

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Сумський державний університет
Навчально-науковий інститут фінансів, економіки і менеджменту
імені Олега Балацького
Медичний інститут
Кафедра управління

Наказ ректора
про затвердження теми

«До захисту допускається»
завідувачка кафедри

_____ Г. О. Швіндіна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня магістра

спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування»
освітня програма «Управління та адміністрування в охороні здоров'я»

«Контроль якості надання спеціалізованої медичної допомоги
жіночому населенню Шосткинського району як складова процесу управління
закладами охорони здоров'я»

(назва теми роботи)

Здобувач вищої освіти

гр. УЗ-мз92-ш
Богачова Ірина Володимирівна

Наукові керівники

к.е.н., доцент Мішеніна Г.А.

Суми 2020

АНОТАЦІЯ

Об'єктом дипломної роботи є комунальне некомерційне підприємство «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради. Мета дослідження - на основі аналізу системи управління якістю в пологовому відділенні КНП «Шосткинська ЦРЛ» ШМР розробити пропозиції щодо вдосконалення управління якістю медичних послуг в організації.

У роботі вивчені теоретичні основи і особливості управління якістю медичних послуг; здійснений аналіз діяльності КНП «Шосткинська ЦРЛ» ШМР; проведена характеристика системи управління якістю в пологовому відділенні КНП «Шосткинська ЦРЛ» ШМР та оцінка якості медичних послуг організації, розроблені пропозиції щодо вдосконалення управління якістю медичних послуг в КНП «Шосткинська ЦРЛ» ШМР.

Ключові слова: контроль якості надання медичної допомоги, ефективність роботи закладу охорони здоров'я, показники ефективності надання спеціалізованої медичної допомоги.

РЕФЕРАТ

Структура й обсяг роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 42 найменувань.

Загальний обсяг магістерської роботи становить 41 с., у тому числі 13 таблиць, 1 рисунка, 8 графіків, список використаних джерел - 5 сторінок.

Актуальність обраної теми обумовлюється необхідністю пошуку кращих управлінських рішень, спрямованих на вдосконалення управління медичною організацією і якістю послуг, які вона надає. Якщо врахувати, що якість є основою конкурентоспроможності сучасних підприємств, а показники і стандарти якості розробляються індивідуально для кожного виду послуг, то стає зрозуміло, чому проблемам управління якістю приділяється стільки уваги.

Сучасний стан системи охорони здоров'я характеризується наявністю великої кількості суттєвих перетворень, що безпосередньо впливає на якість надання медичної допомоги громадянам України.

В даний час актуальним є забезпечення ефективного функціонування організацій охорони здоров'я, в тому числі підвищення якості медичних послуг, оптимального використання фінансових, трудових і матеріальних ресурсів. Перед кожним лікувально-профілактичним закладом стоїть завдання підвищення медичної і економічної ефективності. Дане питання безпосередньо пов'язане з раціональним використанням ресурсів закладу, яке передбачає аналіз використання виробничих потужностей, виявлення резервів і проведення структурних перетворень.

Мета випускної кваліфікаційної роботи - на основі аналізу системи управління якістю в пологовому відділенні КНП «Шосткинська ЦРЛ» ШМР розробити пропозиції щодо вдосконалення управління якістю медичних послуг в організації.

Для реалізації мети необхідно вирішити такі завдання:

- вивчення теоретичних основ і особливостей управління якістю

медичних послуг;

- аналіз діяльності КНП «Шосткинська ЦРЛ» ШМР;

- характеристика системи управління якістю в пологовому відділенні КНП «Шосткинська ЦРЛ» ШМР та оцінка якості медичних послуг організації;

- розробка пропозицій щодо вдосконалення управління якістю медичних послуг в КНП «Шосткинська ЦРЛ» ШМР.

Предметом дослідження є організація виробничої діяльності та медична ефективність роботи пологового відділення КНП «Шосткинська ЦРЛ» ШМР, механізми та інструменти управління якістю медичних послуг.

Об'єктом дипломної роботи є КНП «Шосткинська центральна районна лікарня» ШМР. **Метод дослідження** спирається на збір, узагальнення, систематизацію, аналіз інформації. Результати роботи мають практичне значення.

Наукова новизна дослідження полягає в комплексному підході до вивчення сутності, змісту і специфічних особливостей управління якістю медичних послуг на прикладі державного закладу охорони здоров'я.

