

**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: «Удосконалення системи звітності та контролю в
медичному закладі»**

Виконав:

Мельник Тетяна Михайлівна
здобувач вищої освіти
за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»

Керівник:

Орехова Альвіна Іванівна
д.е.н., професор кафедри менеджменту
імені професора Л.І. Михайлової

Рецензент:

Дмитренко Алла Василівна
доктор економічних наук, професор кафедри фінансів,
банківського бізнесу та оподаткування
Національного університету «Полтавська політехніка»

Суми – 2023

СУМСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет економіки і менеджменту
Кафедра публічного управління та адміністрування
Освітній ступінь «Магістр»
Спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування»
ОП «Публічне управління та адміністрування»

Затверджую:

Завідувач кафедри

(посада, ПІБ)

« »

20

р.

ЗАВДАННЯ

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ

*Мельник Тетяні Михайлівні***1. Тема роботи:** Удосконалення системи звітності та контролю в медичному закладі**2. База практичного дослідження:** Управління охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації**Керівник роботи** Орехова А.І., д.е.н., професор кафедри менеджменту імені професора Л.І. Михайлової

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

*затверджена наказом по університету від « » грудня 20 р. №***3. Строк подання студентом закінченого проекту (роботи)** *« » грудня 2023 р.***4. Вихідні дані до проекту (роботи):**праці вітчизняних і зарубіжних вчених, законодавчо-нормативна база за темою дослідження, статистичні дані Державної служби статистики України, аналітична інформація Міністерства охорони здоров'я України, власні дослідження автора.**5. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити):**

дослідити теоретико-методичні основи системи звітності та контролю в медичному закладі;
провести аналіз системи контролю в медичних закладах Сумської області;
дослідити стан впровадження удосконалень системи звітності в медичних закладах України;
дослідити актуальні особливості системи державного контролю за діяльністю медичних закладів;
визначити напрями вдосконалення системи звітності;
визначити напрями вдосконалень системи внутрішнього контролю;
запропонувати впровадження клінічного аудиту як можливий напрям вдосконалення системи контролю в медичному закладі
сформулювати висновки.

6. Дата видачі завдання: « »

2022 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 2022 р.	виконано
2.	Підбір та аналіз літературних джерел, підготовка першого теоретичного розділу	жовтень - грудень 2022 р.	виконано
3.	Збір аналітичної інформації, обробка результатів дослідження та підготовка другого розділу роботи	травень - липень 2023 р.	виконано
4.	Підготовка третього розділу кваліфікаційної роботи	серпень – вересень 2023 р.	виконано
5.	Підготовка висновків, пропозицій та узгодження з керівником	жовтень 2023 р.	виконано
6.	Підготовка кінцевого варіанту кваліфікаційної роботи	листопад 2023 р.	виконано
7.	Опрацювання зауважень керівника, перевірка на автентичність	24 листопада 2023 р.	виконано
8.	Рецензування кваліфікаційної роботи	30 листопада – 1 грудня 2023 р.	виконано
9.	Представлення кваліфікаційної роботи на кафедру, деканат	30 листопада – 07 грудня 2023 р.	виконано
10.	Підготовка доповіді, презентації до кваліфікаційної роботи та її попередній захист		виконано
11.	Захист кваліфікаційної роботи		

Студент

(підпис)

Т.М. Мельник

Керівник роботи

(підпис)

А.І. Орехова

Перевірку на автентичність проведено.

Н.М. Баранік

Кваліфікаційна робота допущена до захисту

(підпис)

М.О. Лищенко

АНОТАЦІЯ

Мельник Т.М. Удосконалення системи звітності та контролю в медичному закладі

Кваліфікаційна робота за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування», Сумський національний аграрний університет, Суми, 2023. – Рукопис.

У кваліфікаційній роботі досліджено теоретико-методичні основи системи звітності та контролю в медичному закладі. Досліджено організація системи звітності та контролю в медичних закладах. Запропоновані напрями вдосконалень системи звітності та контролю медичних закладів України.

Важливість державного контролю в системі охорони здоров'я полягає в тому, що контроль традиційно вважається способом забезпечення дисципліни та законності, поряд із зверненнями громадян та наглядом. Особливе значення дотримання дисципліни та законності набуває саме у сфері публічного управління. У всіх медичних закладах, в яких здійснювалося дослідження, працювала система внутрішнього контролю за якістю надання медичної допомоги у відповідності до нормативної бази МОЗ України, а також внутрішніх наказів та інструкцій щодо внутрішнього контролю якості. Практично всі українські поліклініки та амбулаторії мають комп'ютерне обладнання, на якому встановлено програму «Поліклініка». Вона призначена для автоматизації функціонування амбулаторії (поліклініки) та має наступні функції: автоматизація операцій в реєстрі пацієнтів; формування статистичних талонів; комп'ютеризація ведення звітно-облікових форм; генерація деяких форм медичних звітів. Сьогодні можна спостерігати динаміку значного скорочення державних органів контролю. Ті інституції, які залишилися в системі контролюючих органів, обмежені значною мірою у своїх повноваженнях. Запропоновано такий напрям вдосконалень системи фінансової звітності більшості медичних закладів як її модернізація та пристосування до умов воєнного стану, що є вкрай актуальним та корисним з точки зору оптимізації публічного управління та адміністрування сфери охорони здоров'я на державному і регіональному рівні. З метою удосконалення системи контролю якості надання медичної допомоги головним лікарем (директором) медичного закладу повинна бути розроблена система безперервного внутрішнього контролю якості медичної допомоги, основним нормоутворюючим документом якої має стати Наказ про систему внутрішнього контролю.

Запропоновано впровадження клінічного аудиту, що передбачає дотримання стандартів із медичної допомоги й забезпечує збір та обробку інформації стосовно процесу, структури і результатів надання медичної допомоги для їх покращення, а також акредитації і атестації медичних закладів та їх працівників.

Ключові слова: управління, звітність, контроль, медичний заклад, охорона здоров'я.

SUMMARY

Melnyk T.M. Improvement of the reporting and control system in the medical institution

Qualification thesis for specialty 281 "Public management and administration", Sumy National Agrarian University, Sumy, 2023. - Manuscript.

The theoretical and methodological foundations of the reporting and control system in the medical institution were investigated in the qualification work. The organization of the reporting and control system in medical institutions was studied. Proposed areas of improvement of the reporting and control system of medical institutions of Ukraine. The importance of government control in the health care system is that control is traditionally considered a way to ensure discipline and law, along with citizen appeals and oversight. Observance of discipline and legality is especially important in the field of public administration. In all medical institutions, in which the research was carried out, a system of internal control over the quality of medical care was operating in accordance with the regulatory framework of the Ministry of Health of Ukraine, as well as internal orders and instructions on internal quality control. Practically all Ukrainian polyclinics and outpatient clinics have computer equipment on which the Polyclinic program is installed. It is designed to automate the functioning of the outpatient clinic (polyclinic) and has the following functions: automation of operations in the patient register; formation of statistical coupons; computerization of reporting and accounting forms; generation of some forms of medical reports. Today, one can observe the dynamics of a significant reduction of state control bodies. Those institutions that remained in the system of control bodies are largely limited in their powers. Such a direction of improvement of the financial reporting system of most medical institutions as its modernization and adaptation to the conditions of martial law is proposed, which is extremely relevant and useful from the point of view of optimization of public management and administration of health care at the state and regional level. In order to improve the system of quality control of the provision of medical care, the chief doctor (director) of the medical institution should develop a system of continuous internal control of the quality of medical care, the main normative document of which should be the Order on the Internal Control System. It is proposed to introduce a clinical audit, which provides for the observance of medical care standards and ensures the collection and processing of information regarding the process, structure and results of the provision of medical care for their improvement, as well as accreditation and certification of medical institutions and their employees.

Keywords: management, reporting, control, medical institution, health care.

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1 Теоретико-методичні основи системи звітності та контролю в медичному закладі	11
РОЗДІЛ 2 Організація системи звітності та контролю в медичних закладах	21
2.1 Аналіз системи контролю в медичних закладах Сумської області	21
2.2 Стан впровадження удосконалень системи звітності в медичних закладах України	29
2.3 Актуальні особливості системи державного контролю за діяльністю медичних закладів	37
РОЗДІЛ 3 Напрями вдосконалень системи звітності та контролю медичних закладів України	48
3.1 Напрями вдосконалення системи звітності	48
3.2 Напрями вдосконалень системи внутрішнього контролю	54
3.3 Впровадження клінічного аудиту як можливий напрям вдосконалення системи контролю в медичному закладі	59
ВИСНОВКИ	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	71
ДОДАТКИ	77

ВСТУП

Актуальність теми. У сучасних умовах невизначеності економічної ситуації для результативного функціонування закладів системи охорони здоров'я потрібне надання якісних медичних послуг, забезпечення ефективності діяльності шляхом підвищення рівня управління усіма процесами та формування необхідного ресурсного потенціалу. Для реалізації цих завдань керівник закладів системи охорони здоров'я повинні мати повну та достовірну інформацію, що забезпечує процес ухвалення управлінських рішень. У зв'язку з цим особливо актуальною стає проблема формування належної звітності та забезпечення системи якісного контролю, що дозволить не лише керівнику, а й численним зацікавленим користувачам здійснювати порівняння результатів із аналогічними закладами та прогнозувати подальший розвиток.

Стан вивчення проблеми. Серед науковців, які досліджують проблеми системи звітності та контролю в медичному закладі, слід виділити таких як Ніколюк О. В., Бондар В. А., Цветкова Н. Ю. [1], І. Бенько [2], І. Глушаченко [3], Н. Галіяш [5], А. Миронов [11], І. Солоненко, Л. Сабліна, Л. Єна [37], О. Труш [38] та ін. Не зважаючи на вагомість проведених досліджень, потребують додаткового дослідження питання пов'язані з удосконаленням системи звітності та контролю в медичному закладі.

Мета і задачі дослідження. Мета дослідження полягає в теоретико-методологічному обґрунтуванні та прикладному опрацюванні питань щодо удосконалення системи звітності та контролю в медичному закладі.

Досягнення мети кваліфікаційної роботи обумовило необхідність вирішення наступних завдань дослідження:

- дослідити теоретико-методичні основи системи звітності та контролю в медичному закладі;
- провести аналіз системи контролю в медичних закладах Сумської області;

- дослідити стан впровадження удосконалень системи звітності в медичних закладах України;
- дослідити актуальні особливості системи державного контролю за діяльністю медичних закладів;
- визначити напрями вдосконалення системи звітності;
- визначити напрями вдосконалень системи внутрішнього контролю;
- запропонувати впровадження клінічного аудиту як можливий напрям вдосконалення системи контролю в медичному закладі.

Об'єктом дослідження є процес системи звітності та контролю в медичному закладі.

Предметом дослідження є сукупність теоретичних, методологічних та прикладних положень щодо удосконалення системи звітності та контролю в медичному закладі.

Методи дослідження. В роботі використано як загальнонаукові, так і спеціальні методи досліджень: методи індукції та дедукції, науково-аналітичні методи; абстрактно-логічний метод; статистичний аналіз та метод згрупувань; графічний метод - для наочного зображення теоретичного матеріалу та аналітичних результатів. Під час розробки та впровадження напрямів удосконалення системи звітності та контролю в медичному закладі використовувались методи систематизації, алгоритмізації та ін.

Інформаційною базою дослідження слугували нормативно-правові акти та матеріали Державної служби статистики України, Міністерства охорони здоров'я України, матеріали періодичного друку, наукові праці вітчизняних та зарубіжних вчених за темою дослідження.

Елементи наукової новизни отриманих результатів. Наукова новизна отриманих результатів полягає у розробці рекомендацій щодо удосконалення системи звітності та контролю в медичному закладі, а саме:

- запропоновано вдосконалення системи фінансової звітності більшості медичних закладів як її модернізація та пристосування до умов воєнного стану є вкрай актуальним та корисним з точки зору оптимізації

публічного управління та адміністрування сфери охорони здоров'я на державному і регіональному рівні.;

- запропоновано удосконалення системи контролю якості надання медичної допомоги шляхом розробки системи безперервного внутрішнього контролю якості медичної допомоги, основним нормоутворюючим документом якої має стати Наказ про систему внутрішнього контролю;

- запропоновано впровадження клінічного аудиту, що передбачає дотримання стандартів із медичної допомоги й забезпечує збір та обробку інформації стосовно процесу, структури і результатів надання медичної допомоги для їх покращення, а також акредитації і атестації медичних закладів та їх працівників. Процес клінічного аудиту безпосередньо пов'язаний із оцінкою фактично наданої медичної допомоги у відповідності до сукупності критеріїв, затверджених стандартами; рівень якості наданої медичної допомоги розраховується на основі індикаторів якості, що є кількісними властивостями інформації про медичну послугу.

Практичне значення одержаних результатів. Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що проведені дослідження дозволяють удосконалити систему звітності та контролю в медичному закладі. Матеріали досліджень, проведених у кваліфікаційній роботі, передані на кафедру публічного управління та адміністрування Сумського національного аграрного університету. Дослідження та висновки, отримані в результаті написання кваліфікаційної роботи, можуть слугувати якісним теоретичним, навчальним та практичним матеріалом при проведенні викладачами кафедри лекційних та семінарських занять для здобувачів вищої освіти спеціальності «Публічне управління та адміністрування».

Апробація результатів дослідження. Основні положення та висновки роботи доповідалися, обговорювалися і отримали позитивну оцінку на міжнародних та всеукраїнських науково-практичних конференціях у м. Київ та м. Полтава.

Публікації. За результатами дослідження опубліковано 2 тези доповіді:

1. Мельник Т.М. Удосконалення системи контролю в медичних закладах. *Економіка, фінанси, облік і право в умовах глобалізації*: збірник тез доповідей міжнародної науково-практичної конференції (Полтава, 8 листопада 2023 р.): у 2 ч. Полтава: ЦФЕНД, 2023. Ч. 2. С.35-36.

2. 10. Мельник Т.М. Удосконалення системи звітності в медичному закладі. *Перспективи розвитку управлінських систем у соціальній та економічній сферах України: теорія і практика*: зб. матеріалів VII Всеукр. наук.-практ. інт.-конф., 21 листопада 2023 р. Київ: Київський університет імені Бориса Грінченка, 2023. С.89-90.

Обсяг і структура роботи. Робота складається з вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Основний обсяг роботи викладено на 60 сторінках. Список використаних джерел налічує 43 найменування.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ СИСТЕМИ ЗВІТНОСТІ ТА КОНТРОЛЮ В МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ

Ефективність і якість діяльності медичних установ належать до найбільш актуальних проблем адміністрування вітчизняної системи охорони здоров'я, яка пов'язана з соціальним розвитком країни. Питання якості надання медичної допомоги займає важливе місце і у світовій політиці ВООЗ. Її глобальна стратегічна програма «Здоров'я для всіх» посеред головних цілей визначає відповідну технологію і якість обслуговування, у глибокому переконанні, що всі держави повинні мати відповідні механізми і структури для забезпечення сталого підвищення якості медичної допомоги і вдосконалення належного розвитку діючої системи охорони здоров'я.

Зміни, які на даний час впроваджуються до системи охорони здоров'я, мають на меті її перефокусування на користь якості. Різноманіття медичних послуг, більш широкі можливості щодо їхнього вибору спричинили збільшення потреби громадян в якісних послугах з надання медичної допомоги, це стимулює пацієнтів порівнювати і оцінювати якість та вартість отриманих послуг. Ось чому головне завдання системи охорони здоров'я – це надання найбільш якісної кваліфікованої медичної допомоги в усіх можливих обставинах [9].

Багато держав наразі знаходиться у адміністративно-правовому процесі щодо оцінки якості надання медичного обслуговування та пошуку шляхів покращення інформаційного забезпечення системи охорони здоров'я. При цьому навіть процвітаючі економічно держави, за останні 20 років, зростивши витрати на громадську охорону здоров'я в 2-3 рази, не змогли досягти пропорційного зростання якісних показників з надання медичної допомоги та впровадити досконалі системи узагальнення і звітності. Особливо тенденція непропорційного розвитку спостерігається в державах, які володіють

обмеженими ресурсами для покращення медичного обслуговування своїх громадян.

Проблеми адміністрування діяльності медичних закладів останнім часом набувають важливої актуальності. Це спричиняється сукупністю чинників, головними з яких є: триваюча медична реформа української системи охорони здоров'я, неналежний захист та забезпечення прав щодо медичного обслуговування населення, недостатнє фінансування державної системи охорони здоров'я, невідповідність встановленого Конституцією безоплатного принципу надання медичної допомоги систематичним фактам, що свідчать про платність за чималий перелік медичних послуг. В контексті здійснення медичної реформи ми підтримуємо думку [11], відповідно до якої мала місце певна суспільна напруженість з приводу започаткованою Уляною Супрун медичної реформи. Ця напруженість тривалий час визначала соціальну повістку дня через непередбачену комунікацію з населенням щодо донесення цілей медичної реформи, її сутності та очікуваних наслідків.

