2018. Health Policy Series, № 49. 148 p. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/370946/public-health-services.pdf (дата звернення 15.11.2021)

22. Scrivens E.(2016) Accreditation and the regulation of quality in health services. *Regulation entrepreneurial behaviour in European health care systems* / ed. R. B. Saltman, R. Busse, E. Mossialos. Buckingham – Philadelphia : Open University Press, 2016. P. 91-105.

23. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*. 2005. Vol. 83 (4). P. 691-729. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/> (дата звернення 27.01.2021).

Додаток А - Описова статистика (середні значення і стандартні відхилення)

Запитанняанкети	Умовні позначення	Середнє значення	Стандартне відхилення
Оцінка якості			
EMPATHY		4,25	1,516
1. Персонал закладу (лікар) ввічливий	Q1_empath.	4,06	1,523
2. Персонал закладу доброзичливий, проявляє турботу про пацієнта	Q2_empath.	5,57	1,609
4. Медичний персонал розуміє потреби пацієнтів	Q4_empath.	4,41	1,729
16. Кожному пацієнту приділяється індивідуальна увага	Q16_empath.	3,31	1,834
TANGIBLES		3,91	1,408
5. Наявні інформативні матеріали, пов'язані з наданням медичної послуги, є візуально привабливими	Q5_tangib.	4,09	1,803
15. Кабінети, палати та інтер'єр є візуально привабливими та чистими	Q15_tangib.	5,11	1,831

Продовження таблиці 3.2

17. Персонал має приємний зовнішній вигляд	Q17_tangib.	5,28	1,424
19. Обладнання приміщень, передпокою, палат є сучасним	Q19_tangib.	3,60	1,850
22. Прайс-лист послуг є повним, зрозумілим та вичерпним	Q22_tangib.	4,35	1,841
RELYABILITY		3,92	1,441
3. Медична послуга надається вчасно	Q3_relyab.	4,48	1,683
7. Медичні записи є коректними	Q7_relyab.	4,89	1,687
8. Пацієнта попереджають про затримку узгодженого часу (у випадку затримки лікаря для надання термінової послуги)	Q8_relyab.	3,70	1,994
9. Медична послуга надається в чітко в узгоджений час	Q9_relyab.	3,92	1,751
12. Інформування про вартість послуг здійснюється заздалегідь та на належному рівні	Q12_relyab.	4,58	1,861
RESPONSIVENESS		4,14	1,512
6. Персонал виявляє бажання надати послугу	Q6_respons.	4,27	1,780
11. Медичний персонал відповідає на всі питання пацієнта про його стан здоров'я	Q11_respons.	4,75	1,668
13. Персонал готовий реагувати на запити	Q13_respons.	4,39	1,685
14. Медична послуга надається безпосередньо з першого звернення	Q14_respons.	4,51	1,700
ASSURANCE		3,95	1,498
10. Медичний персонал викликає довіру у пацієнтів	Q10_assur.	4,29	1,675
18. Графік роботи закладу (лікаря) є зручним для пацієнтів	Q18_assur.	4,43	1,816
20. Пацієнти відчувають себе у безпеці під час медичного втручання	Q20_assur.	4,04	1,834
21. Пацієнтів інформують про варіанти надання послуги	Q21_assur.	4,43	1,731

Оцінка задоволеності			
1. Як би Ви оцінили загальну якість послуг, що надаються Вашою лікарнею (лікарем)? (якість в цілому)	S1	4,67	2,365
2. Думаючи про цю лікарню (лікаря) загалом, будь-ласка, оцініть ті блага, які Ви отримали завитрачені кошти	S2	4,66	2,253
3. В цілому, на скільки Ви задоволені обраним закладом? (загальний рівень задоволеності)	S3	4,73	2,500
Оцінка лояльності			
1. Чи порекомендуєте Ви даний заклад (лікаря)іншим людям при виникненні такої потреби?	L1	4,35	1,846
2. Чи відчували Ви себе в достатній безпеціпідчас отримання послуги, щоб згодом порекомендувати заклад (лікаря) іншим?	L2	4,04	1,834