Відмінність одержаних результатів від відомих раніше полягає в:

- систематизації теоретичних даних з контролю якості та ефективності надання спеціалізованої медичної допомоги вітчизняних та закордонних літературних джерел;
- проведенні досліджень в виробничих умовах, аналізі, оцінці та математичної обробки отриманих даних, узагальненні результатів досліджень;
- розробки практичних рекомендацій щодо контролю якості та підвищення ефективності надання спеціалізованої медичної допомоги.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ПОСЛУГ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ЕФЕКТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	9
1.1. Сутність і зміст управління якістю медичних послуг.....	9
1.2 Практичні аспекти ефективної діяльності закладів охорони здоров'я.....	15
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНОЧОМУ НАСЕЛЕННЮ ШОСТКИНСЬКОГО	21
2.1 Загальна характеристика КНП «Шосткинська центральна районна лікарня» ШМР.....	21
2.2 Характеристика пологового відділення як структурного підрозділу КНП «Шосткинська ЦРЛ» ШМР.....	25
2.3 Оцінка та аналіз основних показників ефективності роботи структурного підрозділу закладу охорони здоров'я.....	28
РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА РЕКОМЕНДАЦІЙ ЩОДО ВДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНОЧОМУ НАСЕЛЕННЮ ШОСТКИНСЬКОГО	37
3.1 Особливості показників ефективності надання спеціалізованої медичної допомоги в пологовому відділенні КНП «Шосткинська ЦРЛ».....	37
3.2 Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю надання спеціалізованої медичної допомоги жіночому населенню на прикладі КНП «Шосткинська ЦРЛ».....	38
ВИСНОВКИ.....	40
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	42

ВСТУП

Якість медичних послуг і ефективність клінічної діяльності на сьогоднішній день мають зростаюче значення для людини. Здатність до своєчасного надання високоякісної медичної допомоги, підвищення організаційної ефективності, задоволення запитів споживачів шляхом усунення витрат, оптимізації процесів і зниження їх собівартості - необхідні умови роботи сучасних медичних установ.

В сучасних умовах функціонування української охорони здоров'я, що визначаються дефіцитом державного фінансування, розвитком ринкових відносин в даній області, зростанням вартості медичних і лікувально-оздоровчих послуг, а також зниженням якості і доступності медичної допомоги, зростає актуальність створення і впровадження нових форм управління. Модель управління медичним закладом повинна гарантувати максимальну ефективність діяльності, високу якість надання медичних послуг при мінімальних витратах.

Пріоритетним завданням суспільства та держави є здоров'я матері та дитини та його охорона, що являється найважливішим індикатором соціально-економічної ситуації в країні. Враховуючи те, що рівень репродуктивних втрат є критерієм ефективності застосування технологій в акушерсько-гінекологічній практиці, саме організаційно-методичні та медичні технології зобов'язані включати в себе оцінку клінічної ефективності, а також підвищувати якість та репродуктивне здоров'я жінки.

Актуальність обраної теми обумовлюється необхідністю пошуку кращих управлінських рішень, спрямованих на вдосконалення управління медичною організацією і якістю послуг, які вона надає. Якщо врахувати, що якість є основою конкурентоспроможності сучасних підприємств, а показники і стандарти якості розробляються індивідуально для кожного виду послуг, то стає зрозуміло, чому проблемам управління якістю приділяється стільки уваги.

Сучасний стан системи охорони здоров'я характеризується наявністю

великої кількості суттєвих перетворень, що безпосередньо впливає на якість надання медичної допомоги громадянам України.

В даний час актуальним є забезпечення ефективного функціонування організацій охорони здоров'я, в тому числі підвищення якості медичних послуг, оптимального використання фінансових, трудових і матеріальних ресурсів. Перед кожним лікувально-профілактичним закладом стоїть завдання підвищення медичної і економічної ефективності. Дане питання безпосередньо пов'язане з раціональним використанням ресурсів закладу, яке передбачає аналіз використання виробничих потужностей, виявлення резервів і проведення структурних перетворень.

Об'єктом дипломної роботи є КНП «Шосткинська центральна районна лікарня» ШМР.

Предметом дослідження є організація виробничої діяльності та медична ефективність роботи пологового відділення КНП «Шосткинська ЦРЛ» ШМР, механізми та інструменти управління якістю медичних послуг

Мета випускної кваліфікаційної роботи - на основі аналізу системи управління якістю в пологовому відділенні КНП «Шосткинська ЦРЛ» ШМР розробити пропозиції щодо вдосконалення управління якістю медичних послуг в організації.