Фундамент правової та адміністративної бази, що визначає інституційне підґрунтя для функціонування української системи охорони здоров'я – Закон України «Основи законодавства про охорону здоров'я» [14]. Цей нормоутворюючий акт містить розлоге визначення охорони здоров'я, але дана норма може використовуватися для цілей укладання поточного законодавства щодо медицини і на цій основі формуються інші медичні адміністративні та правові норми, що є потрібними як для медичної, так і для правничої науки та практики.

Отже, важливість державного контролю в системі охорони здоров'я полягає в тому, що контроль традиційно вважається способом забезпечення дисципліни та законності, поряд із зверненнями громадян та наглядом. Особливе значення дотримання дисципліни та законності набуває саме у сфері публічного управління. Значимість суспільної уваги до забезпечення дисципліни та законності пояснюється низкою причин:

1. Потреба в забезпеченні прийнятних умов реалізації публічного управління в адміністративній, економічній та соціальній сферах громадського життя.

2. Адміністративно-правова діяльність суб'єктів та органів публічного управління повинна спиратися на дотримання дисципліни та законності.

3. Нормотворча діяльність суб'єктів та органів публічного управління не має суперечити чинному законодавству України.

4. Обов'язок сприяти захисту і реалізації прав, законних інтересів і свобод для громадян зі сторони органів сфери публічного управління.

5. Легітимне застосування методів адміністративного примусу зі сторони відповідних державних органів.

У відповідності до трактовки терміна «контроль» [1], контроль – це головний спосіб із забезпечення дисципліни і законності в державі та паралельно її основна функція. Без організованого та систематичного контролю знижується ефективність роботи державних органів, адже будь-яке адміністративне рішення у системі державного управління та місцевого самоврядування має супроводжуватися контролем за його виконанням, в протилежному разі його прийняття позбавлене сенсу. Тому державний контроль є тим чинником, який забезпечує правову поведінку державних службовців та в цілому громадян. Отже, контроль в сфері охорони громадського здоров'я виступає однією із основних функцій держави, яка допомагає забезпечити належне виконання всіх інших – зменшення захворюваності та смертності, подовження середньої тривалості життя, раціональності та цільової спрямованості бюджетних витрат.

З означених вище позицій можемо виділити класифікаційні ознаки, які дозволяють нам класифікувати державний контроль у публічному управлінні наступним чином:

- за часом здійснення контроль поділяється на попередній, поточний (операційний) та наступний контроль;

- за об'єктами контролю (контроль за дотриманням законодавчо-нормативних актів, контроль за діяльністю посадових осіб та/або державних органів, установ, закладів);
- за цілями (контроль законності, контроль доцільності);
- в залежності від організаційного положення перевіряючого об'єкту – внутрішній та зовнішній контроль;
- за формою: відомчий, правоохоронний (прокуратури, суду, поліції), законодавчий тощо.

Можемо говорити, що державний контроль найчастіше проявляється у формі систематичних перевірок за виконанням положень законодавства, дотриманням відомчої дисципліни та правопорядку, які відбуваються через втручання об'єктів контролю в профільну діяльність суб'єктів, та скасування або призупинення актів адміністрування, застосуванні примусових заходів до посадових підконтрольних осіб [3]. Від себе додамо, що втручання під час державного контролю відбувається лише в разі необхідності, й має розглядатися як вимушений захід. Але обов'язкова риса – це те, що державний контроль виконується державними органами та їх посадовими особами. Водночас, у сфери охорони здоров'я є певні специфічні риси, які мають бути враховані при здійсненні державного контролю:

- значна соціальна важливість;
- охоплення медичною сферою у тому чи іншому ступені всіх членів суспільства;
- наявність медичних закладів багатьох форм власності: комунальних, колективних, приватних, державних тощо;
- комплексність;
- поступова заміна фіктивно гарантованої цілковитої безоплатності надання медичних послуг реально гарантованим набором медичних послуг, які в обов'язковому порядку гарантуються державою;
- санітарно-епідеміологічні вимоги, потреба в контролі за обігом наркотичних речовин, лікарських засобів та матеріалів медичного призначення;

- необхідність функціонального поділу контролю на зовнішній та внутрішній через відмінності у прикладних процедурах, проявах та об'єктах.

Різносторонній характер сфери охорони здоров'я, суттєвий перелік напрямків профільної діяльності зумовлюють наявність особливостей у підході щодо виконання державного контролю в сфері охорони здоров'я. Здоров'я і життя людини є найважливішими державними цінностями, тому наглядово-контрольна діяльність в галузі охорони здоров'я заслуговує на належну увагу. Доречно розуміти під функціями державного контролю в галузі охорони здоров'я основні напрями контрольно-наглядової діяльності, які дозволяють публічним органам контролю та їх посадовим особам одержувати інформацію, яка відображає актуальний стан справ в певному розрізі медичної діяльності. Отже, доречно буде виділити наступні функції державного контролю в медичних закладах: соціальна, фінансово-економічна, політична, коригуючи [2].

Державному контролю притаманні певні принципи виконання: універсальність (контроль охоплює всіх суб'єктів медичної діяльності), систематичність (контроль проводиться не один раз, і не деколи, а постійно у визначені Законом строки або в разі настання певних дій); об'єктивність (контроль виконується особами, байдужими до отриманих результатів), реальність (контроль має виконуватися достатньою чисельністю відповідальних осіб); оперативність (обов'язкове та швидке реагування на повідомлення про порушення, або їх запобігання, або усунення причин, які зумовили настання порушень); гласність (у визначених Законом випадках оприлюднення результатів здійснення контрольних заходів, направлення цих результатів до правоохоронних органів, чи інших зацікавлених осіб). Від себе додамо ще й декілька бажаних принципів: - розумного поєднання централізації та децентралізації: до зовнішнього державного контролю мають залучатися крім центральних органів влади (МОЗ) ще й місцеві територіальні громади; - спрямованості на поліпшення якості надання медичної допомоги; системного

підходу у виявленні порушень та встановлення відповідальних за ці порушення осіб.

Державний контроль в сфері охорони здоров'я має також бути покликаним на забезпечення державних гарантій, виступаючи запобіжником від порушень в наданні громадянам якісної медичної допомоги, обмеження законних прав хворих та їх рідних, відхиленні від протоколів, нормативів та стандартів медичної практики.

Органи контролю за медичною діяльністю (структурні підрозділи МОЗ) в прогностичній та оперативній роботі перманентно використовує інформацію із стандартизованих звітів. Адже лише фаховий аналіз зведених та звітних даних, об'єктивна оцінка явищ та належні висновки дають підстави для прийняття рішень щодо контролю організації роботи медичних закладів, покращенню їх діяльності, підвищенню якості медичного обслуговування населення. Ось чому контроль та звітність перебувають в діалектичному зв'язку і є незамінними атрибутами управлінсько-адміністративного процесу в публічному управлінні медичною сферою [11].

Управління та адміністрування медичними закладами є багаторівневим процесом, який ґрунтується на виборі раціональних рішень з системним впливом як внутрішнього середовища конкретних установ, так і загальнодержавної економічної, політичної та соціальної ситуації. Ясно, що саме управлінське рішення посідає чи не найважливіше місце в переліку критеріїв впливу. Адже від його об'єктивності, своєчасності та доцільності залежить ефективність функціонування галузі охорони здоров'я та кожного конкретного закладу із цієї сфери. Отже, управлінське рішення в публічному управлінні – це регламентована дія цілеспрямованого впливу посадових осіб суб'єкта управління на об'єкт, що знаходиться в межах правового поля та має на меті позитивні зміни стану об'єкту управління.

При формуванні перспективних та поточних планів розвитку керівник медичного закладу спирається на дослідження закономірностей та тенденцій змін як самої системи охорони громадського здоров'я, так і середніх показників

стану здоров'я людей, які проживають в межах певної зони відповідальності – області, міста, місцевості, яку має обслуговувати даний заклад.

Система звітності державних та комунальних медичних закладів є важливим джерелом для контролю за їхньою діяльністю, вона є зафіксованою на паперових або цифрових носіях підставою для вжиття організаційних і адміністративних заходів для підвищення якості надання медичної допомоги та зростання ефективності роботи медичного закладу.

Традиційна інформаційна система в сфері охорони здоров'я базується на отриманні даних у затверджених формах звітів, на підставі яких генерується узагальнена інформація про санітарно-епідеміологічний стан, ситуацію зі здоров'ям населення, результати лікувальної діяльності медичних закладів в цілому, або відібраних за певним критерієм, їх фінансовий стан та перспективи розвитку [38].

В умовах проведення медичної реформи на перший план виносяться питання систематизації накопичувальної і оперативної інформації з метою раціонального планування надання медичної допомоги її реструктуризації, підвищення ефективності проведення контролю і нагляду. У підсумку інформація, отримана на базі звітної документації, є адміністративним підґрунтям для прийняття різнопланових управлінських рішень та проведення заходів контролю:

- що стосуються кадрової політики (оптимізація чисельності та структури кадрів, їхньої професійної підготовки, використання набутих навичок тощо);
- що стосуються напряму процесу лікування (якість медичної допомоги, організація її надання, технічне забезпечення та забезпечення лікарськими засобами, профілактика і реабілітація наслідків хвороб);
- що стосуються використання фінансових, матеріальних і технічних ресурсів (фінансові та економічні показники, індикатори із функціонального забезпечення процесу надання медичної допомоги);
- що стосуються належної організації зовнішнього та внутрішнього контролю (підготовка матеріалів для планових і позапланових перевірок, оцінка

результатів діяльності, забезпечення зворотного зв'язку між об'єктами і суб'єктами контролю).

Саме за допомогою звітності, складеної за уніфікованими стандартами в контролюючих органів є можливості порівняння показників, отримання даних щодо використання ресурсів та обсягу роботи.

Управлінські рішення в сфері охорони здоров'я за часом впливу поділяються на оперативні, тактичні та стратегічні. Зокрема, останні визначають головні шляхи розвитку галузі охорони здоров'я, тактичні зосереджені на діях із досягнення цих шляхів, до оперативних рішень відносять ті, які фокусуються на вирішенні поточних проблем сьогодення. Отже, структурована система звітів у медичних закладах дає інформаційне підґрунтя для деяких тактичних та стратегічних рішень. А ось для прийняття оперативних рішень звітна інформація використовуватися не може через занадто тривалі процедури з її складання. Оперативні рішення мають спиратися на оперативні дані, зокрема й ті, які надходять від проведення заходів контролю [10].

Медична звітність є основою для управлінського аналізу якості медичної допомоги і прийняття стратегічних й тактичних рішень з метою покращення якості послуг. Загалом, якість надання медичної допомоги в масштабах країни прийнято оцінювати за такими зведеними звітними показниками як рівні материнської і малюкової смертності, госпітальної летальності. Водночас, звітна інформація містить набагато більший масив даних, який за умови деталізованої обробки дає керівникам підстави для прийняття визначальних рішень стратегічного характеру.

Склад форм медичної звітності закладів охорони здоров'я, а також інструкції щодо їх заповнення визначені Наказом МОЗ № 378 [29] від 10.07.07 «Про затвердження форм звітності з питань охорони здоров'я і інструкцій щодо їхнього заповнення». Станом на 2023 рік чинними є форми медичної звітності №№ 13-17, 19-21, 24, 25. Не зупиняючись на дослідженні конкретно кожної із цих форм, зауважимо, що більшість з них є специфічними й заповнюється лише тими медичними закладами, в яких мають місце специфічні умови щодо

надання медичної допомоги або організаційної форми самого медичного закладу: медична допомога вагітним, інвалідність, фельдшерсько-акушерський пункт, будинок дитини тощо. Але загальною для всіх медичних закладів є лише одна форма медичної звітності – це річна форма № 17 «Звіт про медичні кадри». Абсолютною більшістю медичних закладів також подається й річна форма № 20 «Звіт юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи – підприємства, які провадять господарську діяльність із медичної практики». Зокрема, у пункті 2.2. «Інструкції щодо заповнення форми звітності № 20» [29] визначається перелік тих медичних закладів, які її не складають.

Поряд із медичною звітністю медичні заклади, які в переважній більшості є одержувачами коштів з Державного та місцевих бюджетів, також мають складати й подавати бюджетну звітність. Саме бюджетна звітність є основним джерелом даних для контролю за цільовим і ефективним використанням коштів з Державного Бюджету. Вона є узагальненням інформації про виконання кошторисів (планів) видатків та доходів й інших важливих показників, які характеризують саме фінансове забезпечення медичної діяльності закладу охорони здоров'я. Бюджетна звітність складається на підставі інформації бухгалтерського обліку, яка містить дані про рух та наявність бюджетних коштів на всіх стадіях їх надходження та фінансування ними визначених у фінансових розпорядженнях напрямків медичної діяльності.

Правові підстави формування та подання бюджетної звітності бюджетними закладами (в т.ч. і медичними) визначені у Наказі МФУ № 44 від 24.01.2012 «Про затвердження Порядку складання бюджетної звітності одержувачами і розпорядниками бюджетних коштів...».

Отже, бюджетна звітність суб'єктів державного сектору – це бухгалтерська звітність, яка включає показники про фінансовий стан бюджетного закладу, виконання кошторисів (планів) видатків і доходів з звітний період. Користувачами інформації, яка міститься у бюджетній звітності, є фізичні особи та юридичні особи, в т.ч. органи державного фінансового

контролю. У відповідності до періодів відображення даних бюджетна звітність поділяється на місячну, квартальну та річну. Склад бюджетної звітності залежить від відомчої і функціональної підпорядкованості закладу, періоду охоплення даних. Але у медичному державному секторі домінуючою формою господарювання є комунальні заклади, які в переважній більшості складають і подають наступні форми бюджетної звітності [28]: Звіт про надходження та використання коштів загального фонду (форма № 2д, № 2м); Звіт про надходження і використання коштів, отриманих за іншими джерелами власних надходжень (форма № 4-2д, № 4-2м); Звіт про надходження і використання інших надходжень спеціального фонду (форма № 4-3д, № 4-3м); Звіт про заборгованість за бюджетними коштами (форма № 7д, № 7м); Звіт про заборгованість за окремими програмами (форма № 7д.1, № 7м.1).

Третім видом звітності, яку складають і подають медичні заклади є фінансова звітність. Цей вид звітності подають ті медичні заклади, які є юридичними особами незалежно від форми власності. Але склад та зміст інформації у фінансовій звітності різний у суб'єктів державного і приватного секторів. Незалежно від форми власності у фінансовій звітності відображається фінансовий і майновий стан закладу і результати його господарської діяльності.

Переважаюча частка медичних закладів в Україні представлена суб'єктами державного сектору (комунальними та державними установами). Усі важливі аспекти підготовки та подання фінансової звітності установ державного сектору регулюються Національним положенням (стандартом) бухгалтерського обліку в державному секторі 101 «Фінансова звітність», затвердженим Наказом МФУ [13] № 1541 від 28.12.09. та «Порядком заповнення форм фінансової звітності в державному секторі та змін до НП(С)БО 101», затвердженим Наказом МФУ [26] № 307 від 28.02.2017. До складу форм фінансової звітності в державному секторі належать наступні: Баланс (форма 1-дс), Звіт про фінансові результати (форма 2-дс), Звіт про рух грошових коштів (форма 3-дс), Звіт про власний капітал (форма 4-дс), Примітки до річної фінансової звітності (форма 5-дс). Перші дві форми подають щоквартально і за рік, всі інші – тільки за рік.

РОЗДІЛ 2

ОРГАНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ ЗВІТНОСТІ ТА КОНТРОЛЮ В МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ

2.1 Аналіз системи контролю в медичних закладах Сумської області

Зазначимо, що з початку широкомасштабної агресії РФ проти України дані щодо здійснення контролю медичної галузі не публікуються, тому в даному параграфі ми будемо використовувати дані 2021 року.

Контроль надання допомоги у медичних закладах Сумської області впродовж 2021 р. виконувався шляхом здійснення наступних організаційних заходів: медичних рад, рад медсестер, оперативних нарад, клініко-адміністративних та клінічних обходів, лікарських конференцій; контроль за дотриманням епідеміологічно-санітарного режиму, підвищення кваліфікації лікарів; атестація лікарів; заняття із медичним молодшим персоналом; підвищення кваліфікації медичного середнього персоналу; атестація медичного середнього персоналу; аналіз статистичних показників; впровадження сучасних технологій; щоденна експертна оцінка медичних стаціонарних карт і історій хвороб; одноденні зрізи; виконання планів структурних підрозділів; цільові перевірки якості медичної допомоги; комплексна оцінка якості за настанням кінцевих результатів.

У 2021 р. виконано 115 цільових перевірок аспектів медичної допомоги у більшості медичних закладах Сумської області, 157 перевірок питань якості медичної допомоги в результаті звернень громадян. Заходи контролю якості аналізувалися на 12 колегіях обласного управління охорони здоров'я, 7 апаратних нарадах і 25 оперативних нарадах в Управлінні охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації. За 2021 рік відбулося 77 засідань клініко-експертні комісії з питань охорони здоров'я, 12 засідань постійної Координаційної ради з питань якості медичної допомоги. Протягом 2021 року

наказами затверджені відповідальні за управління і контроль якості медичної допомоги та персональні штати медичних рад у всіх лікувально-профілактичних установах, засідання проходили згідно із річним планом [35].

Аналіз «Планів організаційних заходів» медичних закладів Сумської області за 2021 р. засвідчив, що у 100% закладів у планах містяться окремі розділи з щодо покращення контролю за процесом надання медичної допомоги. Але визначені в планах заходи декларують функції контролю та потребують дотримання й виконання прогнозованих кількісних показників функціонування, а саме: число днів непрацездатності, хвороби із тимчасовою втратою працездатності, смертність, інвалідність, середнє число днів перебування пацієнта на лікарняному ліжку і т.п. Однак, в цих планах немає пунктів щодо впровадження та розробки сучасних методів контролю за якістю медичної допомоги.

Надання якісної медичної допомоги пацієнтам неможливе без достатнього рівня укомплектованості медичних закладів медичними кадрами та рівня їхньої кваліфікації. Аналіз рівня укомплектованості лікарями затверджених посад в медичних закладах як важливого елемента якості медичної допомоги засвідчив, що спостерігається спадна тенденція укомплектованості лікарських штатних посад у лікарняних сільських амбулаторіях (далі в тексті ЛСА) - 72,8% та в центральних районних лікарнях (далі в тексті ЦРЛ) - 86,4% порівняно з центральними міськими лікарнями (далі в тексті ЦМЛ) - 98,6% та обласними центральними лікарнями (далі в тексті ЦОЛ) - 93,5%. Штатні лікарські посади по Україні у середньому були укомплектовані на 83,5%.

Забезпеченість медичних закладів в Сумській області атестованими лікарями у 2021 р. складала 34,7 штатних одиниць на 10000 населення. У м. Суми вона складала 67,4, а в районних медичних закладах - 22,4 штатних одиниці на 10000 населення. Забезпеченість атестованими лікарями по Україні в середньому складала 27,3 штатних одиниць на 10000 населення. Даний рівень є меншим за аналогічний по країнах Європейського Союзу (34 на 10000

населення). Кількість лікарів, які займаються лікувально-профілактичною практикою в сільській місцевості Сумщини, у 2021 р. складала 217 осіб, або 8,7 штатних одиниць на 10000 населення. Дані доводять суттєву розбіжність щодо забезпеченості лікарями сільського і міського населення.

Рівень професійної придатності лікарів оцінюється на основі показників кваліфікаційної атестації. Такий рівень досліджувався по усіх видах лікарень Сумщини. Частка атестованих лікарів становила у ЦРЛ - 63,9%, у МЛ - 67,8%, у ОЛ - 67,2%. В ОЛ у усіх атестованих лікарів мали вищу категорію - 51,8%, першу - 27,7%, другу - 20,4%. Відповідно у МЛ - 41,3%, 38,7% і 19,9%. Відповідно у ЦРЛ - 29,6%, 50,7% і 19,5%. Привертає увагу той факт, що чисельність атестованих лікарів знизилася за усіма категоріями лікувальних установ. Так, у порівнянні з 2020 роком у 2021 році чисельність атестованих лікарів знизилася в ОЛ на 0,8%, у МЛ міста Суми - на 1,6%, у ЦРЛ - 0,4%. У цілому по Сумщині за 2021 р. чисельність атестованих лікарів знизилася на 0,9%, що вказує на недоліки у мотивації лікарів до підвищення їх кваліфікації.

Наше дослідження доводить, що експертиза якості медичної допомоги в медичних закладах проходила шляхом 5-рівневого контролю якості. Де першим рівнем виступали завідувачі (відділень) структурних підрозділів медичних закладів, другим - заступники головних лікарів із експертно-клінічної роботи, третім - клініко-експертні комісії медичних закладів, четвертим - експертні комісії міського (обласного) управління охорони здоров'я, п'ятим - експертна комісія МОЗ України.

Цільова експертиза здійснюється у разі післяопераційних ускладнень, зафіксованих летальних наслідків, зокрема після операційних втручань, розходження патологоанатомічного і клінічного діагнозів, повторної госпіталізації, лікарняного ускладнення і інфікування, первинного присвоєння інвалідності особам працездатного віку та повторної госпіталізації через однакове захворювання на протязі року, та у разі надходження скарг від пацієнтів або їх родичів. Оцінка якості медичної допомоги в медичних закладах розглядалося не тільки як спосіб фіксації і виявлення дефектів, але й як

ефективний моніторинговий механізм для прийняття організаційних заходів із покращення якості медичної допомоги населенню. Крім вище зазначених типів експертної оцінки, проводились на регулярній основі огляди пацієнтів заступниками головних лікарів з лікувально-профілактичної роботи та головних медсестер медичних закладів, під час яких оцінювалися аспекти проведення лікувального процесу із обов'язковою фіксацією рекомендацій та недоліків для виправлення у спеціальних документах - Журналах обходів. Отже, переважними видами контролю якості надання медичної допомоги стали метод експертної оцінки якості лікування за даними звітної інформації та метод безпосереднього контролю за професійною діяльністю лікарів у закладі охорони здоров'я. Основними документальними джерелами для виконання експертної оцінки в стаціонарних відділеннях були: карта вибулого із стаціонару (форма 066/о), карта стаціонарного хворого (форма 003/о), журнал запису оперативних втручань (форма 008/о), у поліклініках: карта диспансерного спостереження (форма 030/о), амбулаторна карта (форма 025/о), журнал реєстрації листів непрацездатності.

З метою оцінки якості медичної допомоги лікарі МЛ, ОЛ, ЦРЛ та завідувачі відділень (структурних підрозділів) застосовували протоколи лікування, затверджені методи експертної оцінки; використання допоміжних методів лікування (фізіотерапія, ЛФК); результати лікування хворих у стаціонарі (без змін, покращення, одужання), недоліки ведення історій хвороб. Крім того, приділялася увага строкам перебування хворого в стаціонарі, необхідності подальшого лікування в амбулаторних умовах, чисельності пацієнтів, спрямованих до медико-соціальної експертної комісії. Проведений аналіз інформації щодо заходів по забезпеченню технологічного компоненту якості медичної допомоги та процесу її надання в медичних закладах показав, що у лікарнях застосовувалися локальні та уніфіковані протоколи лікування, медичні формуляри лікарських засобів, посібники з контролю за інфекцією, обов'язкові форми медичної реєстрації хвороб, прийняті до виконання, затверджені медичні стандарти. У всіх закладах охорони здоров'я визначена і

затверджена офіційна процедура з реєстрації скарг хворих та їх родичів, проводилися регулярні опитування хворих на предмет якості обслуговування. В медичних закладах для оцінки якості медичних послуг використовувалися відомості про тестування передопераційної медичної експертизи. В процесі проведення передопераційної лікарської підготовки виконувалися інструментальні, клінічні і функціональні дослідження (аналіз крові, флюорографія, електрокардіографія, аналіз сечі тощо). Дослідження показало, що медичні заклади державного сектору Сумщини функціонували в межах нормативів із експертизи і контролю якості медичної допомоги (табл. 2.1.).

Таблиця 2.1 - Основні заходи із забезпечення якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я Сумської області у 2021 році

Назва заходів із гарантії якості	Рівень надання медичної допомоги		
	центральні районні лікарні	міські лікарні	обласні лікарні
Наявність офіційних документів (наказів, інструкцій, положень, локальних протоколів) галузевого, обласного, установчого рівнів щодо гарантії якості	100,0	100,0	100,0
Наявність уніфікованих протоколів та схем експертних оцінок	40	83	100
Застосування експертних оцінок якості лікувально-діагностичного процесу:			
- 4-рівневого	18,0	63,0	100,0
- 3-рівневого	85,0	75,0	-
- цільового контролю	100,0	100,0	100,0
Проведення медико-соціологічного дослідження пацієнтів протягом останнього року з метою виявлення їх думки про якість медичного обслуговування	48,0	82,5	100,0
Використання результатів опитування для підвищення надання медичної допомоги	36,0	84,0	75,0
Виконання уніфікованих локальних медичних протоколів у лікарні	46,0	90,0	100,0
Наявність офіційної процедури реєстрації скарг пацієнтів	100,0	100,0	100,0
Детальне вивчення та аналіз розходжень патологоанатомічного і клінічного діагнозів, аналіз показників летальності	100,0	100,0	100,0
Використання АСУ в медичних закладах	23,5	52,0	59,8
Комп'ютеризація реєстрації пацієнтів в амбулаторно-поліклінічних відділеннях	-	15,5	20,4

*Джерело: авторське дослідження

Аналіз показників експертної оцінки щодо якості медичної допомоги в медичних закладах Сумщини показав, що своєчасність комплексного лікування і діагностики спостерігалась у ЦРЛ у 88,3% випадків, МЛ - 87,2%, ОЛ - 89,5%, повнота та своєчасність поліклінічних обстежень: у ЦРЛ - 88,9%, МЛ - 91,1%, ОЛ - 95,1%. Бажаний результат лікуального процесу досягнутий у 94,5% хворих ЦРЛ, у 95,2% хворих МЛ, та 91,6% - в ОЛ. На стаціонарній стадії надання меддопомоги в МЛ у 64,8% випадках і ОЛ 79,4% дублювалися лабораторно-клінічні дослідження, виконані пацієнтам у амбулаторних та/або поліклінічних відділеннях. Дані опитування хворих використовувалися для розробки пропозицій із покращення якості меддопомоги лише у 36% ЦРЛ, 84% МЛ та 75% ОЛ.

Медичні стандарти надання меддопомоги розроблені та застосовувалися в 40% ЦРЛ; 83% МЛ та ОЛ – максимальні 100%. Експертиза якості надання меддопомоги, аналіз смертельних випадків, розходжень клінічного та патологоанатомічного діагнозів виконувався в медичних закладах усіх рівнів.

При здійсненні експертизи якості стаціонарної меддопомоги застосовувалися такі показники як: ступінь виконання стандарту якості та обсягу меддопомоги; повнота інструментальних і лабораторних обстежень; потреба у госпіталізації; своєчасність та комплексність лікування; строк лікування в стаціонарі, у т.ч. перед та після операції; супутні захворювання; ускладнення; якість ведення медичної документації.

Показники летальності в 2021 р. в ОЛ складала 1,17‰, у МЛ були 1,02‰, а у ЦРЛ тільки 0,94‰. Найбільший рівень летальності в закладах охорони здоров'я обласного рівня пояснюється перебуванням більш тяжкого контингенту пацієнтів, що отримують спеціалізовану меддопомогу, це узгоджується із даними статистики по Україні. Крім аналізу розходження патологоанатомічного і клінічного діагнозів, у лікарнях відбувалися щомісячні науково-практичні конференції з причин розходжень цих діагнозів. Всі випадки розходжень діагнозів були поділені на три групи:

- летальний результат не залежав від дій медичних працівників внаслідок запізненого звернення та суттєвого прогресування хвороби;
- за розходження діагнозів відповідає медперсонал, але це не мало вплив на результат;
- за розходження діагнозів відповідає медперсонал, і це мало вплив на результат.

Нашим дослідженням встановлено, що чисельність розтинів трупів щороку становила 83,3% від загальної кількості померлих в обласних лікарнях. Розходження діагнозів у медичних закладах Сумської області та медичних закладах м. Суми було 5,1% та 5,9% відповідно. Експертна оцінка летальних випадків у стаціонарних умовах передбачала деталізований аналіз кожного летального випадку, в т.ч. тих, що мали місце після операційних втручань. Оцінці і аналізу підлягала своєчасність та повнота лікування і діагностики, якість та обсяги надання меддопомоги, ефективність методів лікування. Кожний викритий дефект та кожний виявлений випадок розходження показників в оцінці якості на всіх стадіях експертизи є предметом обговорення на лікарських нарадах, що стало підставою зростання рівня знань персоналу та формування єдиних методологічних підходів до лікувально-діагностичного процесу в закладах охорони здоров'я.

Одним із основних індикаторів використання галузових ресурсів в сфері охорони здоров'я Сумської області була середня тривалість перебування пацієнта в стаціонарі, що у 2021 році становила в ЦРЛ 15,2 дні, в МЛ - 11,2 дні, а в ОЛ - 13,4 дні. Ефективне і раціональне використання ліжко-місць у лікарнях розглядалося як один із критеріїв якості медичної допомоги.

Головними критеріями оцінки якості надання меддопомоги в медичних установах визначені наступні: організація приймання пацієнтів, які привозяться машиною екстреної меддопомоги; організація приймання планових пацієнтів; своєчасність та якість діагностики і комплексність лікування з першого дня прийому хворого; повнота та своєчасність поліклінічних досліджень; поточні спостереження за пацієнтами, уточнення і корекція діагнозу (лікування); якість

і своєчасність консультацій; середній період перебування пацієнта на ліжку; виконання планової кількості ліжко-днів у стаціонарі; результати лікування (покращення, без змін, одужання); показники летальності; застосування в лікувальному процесі нетрадиційних та допоміжних методів; прийняті скарги пацієнтів та їх рідних; матеріали анкетування пацієнтів.

Важливим індикатором якості лікувального процесу в медичних закладах була ефективність і охоплення диспансеризації пацієнтів із так званою керованою патологією (пацієнти з інфарктом міокарда, артеріальною гіпертензією, цукровим діабетом, стенокардією, пневмонією, бронхіальною астмою, жовчнокам'яною і виразковою та хворобами тощо).

Проведений аналіз отриманих показників засвідчив, що медсестринський персонал мав на 100% медичну кваліфікацію, атестованих медсестер в ЦРЛ 27,3%, у МЛ вже 32,5%, а в ОЛ - 37,4%. З урахуванням значення медсестринського персоналу в процесі якісного надання меддопомоги, питанню підвищення кваліфікації медсестер приділялася увага у всіх закладах охорони здоров'я, які досліджувалися. Зокрема, апарат управління медзакладів та їх медсестринський склад обговорювали нові методи та форми підвищення кваліфікації молодшого та середнього медперсоналу медзакладів, здійснювалася оцінка роботи медичного середнього персоналу структурних підрозділів, визначалася наявність штатної структури для медсестринського складу, в якій були представлені усі медсестри – так звана «рада медсестер» (періодичні наради проводилися 5-10 разів у рік), наявність профільних інструкції для продовження практичної освіти медсестер «План підвищення рівня кваліфікації медсестер», проводилися конкурси на кращу медичну сестру, складалися звіти старших медичних сестер про результати роботи середнього медичного персоналу, накопичувалися відомості про підвищення ефективності і якості роботи, відбувалася профілактика з протидії внутрішньо лікарняним інфекціям. Кожний випадок щодо післяопераційного ускладнення виносився на розгляд на лікарсько-сестринських конференціях структурного підрозділу закладу.

У всіх медичних закладах, в яких здійснювалося дослідження, працювала система внутрішнього контролю за якістю надання медичної допомоги у відповідності до нормативної бази МОЗ України, а також внутрішніх наказів та інструкцій щодо внутрішнього контролю якості.

2.2 Стан впровадження удосконалень системи звітності в медичних закладах України

На даний час основними шляхами удосконалень системи звітності в медичних закладах України є комп'ютеризація і впровадження інформаційних технологій. Але інформатизація системи звітності проходить дуже повільно і неоднорідно. Але вже практично всі українські поліклініки та амбулаторії мають комп'ютерне обладнання, на якому встановлено програму «Поліклініка». Вона призначена для автоматизації функціонування амбулаторії (поліклініки) та має наступні функції: автоматизація операцій в реєстрі пацієнтів; формування статистичних талонів; комп'ютеризація ведення звітно-облікових форм; генерація деяких форм медичних звітів.

Медичні заклади, які виконують стаціонарну діяльність, оснащені комп'ютерною програмою «Стаціонар», що дозволяє комп'ютеризувати операції:

- в реєстрі пацієнтів;
- у формі первинної медичної документації «Карта хворого, який вибув зі стаціонару» (форма № 066/о);
- у «Журналі запису оперативних втручань у стаціонарі (форма № 008/о);
- з генерації «Звіту юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи – підприємства, які провадять господарську діяльність із медичної практики» (форма № 20);
- із формування аналітичної звітності процесів діяльності стаціонару.