Для реалізації мети необхідно вирішити такі завдання:

- вивчення теоретичних основ і особливостей управління якістю медичних послуг;
- аналіз діяльності КНП «Шосткинська ЦРЛ» ШМР;
- характеристика системи управління якістю в пологовому відділенні КНП «Шосткинська ЦРЛ» ШМР та оцінка якості медичних послуг організації;
- розробка пропозицій щодо вдосконалення управління якістю медичних послуг в КНП «Шосткинська ЦРЛ» ШМР.

Метод дослідження спирається на збір, узагальнення, систематизацію, аналіз інформації. Результати роботи мають практичне значення.

Наукова новизна дослідження полягає в комплексному підході до вивчення сутності, змісту і специфічних особливостей управління якістю медичних послуг на прикладі державного закладу охорони здоров'я.

Практичною цінністю дослідження є можливість використання методик аналізу і оцінки функціонування системи управління якістю послуг в медичній організації та застосуванні практичних рекомендацій з метою удосконалення даної системи.

Відмінність одержаних результатів від відомих раніше полягає в:

- систематизації теоретичних даних з контролю якості та ефективності надання спеціалізованої медичної допомоги вітчизняних та закордонних літературних джерел;
- проведенні досліджень в виробничих умовах, аналізі, оцінці та математичної обробки отриманих даних, узагальненні результатів досліджень;
- розробки практичних рекомендацій щодо контролю якості та підвищення ефективності надання спеціалізованої медичної допомоги.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ПОСЛУГ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ЕФЕКТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність і зміст управління якістю медичних послуг

Розгляд проблеми якості медичних послуг ускладнюється відсутністю визначеності в терміні «якість» стосовно терміну «Медична послуга».

В українському законодавстві не визначено поняття «медична послуга» і «якість медичних послуг». З цього випливає, що медична послуга часто ототожнюється з медичною допомогою.

Медична послуга - це захід або комплекс заходів, що проводяться при захворюваннях або при безпосередній загрозі розвитку захворювання, спрямованих на відновлення здоров'я або на попередження хвороби, мають самостійне, закінчене значення і певну вартість [23].

На думку І.В. Олов'янишникова, якість медичних послуг являє собою сукупність складових елементів, які забезпечують задоволення потреб людей в збереженні і підтриманні належного рівня здоров'я і сприяють відновленню працездатності як в короткостроковій, так і довгостроковій перспективі [27].

Характеризуючи специфіку медичних послуг, слід зазначити, що в силу їх особливостей буває досить важко забезпечити не тільки належну якість послуги, а й усвідомлення пацієнтом того, що цю якість дійсно досягнуто.

Це визначається:

- непостійністю самої якості, що залежить від безліч складових;
- розмитістю поняття якості в охороні здоров'я взагалі - як з точки зору об'єктивних критеріальних оцінок, так і з позицій уявлень кожного пацієнта про належній якості;
- динамічністю (незбережуваністю) як послуги, так і її результату на протязі часу, який може змінюватися як в позитивну сторону

(поступове повне відновлення функцій після перенесеного захворювання або операції), так і навпаки (розвиток побічних ефектів від проведеної терапії). При цьому очікування пацієнтів формуються під впливом цілої низки чинників: його грамотності (в т. ч. в питаннях медицини), особистого досвіду, обіцянок, даних медичними установами, думок знайомих, специфічного сприйняття хвороби (настороженості) при відвідуванні лікаря та інших [28, 32].

Отже, якість послуг в сприйнятті пацієнта складається з зіставлення його очікувань (уявлень) і реальності, з якою він стикається, що вимагає серйозної інформаційної наповненості реклами, обов'язкового дотримання принципу «інформованої згоди», значною роз'яснювальної роботи персоналу, а також створення в установі відповідної атмосфери відкритості і доброзичливості.

Особливістю медичної послуги в медичній установі є також те, що при досягненні задоволеності при першому відвідуванні лікаря пацієнт буде прагнути й надалі отримувати її у того ж лікаря (медсестри, масажиста і т.д.) (т. е. більше впливає лояльність не до конкретної установи, а до конкретного лікуючого лікаря). Це є важливим чинником збереження купівельної бази. Більш того, лояльність покупців робить можливим підвищення цін [24,40].