Кадрові служби медичних закладів оснащені програмою «Медичні кадри», яка крім іншого надає можливість узагальнення звітних даних в розрізі

міських і районних департаментів охорони здоров'я, управлінь охорони здоров'я в обласних державній адміністраціях, автоматизувати ведення реєстру фармацевтичних та медичних працівників.

Як відомо, нормативне регулювання діяльності закладів первинної медичної допомоги (далі ПМД) до реорганізації їх в комунальні некомерційні підприємства (далі КНП) відбувалося у відповідності до Бюджетного Кодексу. Але вже після реорганізації пройшов перехід таких медичних закладів до сфери господарського законодавства й вони отримали статус господарських суб'єктів. Однак медичні заклади ПМД залишаються комунальними установами у власності територіальних громад, тож їх діяльність має низку особливостей і обмеження, в т.ч. й щодо формування звітної інформації.

В Господарському кодексі України [4] вказано, що особливості діяльності комунальних установ визначаються у відповідності з вимогами Господарського Кодексу щодо діяльності казенних і державних некомерційних підприємств, а також у відповідності з іншими вимогами, передбаченими законодавством. Зокрема, у частині 1 статті 75 [4] визначено, що некомерційне державне підприємство має виконувати та складати річний фінансовий звіт (з поквартальним накопичувальним підсумком) за кожен рік. Порядок використання і розподілу доходу (прибутку) некомерційного підприємства повинен визначатися фінансовим планом, що формується і затверджується у порядку, встановленому статтею 75 [4] для некомерційних державних підприємств (частина 8 статті 77) [4].

Фінансовий план - це основний документ, згідно з яким комунальне некомерційне підприємство здійснює видатки та одержує доходи, визначає спрямування і обсяг коштів для виконання функцій, визначених статутом впродовж року. Крім того, фінансовий план забезпечує та висвітлює механізм погодження здійснених витрат із територіальною громадою, в комунальній власності якої перебуває підприємство. Оскільки реорганізовані заклади ПМД є суб'єктами комунальної власності, то відповідно до чинного законодавства територіальна громада зобов'язана контролювати цільове спрямування витрат.

Отже, фінансовий план медичного закладу ПМД, з однієї сторони, виступає інструментом контролю його діяльності, а з іншої – виступає як елемент системи звітності щодо запланованих видатків закладу, оскільки в цьому плані вони враховані і погоджені із громадою. В податкових аспектах фінансовий план є підставою для обґрунтування відповідності до статутної діяльності видатків і умовою для дотримання статусу неприбутковості.

При формуванні фінансового плану не слід орієнтуватися на досвід роботи із складання кошторисів через принципові відмінності між цими двома видами звітності. Наприклад, сума дохідної частини коштів кошторису визначається сумою коштів, що повинна надійти з Державного бюджету, а планування профільних видатків розробляється згідно з отриманим фінансуванням діяльності. У більшості випадків раніше кошторис складався лише щодо коштів, отриманих з Бюджету (наприклад, медичну субвенцію, асигнування), а щодо надходжень коштів до спеціального фонду він не складався. На відміну від кошторису фінансовий план наразі включає планування надходжень коштів із різних джерел, адже це звітний документ, який стосується всіх доходів медичного закладу. Натомість, аби здійснити планування видатків закладу, його керівництво повинне враховувати, наприклад річну чисельність підписаних декларацій із сімейними лікарями й інші вірогідні надходження коштів.

Ще одна особливість фінансового плану стосується того, що дохідна частина документу не обов'язково повинна дорівнювати видатковій частині. Навіть навпаки, нижчий за прибуток рівень фактичних видатків розглядається як позитивне явище для закладу, адже залишки грошових коштів можна буде спрямувати до інвестиційного або резервного фонду та використати в наступних періодах. Тож у фінансовому плані слід мати на увазі, що видатки розглядається як сума коштів на потребі діяльності та (за можливості) отриманого доходу, при чому видатки діяльності повинні плануватися, обов'язково виходячи із потреб. Наприклад, якщо медичному закладу ПМД треба придбати певне устаткування та сума видатків дозволяє йому це зробити,

то визначені витрати повинні бути заплановані і включені до фінансового плану установи. Аналогічно, якщо медичний заклад планує одержати додатковий дохід завдяки експлуатації нового устаткування, попередньо це повинне бути відображено у фінансовому плані.

Фінансовий план включає певні індикатори, на основі яких територіальна громада має можливість контролювати діяльність медичного закладу та перевіряти виконання самого фінансового плану. Керуючі органи територіальних громад можуть самостійно визначати такі показники, з урахуванням фінансового стану самої територіальної громади (наприклад щодо дохідної або витратної частини; щодо зменшення певних видатків галузі за їх окремими частинами). У фінансовому плані зміни можливо вносити за спрощеною процедурою, попередньо яку треба погодити з територіальною громадою. В частині 1 статті 24 [4] визначено, що «управління у комунальному секторі господарською діяльністю здійснюється через систему господарсько-організаційних повноважень органів місцевого самоврядування і територіальних громад щодо суб'єктів господарювання з комунального сектору». Тобто територіальна громада управляє тими комунальними медичними закладами, які перебувають у її власності. Формування фінансового плану та порядку звітування про його виконання належать також до повноважень місцевого самоврядування. Але згідно із законодавчою базою про місцеве самоврядування, територіальна громада може делегувати своєму виконавчому органу певні функції контролю виконання і затвердження фінансового плану. На це немає законодавчих обмежень.

Порядок виконання, розробки і затвердження фінансового плану, як правило визначаються рішенням керівних органів територіальної громади, затвердженим місцевою радою. Оскільки для медичних установ не всі терміни виконання заходів фінансового плану і статті типового положення для комунальних закладів є актуальними їхній профільній діяльності, вони можуть бути змінені рішенням керівних органів територіальної громади (наприклад частоти змін та порядку до фінансового плану). В тих медичних комунальних

зкладах, які активно проводять деклараційну кампанію, буде збільшуватися як видаткова, так і дохідна частина. У такому разі для дотримання умов фінансового плану постає необхідність у внесенні до нього змін.

Іноді невеликі територіальні громади не мають окремого положення про порядок затвердження і розробки фінансового плану, але положення може включатися до статуту комунального медичних закладів на території цього місцевого самоврядування. У положенні статуту визначають, структуру інформації, яку повинен включати фінансовий план та які показники контролю застосовуються до нього. Додатковим пунктом, як правило слід визначити, перелік тих посадових осіб, які мають право затверджувати зміни до фінансового плану (з департаменту охорони здоров'я, заступник по охороні здоров'я в органах виконавчої місцевої влади тощо) в залежності від рішення сесії ради місцевої територіальної громади. В тому разі, коли положення про фінансовий план включатиметься до статуту комунального медичного закладу, то територіальна громада матиме змогу контролювати планування діяльності медичного закладу з високим рівнем дотримання чинного законодавства.

Коли окреме положення про порядок затвердження і розробки Фінансового плану відсутнє в статуті комунального медичного закладу треба керуватися Наказом МЕРТ України № 205 [27] від 02.03.2015 «Про затвердження Порядку затвердження, складання і контролю виконання фінансового плану суб'єкта господарювання державного сектору економіки». Наказ регулює господарську діяльність державних казенних і комерційних установ, тож форма фінансового плану, запропонована у Наказі, дуже містка, а інформація, яка до включена, не завжди актуальна і потрібна для медичного комунального закладу. Загалом, планування діяльності комунального медичного закладу за цим наказом може спричинити проблеми, пов'язані із потребою вжиття додаткових заходів як у безпосередньому процесі формування фінансового плану, так і під час процедур звітування щодо його виконання.

Відповідно до Господарського Кодексу [4] річний фінансовий план закладу затверджується до 01.09 року, що передує плановому. Порядок затвердження і розробки фінансового плану визначає територіальна громада. За нормальних умов діяльності до 1 червня проект річного фінансового плану подається до затвердження на комісію виконавчого комітету місцевої територіальної громади. Після можливого доопрацювання та розгляду комісією проект передається на сесію місцевої ради для затвердження або відхилення. В разі затвердження фінансовий план набуває чинності. Бюджетним законодавством категорично заборонено внесення змін до фінансового плану за минулі періоди. Тож, якщо зміни треба зробити в січні, то внести їх обов'язково потрібно до січня. На нашу думку внесення змін до фінансового плану згідно із саме внутрішнім порядком медичного комунального закладу є більш зручним, адже можна в цьому разі встановити певну кількість разів внесення змін впродовж року. Так, проводячи планування у відповідності до Наказу МЕРТ [27], зміни можна вносити лише 3 рази - 1 раз до фінансового плану на наступний рік і 2 рази протягом поточного року. На відміну від Наказу, є приклади медичних комунальних закладів, що мають внутрішнє положення про фінансовий план та які погодили в ньому можливість внесення зміни до фінансового плану аж до 10 разів впродовж поточного року виконання фінансового плану. Внесення змін може проходити за рішенням територіальної громади або уповноваженого нею на це керівника закладу, як вирішить керівництво територіальної громади.

Поширена форма фінансового плану містить декілька розділів про:

- доходи, очікувані у плановому періоді, з поквартальним відображенням їхнього обсягу та розподілом за джерелами їхнього надходження (доходи за регіональною програмою розвитку сфери охорони здоров'я, доходи за договором з Національною службою здоров'я України, доходи від здачі в оренду майна, доходи від платних послуг і т.п.);

- витрати, очікувані у плановому періоді, на які дохід буде витрачено за статтями (капітальні витрати, заробітна плата, закупівля обладнання, витратні

матеріали і т.п.), з деталізацією показників (наприклад, оплата праці адміністративного персоналу, оплата праці медичного персоналу і т.д.) або без деталізації, що залежить від відповідної норми в положенні, затвердженому територіальною громадою;

- фінансові результати діяльності: результат операційної діяльності, валовий дохід, кінцевий фінансовий результат діяльності (збиток або прибуток);

- обов'язкові платежі комунального медичного закладу до бюджету: цей розділ на вимогу керівництва територіальної громади включається до фінансового плану з метою зручності створення місцевого бюджету; він показує, ті додаткові податки із дохідної частини, що повинен сплатити комунальний медичний заклад);

- коефіцієнти і індикатори для аналізу фінансового плану і для формування звіту про виконання фінансового плану, на основі яких територіальна громада контролювати діяльність комунального медичного закладу.

Спочатку звітність про виконання фінансового плану потрібно подавати виконкому територіальної громади. Форми звіту в комунальних медичних закладах можуть різнитися та мати самостійно розроблений вигляд. В тому разі, якщо статутом закладу врегульований порядок затвердження і розробки фінансового плану, то в статуті закладу доцільно буде уточнити, що звіт про виконання фінансового плану повинен відображати досягнення значень певних показників, дані про витратну та дохідну частини по загальній сумі та/або постатейно, інші індикатори, потрібні для органу місцевого самоврядування. Щоквартально звітність про виконання фінансового плану повинна подаватися до виконавчого комітету, а річна звітність - до виконавчого комітету та до комісії місцевої ради, яка виносить на сесію місцевої ради питання про розгляд звіту та його затвердження або відхилення. В обох випадках місцева рада може зобов'язати оприлюднення звітності через джерела і у порядку, зазначеному в положенні. За рішенням територіальної громади може бути

замовлена аудиторська перевірка звітності про виконання річного фінансового плану, але законодавчої обов'язкової вимоги на це немає.

Комунальні медичні заклади, не дивлячись на набуття статусу господарюючого суб'єкта, належать до комунального сектору економіки, на який поширюється дія Закону України «Про відкритість використання публічних коштів». У відповідності із цим Законом [19], комунальні заклади повинні оприлюднювати дані про свою діяльність. Оприлюднення звітів про виконання фінансового плану (розглянутому вище), здійснюється на сайті комунального медичного закладу, або на офіційному сайті департаменту охорони здоров'я тієї територіальної громади, яка виконує функції управління закладом. Порядок і строки оприлюднення затверджуються рішенням місцевої ради. На сайті комунального медичного закладу повинна міститися наступна інформація: мета діяльності закладу; річна та квартальна фінансова звітність; останні аудиторські висновки (якщо аудиторська перевірка проводилася); Статут закладу; біографічна довідка директора; річні звіти про виконання фінансових планів.

Отже, фінансовий план дозволяє управляти як видатковою, так і дохідною частинами. Коли комунальний медичний заклад не досяг запланованої чисельності декларацій про вибір сімейного лікаря, то його керівник може відшукати способи впливу на підвищення цього індикатора. Якщо чисельність декларацій залишатиметься менше запланованої, то потрібно відповідно знизити витратну частину поточного фінансового плану. Якщо витратна частина перевищуватиме дохідну частину, то утримання медичного закладу буде за рахунок коштів місцевого бюджету територіальної громади. Інших джерел фінансування чи процедури банкрутства для комунальних медичних закладів законодавством не передбачено. В цьому разі територіальна громада повинна вирішити питання браку фінансування шляхом виділення додаткових коштів, а за потреби також розглянути питання щодо відповідності керівника медичного закладу займаній посаді.

2.3 Актуальні особливості системи державного контролю за діяльністю медичних закладів

Сьогодні можна спостерігати динаміку значного скорочення державних органів контролю. Ті інституції, які залишилися в системі контролюючих органів, обмежені значною мірою у своїх повноваженнях. У галузі охорони здоров'я спостерігається стан, коли чи не єдиним спеціальним органом контролю залишається «Державна служба лікарських засобів і контролю за наркотиками». Проведення контролю за якістю медичних послуг пацієнтам в усій державі здійснює структурна служба в складі МОЗ України - Департамент контролю якості надання медичної допомоги. Беручи до уваги той факт, що наразі відбувається цілковите оновлення організаційних підходів до публічного управління якістю надання медичних послуг, збільшується приватний медичний сектор, вважаються доцільним пропозиції щодо іншої системи контролю у медичній сфері, тим паче, що експеримент із скасуванням Державної епідеміологічно-санітарної служби мав негативні очевидні наслідки.

Мова не повинна йти про повернення до застарілої системи надмірного контролю за медичною діяльністю зі сторони державних контролюючих органів, які проводили позапланові і планові перевірки, інспекції, обстеження, моніторинги. Організаційно треба забезпечити кваліфіковану оцінку профільної діяльності медичних закладів і фізичних осіб - підприємців, які займаються медичною практикою. В перспективі проблема публічного контролю в медичній галузі може добре вирішуватися у судовій системі, як це має місце у розвинутих країнах. Достатній рівень довіри населення до суду разом з внутрішньою вмотивованою відповідальністю адміністрації медичних закладів становить налагоджену систему гарантій якості надання медичних послуг. Водночас, Україна тільки розпочала рух державних інституцій у цьому напрямку, тому в сучасних українських реаліях неможна цілковито покладатися на управління якістю і внутрішній контроль медичних закладів. Варто передбачити надійні механізми контролю якості надання медичної допомоги в

перехідний період зі сторони контролюючих органів державної виконавчої влади і більш масштабно залучити громадськість у формі громадських наглядових рад на всіх стадіях процесу надання медичної допомоги.

Дисбаланс в системі державних контролюючих органів за наданням медичної допомоги можна прослідкувати на прикладі функціонування «Державного експертного центру МОЗ України» - органу, чия діяльність полягає у доклінічних дослідженнях, клінічних випробуваннях і державній реєстрації лікарських засобів. Державний експертний центр орган є юридичним правонаступником іншого контролюючого органу - Державного фармакологічного центру, завданням якого на момент його діяльності було експертне супроводження державного фармакологічного нагляду, але цей орган набув відповідальності й за стандартизацію процедур у галузі медичної допомоги, й за надання деяких послуг медичного характеру, й за формування клінічних протоколів. Однак, теперішній «Державний експертний центр» повинен обробляти річні звіти з моніторингу індикаторів клінічної якості, тобто виконувати масштабніші завдання, які потребують належної організаційної та правової реакції, в т.ч. повинні відображатися в його Статуті.

Також потребує нашої уваги і функціонування Клініко-експертної комісії (далі в тексті КЕК) МОЗ України, зокрема її взаємодія із іншими державними контролюючими органами в галузі охорони здоров'я. КЕК МОЗ України створена для колегіального розгляду скарг (звернень) юридичних, фізичних осіб, фізичних осіб-підприємців, правоохоронних органів щодо розгляду експертно-клінічних питань діагностики, профілактики, реабілітації, медичного лікування, оцінки якості медичної допомоги і медичного обслуговування населення за конкретними випадками у медичних закладах незалежно від підпорядкування і форми їхньої власності та фізичних осіб-підприємців, які провадять діяльність з медичної практики у певній місцевості України. Концептуальні засади функціонування КЕК на всіх рівнях контролю регулюються двома наказами МОЗ України: «Про порядок контролю якості медичної допомоги» від 28.09.2012 р. № 752 [33] та «Про організацію клініко-

експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування» від 05.02.2016 р. № 69 [32]. Актуальною особливістю діяльності КЕК можна вважати її роботу на постійній основі із передбаченою можливістю перетворення у тимчасовий орган в разі потреби виїзду на відділене місце виникнення конкретної події.

Постійно діючі КЕК створюються при обласних управліннях охорони здоров'я, що забезпечує їй належну медично-експертну інфраструктуру. Тож обласні відділення КЕК по суті є первинною ланкою контролю в системі охорони здоров'я, вони забезпечують початкове прийняття скарг від суб'єктів адміністративного управління на діяльність медичних закладів, функціонуючих на ввіреній даній КЕК території.

Водночас питання достатнього рівня компетенції КЕК, яка за своєю сутністю залишається консультативно-дорадчим органом є відкритим. Зокрема, підготовка для МОЗ України рекомендацій щодо шляхів покращення якості надання медичної допомоги і медичного обслуговування населення здійснюється КЕК, але такі рекомендації повинні спиратися на результати проведення моніторингу якості надання медичних послуг - зони компетенції і відповідальності Державного експертного центру. За таких умов на нормативно-законодавчому рівні обов'язково мають бути встановлені параметри функціональної взаємодії між обома цими органами.

Надзвичайно важливою проблемою у забезпеченні надійного контролю в медичній сфері є чітка структуризація його системи і приведення методичного інструментарію у відповідність із нагальними потребами всієї галузі охорони здоров'я України. Так, у теорії адміністративно-господарського права розрізняються наступні види державного контролю господарюючих суб'єктів: 1) державний контроль щодо використання ресурсів (природних, матеріальних, фінансових, кадрових); 2) державний контроль щодо організації господарської діяльності (захист ринкової конкуренції, сплата обов'язкових платежів і податків, захист прав і гарантій споживачів і т.д.); 3) контроль щодо

дотримання специфічних умов здійснення певних видів економічної діяльності (ліцензійний контроль); 4) контроль щодо проведення окремих операцій.

Зокрема, предметом першого виділеного нами виду контролю є не власне господарська діяльність, а умови, обмеження та порядок використання зазначених різновидів ресурсів. Такому контролю притаманне специфічне завдання, що обумовлене не стільки сутністю предмету контролю як такого, скільки інтересами до нього суспільства та держави. Крім іншого, державний контроль у сфері використання ресурсів, виступаючи важливим елементом управління, як правило не враховує сутності господарсько-адміністративних правовідносин, щодо яких і виконується контрольна функція державних органів.

Наявність державного спеціального контролю у господарській діяльності спричинена проведенням специфічних видів господарської діяльності, виконання яких вимагає одержання спеціального дозволу (патенту або ліцензії), віднесенням на господарюючих суб'єктів додаткових обов'язків (згідно ліцензійних умов), існуванням розгалуженої мережі державних органів, які видають дозволи та затверджують умови ведення підконтрольних видів діяльності, виконують контроль за дотриманням умов.

У відповідності до Закону «Про ліцензування видів господарської діяльності» [31], ліцензуванням визнається переоформлення, видача і анулювання ліцензій, надання дублікатів ліцензій, отриманих раніше, ведення ліцензійних реєстрів і ліцензійних справ, контроль за дотриманням ліцензійних умов ліцензіатами, надання розпоряджень про обов'язкове усунення виявлених порушень дотримання ліцензійних умов та порушень законодавства у сфері ліцензування. Отже, ліцензування є комплексною контрольною системою, головним елементом якої в сфері охорони здоров'я є контроль дотримання медичними закладами ліцензійних умов. Через специфіку надання медичної допомоги, ліцензування медичної практики регулюється Постановою Кабінету міністрів України № 285 [24] від 02.03.2016 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики».

Зрозуміло, що ліцензування не може застосовуватися для обмеження ринкової конкуренції в провадженні медичної практики. У випадку виявлення Департаментом контролю якості надання медичної допомоги порушення медичним закладом дотримання ліцензійних умов, визначених чинним законодавством України, вже видана ліцензія на медичну практику може бути анульована в разі вчасного неусунення виявлених порушень. У випадку недотримання ліцензійних умов здобувачем ліцензії може бути видана мотивована відмова у її видачі. Якщо Департамент контролю якості надання медичної допомоги є структурним підрозділом МОЗ, який здійснює перевірки, то структурним підрозділом МОЗ, який виносить рішення щодо статусу ліцензування, є Ліцензійна Комісія. Про своє рішення щодо анулювання чи відмову у видачі ліцензії дана комісія повинна поінформувати суб'єкт підприємницької діяльності протягом місяця. Оскарження рішення Ліцензійної комісії суб'єктом підприємницької діяльності проводиться у встановленому законодавством порядку.

До комплексних правових засобів державного контролю в сфері охорони здоров'я крім ліцензування відносять також акредитацію медичних закладів та атестацію медичних працівників.

Порядок проведення державної акредитації медичних закладів України незалежно від відомчого підпорядкування та форми їхньої власності регулюється Порядком акредитації закладу охорони здоров'я [25]. Акредитація згідно з цим Порядком є обов'язковою для всіх медичних закладів України та здійснюється акредитаційними комісіями МОЗ України. За результатами перевірки відповідності умов надання медичної допомоги в закладі акредитаційним вимогам дана комісія видає акредитаційний сертифікат, чинний на 3 роки, або мотивовано відмовляє в ньому. Акредитаційний сертифікат засвідчує відповідність медичного закладу зазначеним в його Статуті видам профільної діяльності і є фактичним дозволом для роботи медичного закладу впродовж терміну його дії. До закінчення строку дії

акредитаційного сертифікату медичний заклад повинен пройти повторну акредитацію.

Атестація медичного персоналу поряд з іншими засобами державного контролю медичних закладів виступає саме засобом кваліфікаційного забезпечення якості надання медичних послуг в системі охорони здоров'я. Вона сприяє постійному підвищенню професійного та кваліфікаційного рівня медичних працівників та їх відповідальності за якість і ефективність проведеної ними медичної роботи. Можемо говорити, що медична атестація одна із надійних гарантії надання високоякісної медичної допомоги у закладах охорони здоров'я. Атестація, крім власне контрольного призначення є головним методом оцінки набутого рівня професіональних навичок лікарів та молодшого медичного персоналу, й інших причетних до медицини категорій працівників. Під час проведення атестації зазвичай покладаються на кваліфікаційну характеристику певного фахівця. Організаційні, методологічні, нормативні та інші аспекти проведення атестації медичних працівників регулюються цілим набором нормативних актів, кожен з яких призначений для регулювання атестаційного процесу певної кваліфікаційної категорії. Зокрема:

- атестація лікарів регулюється Наказом МОЗ № 446 [6] від 22.02.2019 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів»;

- атестація молодшого медичного персоналу регулюється Наказом МОЗ № 742 [16] від 23.11.2007 «Про атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою»;

- атестація працівників фармацевтичного спрямування регулюється Наказом МОЗ № 818 [18] від 12.12.2006 «Про вдосконалення атестації провізорів та фармацевтів»;

- атестація спеціалістів з адміністрування та публічного управління в сфері охорони здоров'я регулюється Наказом МОЗ № 588 [17] від 12.08.2009 «Про атестацію професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють у системі охорони здоров'я».

У зв'язку із повномасштабною російською агресією та послідуочим введенням воєнного стану в Україні вжиття заходів у системі державного контролю, зокрема і в сфері охорони здоров'я, зазнало суттєвих змін. Кабінет міністрів та Міністерство охорони здоров'я України протягом 2022 – 2023 рр. прийняли низку постанов, які докорінно оновлюють підходи в системі державного контролю на період введення воєнного стану та уточнюють деякі практичні аспекти здійснення контрольних заходів.

Центральним нормоутворюючим документом в сфері державного контролю у період воєнного стану є Постанова КМУ № 303 [34] від 13.03.2022 «Про припинення заходів державного контролю (нагляду) і державного ринкового нагляду в умовах воєнного стану». Цим документом скасовують будь-які заходи фактичного контролю у формі планових чи позапланових перевірок з боку усіх державних контролюючих структур. Щоправда, оскільки діяльність закладів сфери охорони здоров'я має вплив на життя та здоров'я людини, на підставі дозволів центральних органів виконавчої влади, що забезпечують проведення державної політики у конкретних сферах, дозволено здійснення лише позапланових заходів контролю [34]. З цієї позиції ми робимо висновок, що на період дії воєнного стану позапланові перевірки КЕК МОЗ України та регіональних КЕК не скасовані, але дозвіл на їх проведення повинно надати виключно МОЗ.

Крім цієї постанови важливо також відзначити Постанови КМУ №592 [21] від 13.05.2022, якою Уряд на період дії воєнного стану скасував проведення акредитації медичних закладів й подовжив строк дії акредитаційних сертифікатів до його закінчення.

Щодо проведення такого заходу державного контролю як атестація медичних працівників у період воєнного стану, то тут ситуація є дещо складнішою. МОЗ декілька разів своїми наказами змінювало умови атестації медичного персоналу на період дії воєнного стану. Зазначимо, що станом на грудень 2023 року є чинним Наказ МОЗ № 1555 [22] від 31.08.2023 (далі Наказ № 1555) «Про затвердження Змін до деяких наказів Міністерства охорони

здоров'я України». Він в черговий раз зупиняє атестацію медичних працівників на період дії воєнного стану (пункт 2 Наказу № 1555). Норми про продовження дії медичної кваліфікаційної категорії наразі містяться у змінах до Наказів МОЗ про підвищення кваліфікацій певних груп медичних працівників: [6]; [16]; [17] та [18].

Контроль використання бюджетних коштів державними та комунальними закладами охорони здоров'я з боку Державної аудиторської служби згідно Постанови КМУ № 561 [7] від 07.05.2022 «Деякі питання здійснення державного фінансового контролю в умовах воєнного стану» не припиняється, однак строки тривалості заходів контролю подовжуються на строк, протягом якого ці заходи були не можливими через обставини, обумовлені воєнним станом.

Контроль дотримання податкового законодавства з боку Державної податкової служби податкових аспектів діяльності тих медичних закладів, які є суб'єктами контролю цієї служби, згідно змін до Податкового Кодексу України [15] та прийнятого Закону України № 2260-IX [20] від 12.05.2022 проводиться під час дії воєнного стану. Але кількість видів податкових перевірок та підстав для їх проведення суттєво скорочено.

В таблиці 2.2. нами узагальнено особливості державного контролю під час дії воєнного стану в розрізі органів контролю, їх структурних контролюючих підрозділів та аспектів здійснення перевірок, як головного засобу контролю.

Таблиця 2.2 - Особливості державного контролю медичних закладів під час дії воєнного стану в Україні

Державний орган	Структурний/ регіональний підрозділ	Предмет перевірок	Статус перевірок	Особливості перевірок
МОЗ України	КЕК МОЗ України та регіональні КЕК	Якість надання медичної допомоги	проводяться	тільки позапланові
	Департамент контролю якості надання медичної допомоги	Дотримання ліцензійних умов	призупинені	*
	Головна акредитацій	Дотримання умов	призупинені	*

	на комісія та регіональні акредитаційні комісії	акредитації		
	Центральна атестаційна комісія та регіональні атестаційні комісії	Професійний розвиток медпрацівників	призупинені	*
	Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками	Якість і безпека лікарських засобів, обіг наркотичних речовин	проводяться	тільки позапланові
МФ України	Державна аудиторська служба	Використання бюджетних коштів	проводяться	можуть подовжуватися строки перевірок
	Державна податкова служба	Податкові аспекти діяльності	проводяться	тільки камеральні, позапланові та фактичні перевірки, перелік підстав скорочено

**Джерело: авторська розробка*

Проаналізовані засоби контролю – перевірки КЕК, ліцензування, акредитацію та атестацію можна умовно вважати видами попереднього та наступного контролю, які направлені на створення і дотримання потрібних для медичної практики умов необхідного рівня якості. Однак, тільки відповідність медичного закладу, вимогам чинного законодавства не може забезпечити на 100% гарантії якісного надання послуг. Тому важливим структурним елементом в системі контролю медичної діяльності є внутрішній контроль, який за часом проведення є поточним (операційним) контролем.

Головною метою внутрішнього контролю якості надання медичної допомоги є встановлення ступеня відповідності профільної діяльності та результатів роботи медичного закладу визначеним у законодавстві вимогам: клінічним уніфікованим протоколам і стандартам надання медичної допомоги МОЗ України з наступним внесенням поправок до механізму внутрішнього забезпечення якості медичної допомоги у закладі охорони здоров'я.

Внутрішній контроль в медичних закладах України, здійснюється відповідно до Наказу МОЗ «Про порядок контролю якості медичної допомоги» [33]. Його виконавцями є адміністрації медичних закладів та/або медичні ради при закладах охорони здоров'я в межах визначених законодавством повноважень. Напрямки вдосконалення внутрішнього контролю - це кваліфікація лікарів та молодших медичних спеціалістів; стан організації надання медичної допомоги у медичному закладі; моніторинг виконання управлінських рішень усіх рівнів; моніторинг дотримання відділеннями (структурними підрозділами) медичного закладу клінічних протоколів та медичних стандартів; поточний моніторинг значень індикаторів якості надання медичної допомоги; задокументоване вивчення думки хворих щодо наданої їм медичної допомоги.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕНЬ СИСТЕМИ ЗВІТНОСТІ ТА КОНТРОЛЮ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ

3.1 Напрями вдосконалення системи звітності

Інформатизація галузі охорони здоров'я нашої держави – це процес забезпечення актуальних інформаційних потреб закладів, фізичних осіб, організацій і підприємств, місцевих і державних органів контролю та управління на основі використання засобів інформатизації. Процес інформатизації галузі охорони здоров'я об'єднує економічні, організаційні, науково-технічні, соціальні та інші види ресурсів в єдину систему обробки даних. Основною ціллю процесу інформатизації є комплексна підтримка ефективного управління системою охорони здоров'я та її складових елементів. Напрямами впровадження інформатиці є забезпечення якості медичних послуг, побудова моніторингу стану здоров'я громадян, оптимізація управління галуззю шляхом створення інформатизованих систем звітності та контролю.

Система охорони здоров'я налагоджена таким чином, щоб людина протягом всього її життя лікувалася і спостерігалася в медичних закладах різноманітного профілю - дитячі і дорослі поліклініки, стоматологічні установи, жіночі консультації, стаціонари і диспансери. Протягом життя дані про стан кожного хворого накопичуються в різних медичних документах та розосереджені у різних медичних закладах, що створює труднощі щодо організації своєчасного і безперервного медичного контролю. Це також знижує ефективність використання робочого часу лікарів, що вимушені кожного разу збирати заново анамнез захворювання хворого [37].

Первинну медичну допомогу забезпечують центри первинної медичної допомоги; вторинну - спеціалізовані стаціонари і консультативні поліклініки; третинну (високотехнологічну і високоспеціалізовану) медичну допомогу забезпечують диспансери, обласні лікарні і клініки Науково-дослідних інститутів; екстрену медичну допомогу - оперативні бригади швидкої (екстреної) медичної допомоги, які, в свою чергу, є структурними одиницями в більшості випадків станцій швидкої (екстреної) допомоги, а в меншості випадків - центрів медицини катастроф.

В результаті проведення реформи системи охорони здоров'я зросла її комп'ютеризація і інформатизація. Але рівень оснащення медичних закладів

сучасними комунікаційно-інформаційними технологіями залишається й до сьогодні вкрай неоднорідним: від наявності декількох комп'ютеризованих лікарських робочих місць з нестабільним доступом до Інтернету в переважній частині сільських закладів охорони здоров'я до 100% рівня інформатизації всього лікувального процесу у клініках науково-дослідних інститутів.

Систему медичної звітності в розрізі регіонів можна конструювати по-різному. На наш погляд найбільш реально практичним і доступним варіантом є систематизоване накопичення цифрової інформації про кожного хворого від лікарів первинного рівня (сімейних) до лікарів, що надають спеціалізовані види медичної допомоги. Таким чином забезпечується послідовна систематизація і обробка звітних даних та звітних показників.

В найближчий перспективі такий підхід дозволить отримувати доступ до всіх розрізів медичної звітної інформації, потрібної для прийняття своєчасних управлінських рішень і оптимізації функціонування системи контролю і нагляду в сфері охорони здоров'я. Схематично запропонована інформаційна концепція формування звітних даних в системі охорони здоров'я розроблена нами й відображена на рисунку (рис. 3.1.). Вона дає необхідне розуміння властивостей інформаційних потоків на різних ієрархічних рівнях формування звітних показників, починаючи від електронної картки амбулаторного хворого і закінчуючи обробкою агрегованих загальнодержавних показників в Державному Закладі «Центр медичної статистики» при Міністерстві охорони здоров'я України. Зауважимо, що при кожному центрі ПМД має бути створений інформаційно-аналітичний відділ, як первинний вузол накопичення звітних даних.