Поняття сутності управління якістю лікувально-оздоровчої послуги включає в себе професійно-медичні, організаційно економічні, фінансові та соціальні заходи, спрямовані на вдосконалення процесу надання даного виду послуг.

Найважливішою складовою управління якістю медичних послуг є якість управління процесом надання медичної послуги.

Якість управління процесом надання медичних послуг спеціалізованої організації орієнтоване на:

- управління матеріально-технічними ресурсами для виробництва лікувальних послуг з урахуванням їх життєвого циклу;
- управління персоналом з метою підвищення його якісного професійного складу і зростання професійної майстерності, а

також вміння працювати єдиною командою, яка орієнтована на кінцевий результат;

- підвищення якості роботи медичного закладу і підвищення його конкурентоспроможності;
- управління організаційно-економічними відносинами, що складаються між суб'єктами процесу надання послуг, суб'єктами управління та споживачами з приводу підвищення якості медичних послуг і скорочення витрат на їх виробництво в результаті зростання продуктивності праці;
- управління формуванням міжособистісних партнерських відносин в колективі, надають безпосередній вплив на підвищення якості медичних послуг та посилення колективної відповідальності за кінцевий результат [36, 41, 33].

Слід зазначити, що в управлінні якістю медичних послуг необхідно враховувати заходи по формуванню зовнішнього іміджу установи.

З позицій системного підходу зовнішній імідж медичного установи може бути визначений як багатокомпонентне явище, що представляє образ організації, медичних кадрів, послуг, який сформувався у різних суспільних груп і змінюється в часі і в просторі під впливом комплексу факторів.

Імідж може відрізнитися для різних груп громадськості, тобто одна і та ж організація може по різному сприйматися різними структурами. З позицій методології розгляду зовнішнього іміджу медичної організації як багатокомпонентного процесу фахівцями пропонується методика інтегральної кількісної оцінки зовнішнього іміджу медичного закладу, яка включає отримання інтегральних оцінок його компонентів: імідж основних послуг, імідж додаткових послуг (сервісних), імідж персоналу, візуальний імідж, соціальний імідж, ділова репутація, активність груп громадськості з формування зовнішнього іміджу установи за виділеними параметрами.

Оцінка всіх параметрів проводиться за градаціями (високий, середній, низький рівень) в балах.

Вивчення зовнішнього іміджу медичного закладу здійснюється за допомогою соціологічного опитування різних груп громадськості (постачальників, споживачів лікувальних послуг, медичних працівників інших установ, керівництва органами управління охороною здоров'я, громадських організацій та ін.) за анкетною, а також завдяки експертному методу даних про обсяг продажів лікарських, сервісних послуг, обсязі постачальників послуг і їх якості, про джерела фінансування, русі медичних кадрів в динаміці за календарні роки.

За даними кореляційного аналізу встановлюється прямий зв'язок між інтегральною оцінкою зовнішнього іміджу установи і показником рівня якості медичних послуг. При цьому, як правило, найбільшу вагу мають рівень зовнішнього іміджу основних лікувально-оздоровчих послуг, зовнішнього іміджу сервісних послуг, зовнішнього іміджу персоналу, зовнішнього візуального іміджу, ділової репутації [37, 39].

Відзначено, що при високому рівні позитивного зовнішнього іміджу медичного закладу вище: рівень обсягу наданих медичних послуг, число споживачів послуг, число постачальників ресурсів, рівень обсягу фінансового забезпечення установи.

Виявлений вплив якості медичних послуг на формування позитивного зовнішнього іміджу організації, а потім вплив сформованого позитивного зовнішнього іміджу на якість послуг, що надаються за рахунок підвищення його забезпечення є теоретичним обґрунтуванням комплексного підходу до управління медичною діяльністю установи, що поєднує корекцію факторів, що визначають і якість наданих медичних послуг і стан зовнішнього іміджу.

Тактичні підходи до управління якістю лікувально-оздоровчих послуг на основі формування зовнішнього іміджу медичного закладу передбачають виконання соціальних і медико-організаційних заходів за двома етапами:

1. Поліпшення якості медичних послуг на етапі формування зовнішнього іміджу за рахунок внутрішніх ресурсів установи, що включає постійне проведення політики позитивного зовнішнього іміджу установи, оцінки

ефективності управління зовнішнім іміджем з урахуванням виявлених чинників ризику, формування прихильності персоналу фірмі;

2. Поліпшення якості медичних послуг на етапі сформованого позитивного іміджу за рахунок більшої привабливості для постачальників ресурсів більш високої якості, більшої привабливості для власника в залученні установи в реалізацію цільових програм, більшої привабливості установи для кваліфікованих кадрів [26].