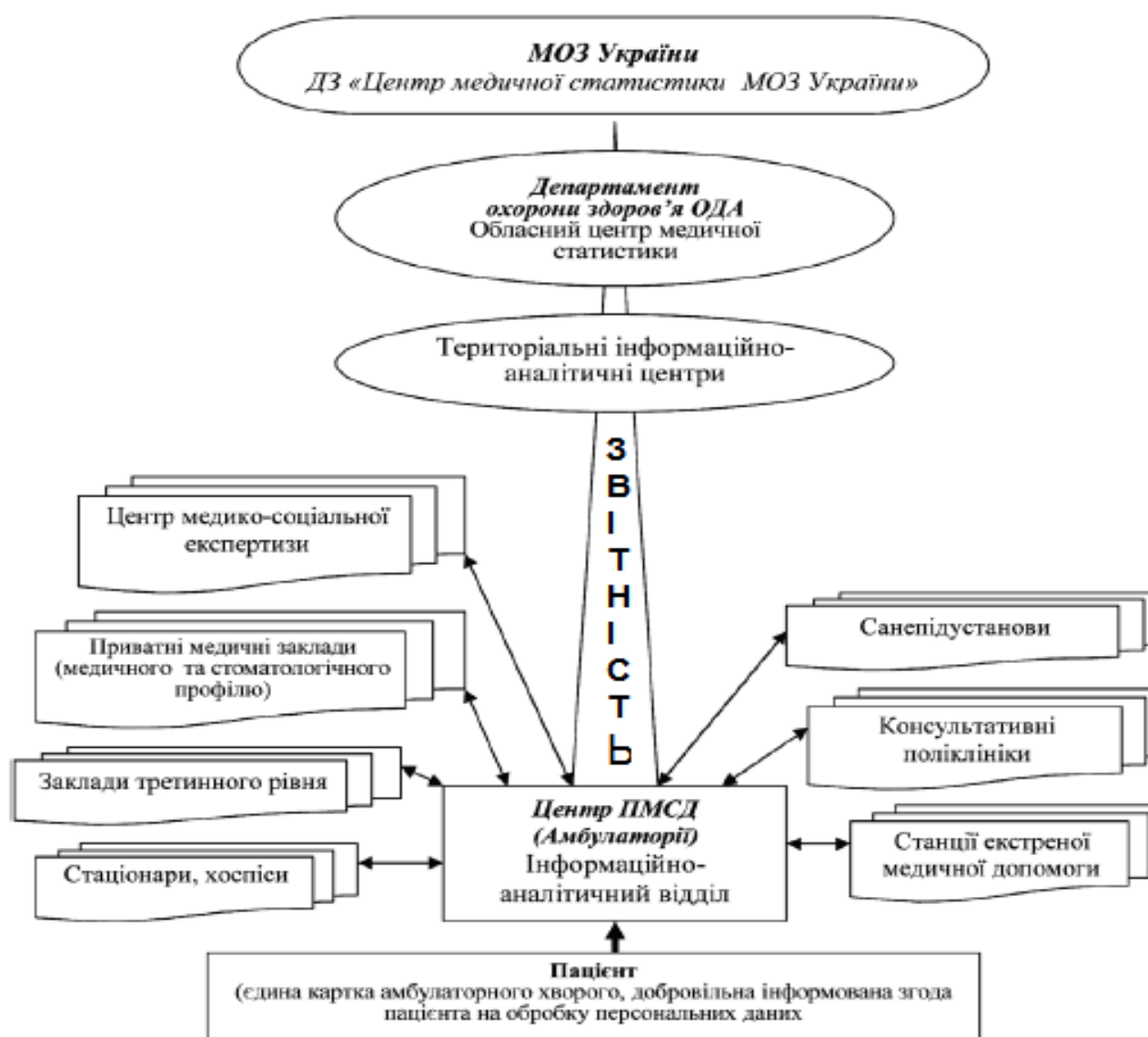


Рисунок 3.1 - Інформаційна концепція формування звітних даних в системі охорони здоров'я

**Джерело: авторська розробка*

Чітке дотримання вимог стосовно організації захисту персональної інформації при її обробці, згідно з діючим законодавством України буде ключовим аспектом впровадження запропонованої інформаційної концепції формування звітних даних. В цьому контексті треба відмітити, що суттєвою умовою для впровадження даної концепції є добровільна інформована згода людини на обробку її персональних даних, як це вимагає Наказ МОЗ України №110 від 14.02.2012 [30].

Впровадження запропонованої інформаційної концепції формування звітних даних вимагатиме виконання низки умов:

- формування нормативно-правової бази з даного питання;
- забезпечення медичних закладів достатньою чисельністю одиниць комп'ютерного та серверного обладнання, яке об'єднане в єдину інформаційну систему;
- визначення кола відповідальних осіб, які мають право доступу в т.ч. обмеженого до звітно-інформаційних показників, які є конфіденційною інформацією;
- забезпечення умов для мотивації медичного персоналу до використання і формування інформаційної єдиної бази;
- створення єдиного електронного реєстру пацієнтів;
- впровадження електронної картки амбулаторного хворого.

Слід зазначити, що поліпшення структури звітної інформації можна буде очікувати при умові оптимізації зберігання та збору отриманих даних на рівні медичних закладів з первинної ланки. Тому питання інформатизації системи медичної звітності в сфері охорони здоров'я є перспективним напрямком її вдосконалення, а отримана в такий спосіб медична звітність про стан здоров'я населення та якість медичної допомоги сприятиме раціональній оптимізації використання ресурсів галузі. Інший вид звітності медичних закладів – це фінансова, й її система також потребує вдосконалень [5].

Внаслідок повномасштабної російської агресії велика кількість медичних закладів, які є комунальними некомерційними підприємствами, а отже й розпорядниками бюджетних коштів зазнала колосальних втрат. Значна кількість об'єктів інфраструктури з громадського сектору охорони здоров'я належить медичним установам - розпорядникам бюджетних коштів (далі в тексті РБК), які продовжують вести діяльність в складних умовах дії воєнного стану, зокрема й формують фінансову звітність.

Фінансова звітність медичних закладів – РБК повинна відображати реальну інформацію про достовірний фінансовий стан, рух грошових коштів та

фінансові результати. У фінансовій звітності РБК має міститися об'єктивна інформація щодо збитків і втрат знищеного та/або пошкодженого майна, втрачену економічну вигоду, сум використаної і залученої міжнародної допомоги, балансової вартості об'єктів, до яких обмежений (через бойові дії) доступ, сум витрат, потрібних на відновлення знищених та/або пошкоджених об'єктів інфраструктури і т.д.

Торгово-промислова палата України (далі ТППУ) на підставі Закону України «Про торгово-промислові палати в Україні» [36] у своєму листі № 2024 [8] від 28.02.2022 засвідчила з 24.02.2022 року настання обставин непереборної сили (форс-мажору), що виникли внаслідок повномасштабної збройної агресії РФ проти України. Отже, вказані обставини непереборної сили до їх офіційно визнаного закінчення є невідворотними, надзвичайними і об'єктивними обставинами для господарюючих суб'єктів України.

Тож російська повномасштабна агресія проти України є визнаною надзвичайною подією, яка має суттєвий і безпосередній вплив на фінансову звітність медичних закладів - РБК. Зокрема, йдеться, про знищення та/або пошкодження майна, втрачену економічну вигоду, анексію та окупацію території і т.п. РБК з метою дотримання такого необхідного принципу як безперервність складання фінансової звітності повинен проаналізувати можливі сценарії розвитку подій, щоб з'ясувати чи є невизначеність щодо здатності медичного закладу функціонувати на безперервній основі. Під час аналізу медичний заклад - РБК має прийняти управлінське рішення про один з двох можливих варіантів дотримання принципу безперервності:

- принцип безперервності діяльності не дотримується;
- має місце невизначеність розвитку подальших подій, але адміністрація медичного закладу - РБК може довести, що в цілях складання звітності принцип безперервності дотримується.

Вважаємо, що буде дуже корисним удосконаленням системи звітності медичних закладів - РБК розкриття інформації про наслідки військових дій (надзвичайних подій) у фінансовій звітності, а точніше у примітках шляхом

модернізації розділу IX «Розкриття інформації у фінансовій звітності». У таблиці 3.1. узагальнені надзвичайні операції та події, які впливають на розкриття даних фінансової звітності під час дії воєнного стану. Таким чином, у системі фінансової звітності буде міститися доступна і прозора інформація про діяльність медичних закладів - РБК.

Таблиця 3.1 - Надзвичайні події та операції, які впливають на розкриття інформації у системі фінансової звітності медичних закладів – розпорядників бюджетних коштів під час дії воєнного стану

Надзвичайні події та операції в період воєнного стану	Розкриття інформації у фінансовій звітності або примітках до неї
Неможливість продовження діяльності або її суттєве обмеження (Going Concern Issue) внаслідок розташування активів на територіях з активними бойовими діями	Розкриття інформації щодо неможливості дотримання принципу безперервності
Пошкодження, знищення майна, упущеної вигоди, оцінка реальних збитків через воєнні ДІІ	Розкриття інформації про обсяги збитків від пошкоджених, зруйнованих активів, виявлені нестачі в результаті інвентаризації, упущена вигода, витрати на відновлення тощо
Проведення переоцінки, зменшення корисності пошкодженого майна, перегляд строків використання	Розкриття інформації результатів переоцінки, зменшення корисності пошкодженого майна, перегляд строків корисного використання
Витрати на відновлення пошкоджених, знищених, знецінених активів	Розкриття інформації про обсяги витрат на відновлення пошкоджених, знищених, знецінених активів унаслідок збройної агресії
Витрати, необхідні на відновлення пошкоджених, знищених активів, упущеної вигоди	Розкриття інформації про обсяги витрат, необхідних на відновлення пошкоджених, знищених, знецінених активів внаслідок агресії
Надання міжнародної допомоги, зокрема гуманітарної, міжнародної технічної	Розкриття інформації про обсяги отримання та використання гуманітарної і міжнародної технічної допомоги
Оцінка майна, розміщеного на тимчасово окупованих територіях, проведення бойових дій	Розкриття інформації про вартість майна, доступ до якого обмежений, що розміщено на ТОТ, у зонах проведення воєнних (бойових) дій
Події після звітного періоду	Розкриття інформації про зміни в облікових оцінках, які суттєво вплинули на поточний період; коригуючі події

**Джерело: авторська розробка*

За допомогою рекомендованих змін до системи фінансової звітності медичні заклади - РБК зможуть об'єктивно відобразити інформацію щодо свого дійсного фінансового стану, реальних фінансових результатів з урахуванням

впливу обставин непереборної сили – військових дій. Зокрема, з'явиться можливість:

- оцінити обсяги знищеного та/або пошкодженого майна, збитки внаслідок бойових дій; упущену вигоду; наслідки результатів переоцінки, вартісне зниження корисності пошкодженого через війну майна;

- визначити суми витрат, які були вже понесені на відновлення знищених та/або пошкоджених об'єктів, суми одержаної міжнародної гуманітарної допомоги і її цільове використання; вартість об'єктів, розташованих на ТОТ, доступ до яких неможливий; суми витрат, потрібні на відновлення знищеної та/або пошкодженої інфраструктури, суми упущеної вигоди через припинення діяльності в період активних бойових дій.

- проаналізувати вплив військової агресії рф на галузеві особливості функціонування закладів охорони здоров'я – РБК, наміри адміністрації конкретного медичного закладу припинити зовсім або суттєво скоротити діяльність.

Отже, такий напрямок вдосконалень системи фінансової звітності більшості медичних закладів як її модернізація та пристосування до умов воєнного стану є вкрай актуальним та корисним з точки зору оптимізації публічного управління та адміністрування сфери охорони здоров'я на державному і регіональному рівні.

3.2 Напрями вдосконалень системи внутрішнього контролю

За нашим твердим переконанням суттєвих змін має зазнати система внутрішнього контролю якості надання медичних послуг. Зокрема, треба сформувати критерії, потрібні для оцінки діяльності медичних працівників іншими особами, які прямо чи опосередковано залучені до процесу лікування - медичні громадські асоціації, працівники або адміністрації інших медичних закладів. Система внутрішнього контролю має включати не тільки експертизу процесу власне надання самої медичної допомоги, а ще й сукупність інших

елементів, а саме: аналіз задоволення хворих їх взаємодією із медичним закладом; самоконтроль, який включає аналіз та розрахунок показників, що характеризують ефективність та якість медичної допомоги, аналіз та виявлення лікарських помилок, недоліків й інших факторів, які зумовлюють негативний вплив та призводять до погіршення якості та зниження ефективності фахової діяльності медичного закладу; підготовку рекомендацій із попередження функціональних недоліків та лікарських помилок у роботі та покращення якості та зростання ефективності медичних послуг; вибір оптимальних управлінських рішень і своєчасне вжиття корегуючих оперативних заходів, дієвий контроль за їх реалізацією. Актуальна стадія реформування внутрішнього контролю якості надання медичних послуг повинна бути націлена на розробку і впровадження комплексної системи індикаторів, які відображають якість роботи закладу охорони здоров'я. Організаційно ці індикатори повинні розраховуватися та оцінюватися на базі медичних закладів.

З метою удосконалення системи контролю якості надання медичної допомоги головним лікарем (директором) медичного закладу повинна бути розроблена система безперервного внутрішнього контролю якості медичної допомоги, основним нормоутворюючим документом якої має стати Наказ про систему внутрішнього контролю.

У цьому Наказі мають бути визначені особи, відповідальні за внутрішній контроль якості медичної допомоги у самому закладі - заступник головного лікаря з лікувальної роботи і завідувачі відділень та інших структурних підрозділів закладу. Цим Наказом також має затверджуватися Положення про систему внутрішнього контролю якості надання медичної допомоги і штатний склад діючої постійно комісії із виконання процедур внутрішнього контролю. Головуючий у комісії має розробити та подати на подальше затвердження план-графік роботи комісії. Мають також бути розроблені та затверджені індикатори процесу, структури та результативності контролю забезпечення якості надання медичної допомоги, про які ми вже зазначали вище. Потрібно розробити, затвердити та впровадити у систему контролю анкету з проведення

соціологічного дослідження думок хворих щодо їх суб'єктивної оцінки якості одержаної медичної допомоги. Заступник головного лікаря з лікувальної роботи повинен розробити функціональний план здійснення контролю якості медичної допомоги в даному медичному закладі, організувати вивчення медичними працівниками закладу клінічних протоколів, розроблених і затверджених МОЗ України.

Заступник головного лікаря з лікувальної роботи забезпечує також використання результатів, отриманих в ході проведення заходів внутрішнього контролю, в навчанні працівників закладу з безперервного підвищення кваліфікації. Він проводить особисто чи надає розпорядження щодо проведення такого заходу внутрішнього контролю як періодичне анкетування хворих із дотриманням законодавства про обробку персональних даних і аналізом отриманих результатів. Крім того, повинно проводитися регулярне заслуховування результатів контролю, виправлення виявлених недоліків та поточних питань із забезпечення якості медичної допомоги на нарадах членів медичної ради, лікарського та медсестринського складу.

У Положенні про систему внутрішнього контролю потрібно відобразити загальну мету системи внутрішнього контролю - підвищення ефективності та об'єктивна оцінка якості медичної допомоги. У зв'язку з чим в медичному закладі повинен застосовуватись метод експертної оцінки завершених випадків лікування хворих. Метод спирається на порівняння стандартів якості та обсягів декларованої медичної допомоги пацієнтам (клінічний маршрут пацієнта, клінічний протокол тощо) із фактично наданою меддопомогою конкретному пацієнтові.

Система внутрішнього контролю надання медичної допомоги у медичних закладах має функціонувати безперервно, але при цьому мати певну циклічність щодо виконання конкретних заходів контролю. Отже, можемо говорити про певну послідовність, якої повинні дотримуватися виконавці – заступник головного лікаря з лікувальної роботи та завідувачі відділень,

послідовний процес виконання заходів в системі контролю розроблений нами та схематично зображений на рисунку 3.2.



Рисунок 3.2 - Цикл проведення заходів внутрішнього контролю в медичному закладі

**Джерело: авторська розробка*

Загалом, система внутрішнього контролю якості медичної допомоги в медичних закладах повинна включати наступні елементи (заходи):

- статистичний аналіз результатів профільної діяльності закладу та його структурних підрозділів (відділень);
- експертну оцінку якості процесів лікування і діагностики та їх результатів в розрізі структурних підрозділів;

- виявлення дефектів в технології виконання процесів лікування і діагностики і запобігання їм;
- систематизація та планування індикаторів оцінки інтенсивності роботи медичного закладу.

Організація системи внутрішнього контролю в медичному закладі передбачає, що медичні працівники повинні дотримуватись вимог та обов'язків у посадових інструкціях та клінічних маршрутах пацієнтів у відповідності до профілю відділення (структурного підрозділу), положення про систему внутрішнього контролю, правил ведення та оформлення медичної документації і звітності, порядку взаємодії із іншими структурними підрозділами даного медзакладу та іншими установами. Аналіз даних з медичної документації дає можливість оцінити якість медичної допомоги в закладі за фактичними показниками, наведеними у формах первинного медичного обліку.

Експертне оцінка рівня лікування, реабілітації і діагностики певного хворого дає змогу визначити дефекти процесу, які допустили певні фахівці, встановити чинники впливу та рівень медичного забезпечення, які призводять до занедбаності та хронічності хвороб, похибок у щоденній тактиці лікарів, важких ускладнень за час перебігу захворювання (лікувального процесу) з внесенням поточних поправок в лікувально-діагностичний процес та організацію надання медичної допомоги.

Факти дефектів у наданні медичної допомоги зумовлені наступними причинами:

- поганою якістю управління медичним закладом;
- неналежним рівнем вмінь та знань медперсоналу;
- недостатньою оснащеністю медичного закладу діагностичним та лікувальним устаткуванням, недостатнім володінням устаткуванням;
- дефектами в послідовності надання медичної допомоги з медичними закладами вищого або нижчого рівня й органами управління охороною здоров'я;
- поведінковими та психологічними особливостями пацієнтів.

При виконанні соціологічних досліджень серед хворих щодо якості наданої їм медичної допомоги для одержання більш об'єктивної інформації є цілком доцільним поєднувати аналіз думок пацієнтів з опитуванням лікарів по різних аспектах організації їхньої роботи. Дуже важливим при цьому є розмежування критеріїв, що у підсумку визначають задоволеність пацієнтів та їх рідних. Анкетування повинно проводитися із урахуванням чотирьох груп факторів: організаційно-медичних, соціально-професійних, соціально-психологічних та задоволеності пацієнтів та їх рідних якістю наданої медичної допомоги.

3.3 Впровадження клінічного аудиту як можливий напрям вдосконалення системи контролю в медичному закладі

Вперше у 90-х роках минулого століття клінічний аудит був впроваджений Міністерством охорони здоров'я Сполученого Королівства, де швидко став невід'ємною складовою системи британського клінічного управління. Клінічний аудит – це процес покращення якості, направлений на поліпшення результатів та допомоги хворим через системний перегляд допомоги в порівнянні до певних критеріїв і впровадження системних змін там, де медична допомога чи її результати не можуть досягти потрібного рівня. Складові процесу, структури і результату медичної допомоги відбираються і функціонально оцінюються. Системні зміни впроваджуються на командному індивідуальному та/або інституціональному рівні надання медичних послуг.

За останні 30 років клінічний аудит дуже поширився і застосовується у багатьох розвинутих країнах [43]. Розвиток та розповсюдження клінічного аудиту отримали широку підтримку зі сторони не тільки медпрацівників, але й пацієнтів та роботодавців. Шляхом застосування клінічного аудиту можливо відстежити процеси лікування, діагностики і догляду за хворими, використання різномірних видів ресурсів, наслідки клінічних втручань та вплив надання медичної допомоги у медичному закладі на якість життя хворих. Отже,

клінічний аудит, поширившись на всі аспекти медичної допомоги пацієнтам, став суттєвим та невід'ємним елементом контролю в медичному закладі.

Оскільки аудит, як і будь-якій інший вид контролю, порівнює актуальну медичну діяльність із стандартами медичної практики, першим заходом для впровадження системи клінічного аудиту у медичному закладі є розробка та затвердження внутрішніх стандартів. Внутрішній протокол з надання медичної допомоги – це нормативний документ рівня медичного закладу чи навіть його структурного підрозділу, який забезпечує упорядкування і координацію за часовим графіком методів і технологій надання медичної допомоги мультидисциплінарного змісту, регламентує процес реєстрації медичних даних та виконання клінічного аудиту; й затверджується головним лікарем медичного закладу або його заступником з лікувальної роботи. Систематичний контроль дотримання внутрішніх протоколів за чіткими індикаторами і процедурою може бути основною формою проведення клінічного аудиту у медичних закладах. Ми вже є обізнаними щодо позитивного досвіду впровадження внутрішніх клінічних протоколів у певних закладах охорони здоров'я в Україні.

На сьогодні адміністрація українських медичних закладів застосовує певні види експертної оцінки медичної роботи (це стосується переважно тільки роботи лікарів) і суттєву частку свого робочого часу присвячують контрольним функціям діяльності підлеглих. Під експертизою розуміють професійне дослідження явищ та об'єктів компетентним спеціалістом з подальшою метою формування висновку по сутності поставлених завдань та підготовки рекомендацій для прийняття управлінських рішень. Процедури здійснення експертної оцінки є звичайними методами ретроспективного оцінювання якості надання медичної допомоги у спірних випадках. Результати проведення експертних оцінок переважно є підставами для управлінських рішень, в т.ч. дисциплінарного та кадрового характеру.

Є пара фундаментальних принципів проведення клінічного аудиту у медичному заклад, які його відрізняють від методу експертних оцінок. Перший - це конфіденційність (отримані результати досліджень не підлягають

розголошенню і не є підставами для дисциплінарних стягнень). Другий - це вільна кооперація фахівців немедичних і медичних спеціальностей. Державний контроль та клінічний аудит може об'єднувати їх спільний ретроспективний характер виконання. Інші деякі відмінності між цими видами контролю наведено у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2 - Відмінності між державним контролем та клінічним аудитом

Державний контроль	Клінічний аудит
Оцінка відповідності за одним або декількома параметрами, «старший контролює меншого»	Збір і аналіз повної інформації про певний вид діяльності спеціально створеною робочою групою
Формалізований процес	Формалізовані критерії доповнюються неформальним творчим підходом
Встановлення відповідності встановленому раніше рівню	Визначення необхідного рівня із затвердженням плану дій

**Джерело: авторська розробка*

Клінічний аудит передбачає дотримання стандартів із медичної допомоги й забезпечує збір та обробку інформації стосовно процесу, структури і результатів надання медичної допомоги для їх покращення, а також акредитації і атестації медичних закладів та їх працівників. Процес клінічного аудиту безпосередньо пов'язаний із оцінкою фактично наданої медичної допомоги у відповідності до сукупності критеріїв, затверджених стандартами; рівень якості наданої медичної допомоги розраховується на основі індикаторів якості, що є кількісними властивостями інформації про медичну послугу.

Послідовність виконання основних етапів клінічного аудиту висвітлена на рисунку 3.3. Зробимо наголос на найважливіших аспектах практичного застосування методології клінічного аудиту. Отже, до початку роботи робочої групи аудиторів потрібно однозначно визначити завдання та мету клінічного аудиту і зібрати спільний тренінг аудиторського персоналу. Документальний опис процедури клінічного аудиту має включати перелік виконавців, спосіб і форму отримання показників і шкалу їхньої оцінки, поденний графік роботи клінічних аудиторів. Дуже важливим етапом проведення клінічного аудиту є

вибір форм розробленої раніше документації (за потреби електронних і програмних) для одержання та обробки первинних клінічних даних. Зміст та структура карти клінічного аудиту залежать від поставлених перед ним завдань, джерел доступної інформації і технологічних засобів вимірів. Завжди карта клінічного аудиту повинна включати оцінку затверджених показників (індикаторів) якості.

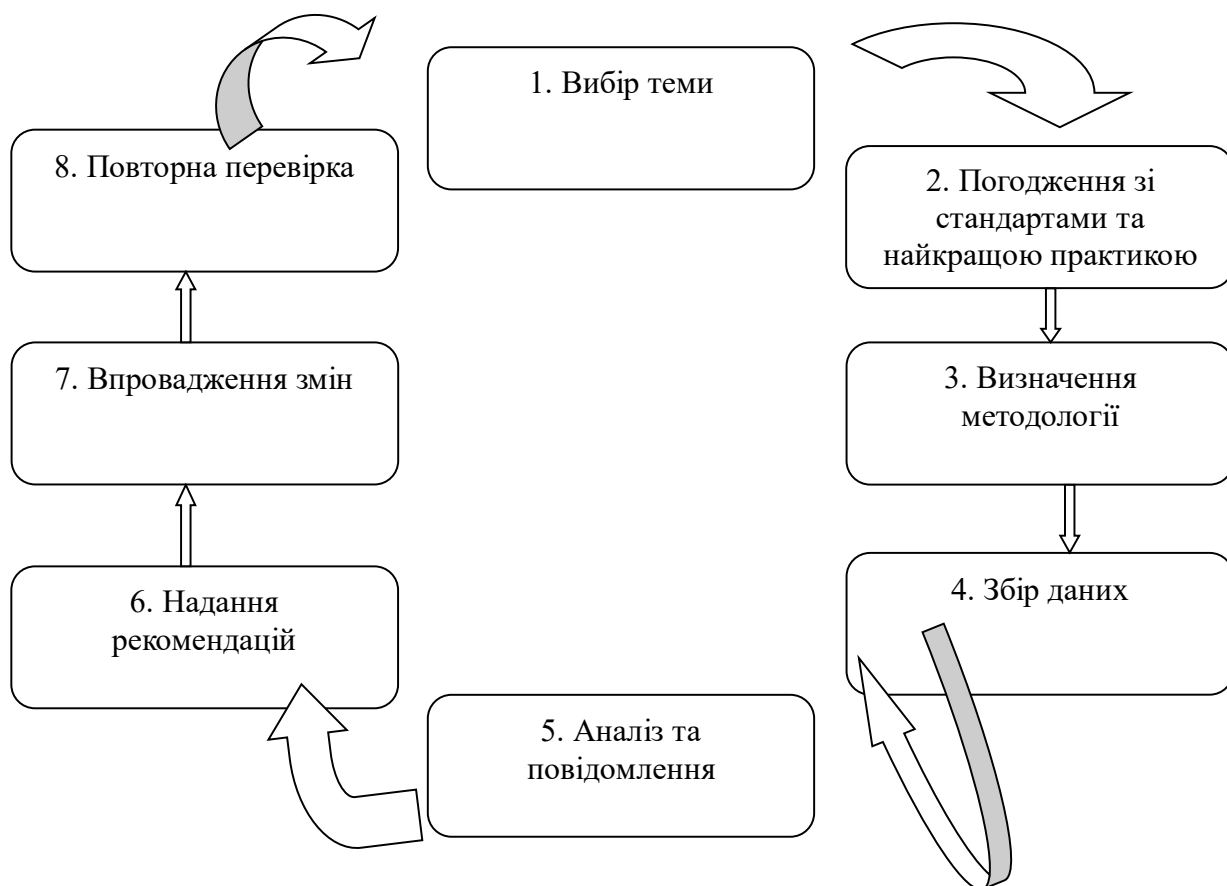


Рисунок 3.3 - Послідовність виконання основних етапів клінічного аудиту

**Джерело: авторська розробка*

Остаточною метою проведення клінічного аудиту є покращення результатів медичної практики на благо населення. Статистичний аналіз показників опитувань хворих, спостереження за фокус-групами можуть бути способом збору та обробки даних при клінічному аудиті, а їх результати як правило апробуються для оцінки якості надання медичних послуг пацієнтам.

Результати клінічної аудиторської перевірки відображаються в аудиторському звіті, який на початку зазвичай включає коротке резюме (на

пару сторінок) і послідує параграфи: вступ із вказівкою на завдання та мету аудиту, об'єкти лікувального процесу, які досліджувалися, та застосовані у ході перевірки методи, одержані результати і їх спільний аналіз, рекомендації та висновки, план подальших дій із впровадження результатів.

Результати клінічно-аудиторських перевірок зазвичай оформлюються за допомогою графіків та/або таблиць. Важливим є висвітлення дискусії клінічних аудиторів з об'єктивною інтерпретацією раніше викладених результатів та коректним порівнянням із результатами проведення інших клінічних аудитів. Обов'язково мають бути зазначені ймовірні сильні і слабкі сторони застосованої процедури та їхній можливий вплив на отримані результати. Клінічно-аудиторський звіт повинен містити не лише констатацію слабких сторін, але й включати рекомендації стосовно змін у лікувальних процесах або організаційній структурі медичного закладу, пропонувати план і строк майбутнього наступного аудиту. Отже, без плану впровадження у лікувальний та/або організаційний аспект змін аудит - це тільки марно витрачені зусилля, час і гроші. Наприкінці - у заключній частині аудиторського звіту – за неписаним правилом висловлюють подяку фахівцям, які сприяли проведенню клінічного аудиту.

У системі контролю в закладах охорони здоров'я застосування клінічного аудиту є формою забезпечення зворотного зв'язку, що позитивно впливає на професійний розвиток медичного персоналу. Застосування клінічного аудиту у розвинутих державах є обов'язковим для всіх медичних закладів. Нами визначені наступні потенційні переваги від клінічного аудиту:

- покращує результати надання медичної допомоги хворим;
- сприяє формуванню організаційної взаємодії в лікувальному процесі;
- сприяє появі ефекти задоволення від зробленої роботи медичних працівників, оскільки висвітлює їх досягнення за період аудиту;
- допомагає досягти затверджених стандартів медичної практики;
- викриває недоліки, сприяючи їх усуненню;

- поліпшує організацію лікувального процесу, його ефективність і результативність;
- стимулює медичних працівників на додаткове навчання;
- яскраво демонструє приклади надання високоякісної допомоги пацієнтам;
- є найкращим механізмом вчасного виявлення ризикових ланок в лікувальному процесі і попередження помилкових рішень;
- сприяє раціональному використанню ресурсів, знижуючи неефективні витрати;
- може підвищувати ефективність використання медичним закладом бюджетних фінансових ресурсів завдяки рекомендаціям у виборі найкращих технік медичної практики.

Однак, застосування клінічного аудиту передбачає понесення витрат. В численних закордонних дослідженнях робилися спроби порівняння економічної ефективності цих витрат із можливим майбутнім ефектом, відображеним у покращенні якості медичної допомоги. У дослідженні з дуже довгим часом спостереження продемонстровано тривалий позитивний вплив клінічного аудиту на використання медичних ресурсів (наприклад, ліжковий фонд і витрати, асоційовані з ним), організаційні процеси (тривалість перебування хворих в стаціонарі, переведення пацієнтів з відділення, повторна госпіталізація) і результати (госпітальна летальність) від медичної діяльності відділень невідкладної медичної допомоги у Великобританії [42]. Недавнє китайське дослідження довело, що впровадження клінічного аудиту фактично підвищило якість надання медичної допомоги пацієнтам, що хворіли на артеріальну гіпертензію [40]. Деталізований огляд медичної літератури засвідчив, що сам клінічний аудит та розповсюдження результатів клінічного аудиту можуть бути ефективними для покращення медичної практики в закладах охорони здоров'я. Відносна ефективність клінічного аудиту, ймовірно буде більшою у разі продуманого поширення результатів його проведення. Позитивний вплив клінічного аудиту на якість медичної допомоги людям на

національному рівні може так чи інакше бути обмеженим внаслідок складності формування узагальнень висновків клінічних аудитів в розрізі кожного медичного закладу для обґрунтування заходів загальнодержавного значення. При очевидних витратах потенційна ефективність клінічного аудиту не завжди спостерігається у короткостроковій перспективі, що, переважно, дуже цікавить потенційних інвесторів у розвиток медичної галузі.

Для української медичної практики є характерною низка особливостей, що можуть стримувати розвиток та впровадження в медичні заклади клінічного аудиту:

- однотипна і застаріла система управління закладами охорони здоров'я різних рівнів;
- брак теоретичних знань і практичних навичок стосовно передових систем управління якістю у переважної частини керівників закладів охорони здоров'я;
- недостатній рівень співпраці між національними закладами охорони здоров'я та брак досвіду співпраці із закордонними медичними закладами;
- значна частка медичних закладів із низьким технічним рівнем та мало чисельним ліжковим фондом у приватному та державному сегментах;
- дефіцит висококваліфікованих фахівців за багатьма медичними спеціальностями;
- усталена організаційна практика «пошуку винних» як метод «боротьби за якість».

Клінічний аудит буде мати шанс на впровадження, якщо йому буде продемонстрована підтримка організаційного середовища, а залучений медичний персонал буде достатньо підготовлений. Відзначимо, коли методологія клінічного аудиту недобре розуміється чи організаційне середовище медичного закладу не надає йому підтримки, ймовірність здійснення успішного аудиту зменшуються.

Вже сьогодні треба докласти колосальних зусиль для створення культури як окремих медичних закладів, так в цілому галузі охорони здоров'я стосовно

передових методів з управління якістю медичної допомоги. Прийнятий в Україні етичний професійний кодекс не містить однозначних положень щодо етичної позиції лікарів у професійній діяльності з покращення якості медичної допомоги.

Внутрішнє регулювання дає керівництву організовувати практику щодо належного забезпечення якості надання медичної допомоги у медичному закладі і визначити порядок та обсяг залучення медичного персоналу до заходів клінічного аудиту в залежності від рівня медичного закладу і організації внутрішньої системи управління якістю. Наприклад, в одному із Київських медичних закладів до посадових інструкцій працюючих лікарів включені пункти, які зобов'язують їх приймати участь у впровадженні і розробці міжнародного стандарту ISO 9001—2000 у певному відділенні (структурному підрозділі). Посадові інструкції не тільки забезпечують внутрішнє регулювання відносин між працівником і медичним закладом, вони ще й дають можливість самостійно визначити обов'язки і права кожного працівника при його участі у проведенні клінічного аудиту. Певні додаткові повноваження іноді делегуються працівнику керівником медичного закладу у разі формування тимчасових аудиторських груп. На нашу думку, аналогічно на рівні закладів мають вирішуватись і аспекти морального і матеріального стимулювання роботи в аудиторській групі фахівців.

На загальнодержавному рівні буде корисним включення до існуючої «Шкали значень різних видів діяльності лікарів (провізорів) у період між передатестаційними циклами», встановлених Наказом МОЗ [23], участі лікарів у заходах з проведення клінічного аудиту і оцінку цього виду професійної діяльності у 5 залікових бала.

Досвід надання медичних послуг за полісами страхової медицини, в якій частіше застосовується зовнішній контроль діяльності медичних працівників, свідчить, що персонал є дуже чутливим до зовнішньої оцінки його професійної діяльності. В Україні нажаль часто сприймаються лікарями спроби стандартизації на галузевому або внутрішньому рівні, як обмеження їх

професійної автономії. На нашу думку, проведення клінічного аудиту буде відносно легше організувати у стаціонарних відділеннях, в яких оцінювання рівня якості лікування та діагностики й інші види експертних оцінок, застосовуються ширше. В амбулаторних закладах для залучення працівників до клінічного аудиту медичної амбулаторної допомоги потрібно буде виділяти час у межах робочого часу лікарів. Ймовірно, що виконання обов'язків, пов'язаних з клінічним аудитом, може сприйматися певними лікарями, особливо у приватних медичних закладах, як марне витрачання часу. Можливості підвищення зацікавленості лікарів до управлінських аспектів з якості медичних послуг залежатиме від того, з якою швидкістю та яким шляхом і буде реформуватися українська галузь охорони здоров'я. Сьогодні рівень технічного відставання вітчизняних медичних закладів від європейських скорочується швидше за рівень відставання в адміністративних та освітніх закладах. Відмітимо, що у державах-піонерах з проведення клінічного аудиту є низка складнощів стосовно його застосування. Аналіз ефективності клінічного аудиту при ортопедичних дефектах і травмах встановив, що з 35 клінічних аудитів, починаючи з 2000 року, близько 40% виконані трохи більше ніж наполовину, та лише у 30% випадків був повністю завершений клінічно-аудиторський цикл. Тільки два клінічні аудити були виконані, спираючись на національні медичні стандарти, а 38% цілковито не спиралися на жодні стандарти. Тільки чверть клінічних аудитів, проведених стажистами, мала вплив на їх особисті програми розвитку, по лікарях-консультантах аналогічний показник був на рівні 65%, по медсестрах - 57% [41].

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі було здійснено теоретичне узагальнення та запропоновано розв'язання наукового завдання, що полягає в удосконаленні системи звітності та контролю в медичному закладі.

Результати дослідження дали підстави зробити наступні висновки та надати пропозиції:

1. Важливість державного контролю в системі охорони здоров'я полягає в тому, що контроль традиційно вважається способом забезпечення дисципліни та законності, поряд із зверненнями громадян та наглядом. Медична звітність є основою для управлінського аналізу якості медичної допомоги і прийняття стратегічних й тактичних рішень з метою покращення якості послуг. Загалом, якість надання медичної допомоги в масштабах країни прийнято оцінювати за такими зведеними звітними показниками як рівні материнської і малюкової смертності, госпітальної летальності. Водночас, звітна інформація містить набагато більший масив даних, який за умови деталізованої обробки дає керівникам підстави для прийняття визначальних рішень стратегічного характеру.

2. Забезпеченість медичних закладів в Сумській області атестованими лікарями у 2021 р. складала 34,7 штатних одиниць на 10000 населення. У м. Суми вона складала 67,4, а в районних медичних закладах - 22,4 штатних одиниці на 10000 населення. Забезпеченість атестованими лікарями по Україні в середньому складала 27,3 штатних одиниць на 10000 населення. Даний рівень є меншим за аналогічний по країнах Європейського Союзу (34 на 10000 населення). Кількість лікарів, які займаються лікувально-профілактичною практикою в сільській місцевості Сумщини, у 2021 р. складала 217 осіб, або 8,7 штатних одиниць на 10000 населення. Дані доводять суттєву розбіжність щодо забезпеченості лікарями сільського і міського населення.

3. Фінансовий план дозволяє управляти як видатковою, так і дохідною частинами. Коли комунальний медичний заклад не досяг запланованої

чисельності декларацій про вибір сімейного лікаря, то його керівник може відшукати способи впливу на підвищення цього індикатора. Якщо чисельність декларацій залишатиметься менше запланованої, то потрібно відповідно знизити витратну частину поточного фінансового плану. Якщо витратна частина перевищуватиме дохідну частину, то утримання медичного закладу буде за рахунок коштів місцевого бюджету територіальної громади. Інших джерел фінансування чи процедури банкрутства для комунальних медичних закладів законодавством не передбачено. В цьому разі територіальна громада повинна вирішити питання браку фінансування шляхом виділення додаткових коштів, а за потреби також розглянути питання щодо відповідності керівника медичного закладу займаній посаді.

4. Напрямки вдосконалення внутрішнього контролю - це кваліфікація лікарів та молодших медичних спеціалістів; стан організації надання медичної допомоги у медичному закладі; моніторинг виконання управлінських рішень усіх рівнів; моніторинг дотримання відділеннями (структурними підрозділами) медичного закладу клінічних протоколів та медичних стандартів; поточний моніторинг значень індикаторів якості надання медичної допомоги; задокументоване вивчення думки хворих щодо наданої їм медичної допомоги.

5. Систему медичної звітності в розрізі регіонів можна конструювати по-різному. На наш погляд найбільш реально практичним і доступним варіантом є систематизоване накопичення цифрової інформації про кожного хворого від лікарів первинного рівня (сімейних) до лікарів, що надають спеціалізовані види медичної допомоги. Таким чином забезпечується послідовна систематизація і обробка звітних даних та звітних показників. В найближчій перспективі такий підхід дозволить отримувати доступ до всіх розрізів медичної звітної інформації, потрібної для прийняття своєчасних управлінських рішень і оптимізації функціонування системи контролю і нагляду в сфері охорони здоров'я. Вона дає необхідне розуміння властивостей інформаційних потоків на різних ієрархічних рівнях формування звітних показників, починаючи від електронної картки амбулаторного хворого і

закінчуючи обробкою агрегованих загальнодержавних показників в Державному Закладі «Центр медичної статистики» при Міністерстві охорони здоров'я України.

6. З метою удосконалення системи контролю якості надання медичної допомоги головним лікарем (директором) медичного закладу повинна бути розробленою система безперервного внутрішнього контролю якості медичної допомоги, основним нормоутворюючим документом якої має стати Наказ про систему внутрішнього контролю. У цьому Наказі мають бути визначені особи, відповідальні за внутрішній контроль якості медичної допомоги у самому закладі - заступник головного лікаря з лікувальної роботи і завідувачі відділень та інших структурних підрозділів закладу. Цим Наказом також має затверджуватися Положення про систему внутрішнього контролю якості надання медичної допомоги і штатний склад діючої постійно комісії із виконання процедур внутрішнього контролю.

7. Запропоновано впровадження клінічного аудиту, що передбачає дотримання стандартів із медичної допомоги й забезпечує збір та обробку інформації стосовно процесу, структури і результатів надання медичної допомоги для їх покращення, а також акредитації і атестації медичних закладів та їх працівників. Процес клінічного аудиту безпосередньо пов'язаний із оцінкою фактично наданої медичної допомоги у відповідності до сукупності критеріїв, затверджених стандартами; рівень якості наданої медичної допомоги розраховується на основі індикаторів якості, що є кількісними властивостями інформації про медичну послугу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Арєва О., Ніколюк О. В., Бондар В. А., Цвєткова Н. Ю. Напрями удосконалення системи публічного управління розвитком у сфері охорони здоров'я України. *Економіка харчової промисловості*. 2021. Т. 13, Вип. 3. С. 94-100.
2. Бєнько І. Д. Концептуальна модель побудови обліку та контролю в закладах охорони здоров'я. *Причорноморські економічні студії*. 2020. Вип. 49. С. 178-182.
3. Глушаченко І.В. Нормативно-інституційні основи фінансового контролю в сфері надання медичних послуг: кращі світові практики. *Ефективна економіка*. 2023. № 7. С. 54-57.
4. Господарський Кодекс України: Закон України від 16.01.2003. № 436-IV: станом на 08.10.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/436-15#Text> (дата звернення: 01.12.2023).
5. Галіяш Н. Б. Важливість впровадження системи інфекційного контролю в медичних закладах терапевтичного та хірургічного профілів: український та світовий досвід. *Вісник медичних і біологічних досліджень*. 2021. № 3. С. 87-95.
6. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів : Наказ МОЗ України від 22.02.2019 № 446: станом на 17.11.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0293-19#Text> (дата звернення: 01.12.2023).
7. Деякі питання здійснення державного фінансового контролю в умовах воєнного стану : Постанова КМУ від 07.05.2022 № 561: станом на 07.05.2022 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/561-2022-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.12.2023).
8. Лист торгово-промислової палати України від 28.02.2022. № 2024: станом на 28.02.2022 URL: <https://uccr.org.ua/uploads/files/621cba543cda9382669631.pdf> (дата звернення: 01.12.2023).

9. Мельник Т.М. Удосконалення системи контролю в медичних закладах. *Економіка, фінанси, облік і право в умовах глобалізації: збірник тез доповідей міжнародної науково-практичної конференції* (Полтава, 8 листопада 2023 р.): у 2 ч. Полтава: ЦФЕНД, 2023. Ч. 2. С.35-36.

10. Мельник Т.М. Удосконалення системи звітності в медичному закладі. *Перспективи розвитку управлінських систем у соціальній та економічній сферах України: теорія і практика: зб. матеріалів VII Всеукр. наук.-практ. інт.-конф.*, 21 листопада 2023 р. Київ: Київський університет імені Бориса Грінченка, 2023. С.89-90.

11. Миронов А.Г. Державний контроль як засіб забезпечення якості медичної допомоги. *Публічне право*. 2019. № 4. С. 98-110.

12. Міністерство охорони здоров'я України. Контроль якості надання медичної допомоги. URL: <https://moz.gov.ua/kontrol-jakosti-nadannja-medichnoi-doromogi>. (дата звернення: 01.12.2023).

13. Національне положення (стандарт) бухгалтерського обліку в державному секторі 101 «Подання фінансової звітності» : Наказ Міністерства Фінансів України від 28.12.09. № 1541: станом на 24.12.10. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0095-11#Text> (дата звернення: 01.12.2023).

14. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992. № 2801/95-XII: станом на 01.10.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 01.12.2023).

15. Податковий Кодекс України : Закон України від 02.12.2010. № 2755-VI: станом на 30.11.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2755-17#Text> (дата звернення: 01.12.2023).

16. Про атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою : Наказ МОЗ України від 23.11.2007 № 742: станом на 17.11.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1368-07#Text> (дата звернення: 01.12.2023).

17. Про атестацію професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють у системі охорони здоров'я : Наказ МОЗ України від 12.08.2009 № 588: станом на 17.11.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0895-09#Text> (дата звернення: 01.12.2023).

18. Про вдосконалення атестації провізорів та фармацевтів : Наказ МОЗ України від 12.12.2006 № 818: станом на 17.11.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1366-06#Text> (дата звернення: 01.12.2023).

19. Про відкритість використання публічних коштів : Закон України від 11.02.2015 № 183-XIII: станом на 24.10.2020 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/183-19#Text> (дата звернення: 01.12.2023).

20. Про внесення змін до Податкового кодексу України та інших законів України щодо особливостей податкового адміністрування податків, зборів та єдиного внеску під час дії воєнного, надзвичайного стану: Закон України від 12.05.2022. № 2260-IX: станом на 12.05.2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2260-20#Text> (дата звернення: 01.12.2023).

21. Про внесення змін до постанови КМУ від 15.07.1997 № 765 : Постанова КМУ від 13.05.2022 № 592: станом на 13.05.2022 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/592-2022-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.12.2023).

22. Про затвердження Змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України : Наказ МОЗ України від 31.08.2023 № 1555: станом на 17.11.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1635-23#Text> (дата звернення: 01.12.2023).

23. Про затвердження Змін до Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах : Наказ МОЗ України від 07.07.09 р. № 484: станом на 07.07.09. р URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0693-09#Text> (дата звернення: 01.12.2023).

24. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики : Постанова КМУ від 02.03.2016. № 285: станом на 29.11.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF#n8> (дата звернення: 01.12.2023).

25. Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я : Постанова КМУ від 15.07.1997. № 765: станом на 28.04.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/765-97-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.12.2023).

26. Про затвердження Порядку заповнення форм фінансової звітності в державному секторі та Змін до Національного положення (стандарту) бухгалтерського обліку в державному секторі 101 «Подання фінансової звітності» : Наказ Міністерства Фінансів України від 28.02.17 № 307: станом на 20.01.23. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0384-17#Text> (дата звернення: 01.12.2023).

27. Про затвердження Порядку затвердження, складання і контролю виконання фінансового плану суб'єкта господарювання державного сектору економіки : Наказ Міністерства економічного розвитку і торгівлі України від 02.03.15 № 205: станом на 30.11.23. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0300-15#Text> (дата звернення: 01.12.2023).

28. Про затвердження Порядку складання бюджетної звітності розпорядниками та одержувачами бюджетних коштів, звітності фондами загальнообов'язкового державного соціального і пенсійного страхування : Наказ Міністерства Фінансів України від 24.01.12. № 44: станом на 03.01.23. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0196-12#Text> (дата звернення: 01.12.2023).

29. Про затвердження форм звітності з питань охорони здоров'я та інструкцій щодо їхнього заповнення : Наказ МОЗ України від 10.07.07. № 378: станом на 27.11.18. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1009-07#Text> (дата звернення: 01.12.2023).

30. Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування : Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110: станом на 21.11.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0661-12#Text> (дата звернення: 01.12.2023).

31. Про ліцензування видів господарської діяльності : Закон України від 02.03.2015. № 222-VIII : станом на 23.11.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/436-15#Text> (дата звернення: 01.12.2023).

32. Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування : Наказ МОЗ України від 05.02.2016 № 69: станом на 06.11.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0285-16> (дата звернення: 01.12.2023).

33. Про порядок контролю якості медичної допомоги : Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 752: станом на 28.09.2012. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text> (дата звернення: 01.12.2023).

34. Про припинення заходів державного нагляду (контролю) і державного ринкового нагляду в умовах воєнного стану: Постанова КМУ від 13.03.2022 № 303: станом на 10.11.2023 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/303-2022-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.12.2023).

35. Про результати діяльності лікувально-профілактичних закладів області за 2021 р. : матеріали Колегії Управління охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації від 06.02.2022 р. URL: <http://uozsumy.com.ua/> (дата звернення: 01.12.2023).

36. Про торгово-промислові палати в Україні : Закон України від 02.12.1997. № 671/97-ВР: станом на 31.03.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/671/97-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 01.12.2023).

37. Солоненко І., Сабліна Л., Єна Л. Сучасні та майбутні виклики для публічного управління у сфері охорони здоров'я. *Збірник наукових праць*

Національної академії державного управління при Президентові України. 2020. Вип. 2. С. 100-109.

38. Труш О. М. Менеджмент контролю якості медичної допомоги: ключові аспекти системного підходу та міжнародний досвід. *Вісник Клубу панкреатологів. 2023. № 1. С. 66-72.*

39. Chung Ch. Clinical audit in emergency medicine. *Hong Kong J. Emerg Med. no. 10. 2023. P. 181-187.*

41. Guryel E., Acton K., Patel S. Auditing orthopaedic audit. *Ann R Coll Surg Engl. no. 8, 2018.*

42. Hutchings A., Durand M. A., Grieve R. Evaluation of modernization of adult critical care services in England: time series and cost effectiveness analysis. *BMJ. no. 339. 2009. P. 1-8.*

43. Jamtvedt G., Young J. M., Kristoffersen D. T. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews. no. 4. 2007. P. 329-336.*

Додатки