Запропоновані тактичні підходи комплексного управління якістю медичних послуг на основі формування зовнішнього іміджу медичного закладу реалізуються в організаційно-функціональній моделі, спрямованій на оцінку і корекцію виявлених факторів його ефективного формування.

Виявлені чинники мають вплив на формування позитивного зовнішнього іміджу медичного закладу і пов'язаних з якістю послуг, що надаються:

- ресурсні чинники - частка активної частини основних фондів, фондоозброєність праці персоналу, фондоддача, фондомісткість, оновлення основних фондів на інноваційній основі, накопичення основних фондів, включеність обладнання в стандарт допомоги, залученість обладнання, ефективність використання ліжкового фонду, зношеність обладнання, стан соціального, інноваційного, психологічного, трудового, культурного потенціалу медичного персоналу.
- соціокультурні чинники - культура сервісу, статусна диференціація і технологія управління організацією, організаційна ідеологія, культура зовнішніх комунікацій медичної організації, естетичний рівень будівель і приміщень організації, виробів лікувально оздоровчого призначення, поведінку і взаємодію в рамках організаційної культури, ритуали і церемонії; організаційна символіка.
- інформаційні чинники - чинники, пов'язані з рівнем інформованості постачальників ресурсів і споживачів [22,35].

Серед факторів, пов'язаних з якістю медичних послуг, найбільшу вагу складають повнота реалізації професійної компетентності, науково-технічного рівня послуги, рівень ефективності, результативності, унікальності, зручності і міжособистісної взаємодії пацієнтів і персоналу в процесі надання послуги.

Таким чином, розвиток менеджменту якості медичних послуг в лікувальних установах - перспективне і необхідний напрям їх діяльності. Тенденція до збільшення середнього віку населення, а також до зростання доходів громадян сприяє зростанню попиту на якісні лікувально-оздоровчі послуги.

Саме через якість досягаються основні цілі управління:

- забезпечується досягнення довгострокового успіху установи;
- забезпечується оптимальна динаміка розвитку організації в цілому і кожного співробітника окремо;
- забезпечується задоволеність споживача послуг.

Визначення проблем і чинників якості дає можливість для формування правильних підходів до сучасних методів управління якістю виробництва лікарських послуг. Так, одним з напрямів є модель управління якістю лікувальних послуг, яка на основі формування позитивного зовнішнього іміджу лікувально-профілактичного закладу виявляє досягнення медико-соціальної та економічної ефективності за рахунок підвищення інтегральної оцінки зовнішнього іміджу установи і одночасного підвищення коефіцієнта досягнення результату і показника «рівень якості лікувальних послуг».

З усього вищезазначеного необхідно зробити висновок, що медична послуга - це захід або комплекс заходів, що проводяться при захворюваннях або при безпосередній загрозі розвитку захворювання, спрямованих на відновлення здоров'я або на попередження хвороби, мають самостійне, закінчене значення і певну вартість.

Якість медичних послуг являє собою сукупність складових елементів, які забезпечують задоволення потреб людей в збереженні і підтримці

належного рівня здоров'я і сприяють відновленню працездатності як в короткостроковій, так і довгостроковій перспективі. Серед факторів, пов'язаних з якістю медичних послуг, найбільшу вагу складають повнота реалізації професійної компетентності, науково-технічного рівня послуги, рівень ефективності, результативності, унікальності, зручності і міжособистісної взаємодії пацієнтів і персоналу в процесі надання послуги.

Поняття сутності управління якістю лікувально-оздоровчої послуги включає в себе професійно-медичні, організаційно економічні, фінансові та соціальні заходи, спрямовані на вдосконалення процесу надання даного виду послуг. Найважливішою складовою управління якістю медичних послуг є якість управління процесом надання медичної послуги.

1.2 Практичні аспекти ефективної діяльності закладів охорони здоров'я

Поняття ефективності роботи системи охорони здоров'я передбачає в сучасних умовах складну задачу поєднання медичної, соціальної та економічної результативності.

Традиційне визначення економічної ефективності дуже складно, так як в охороні здоров'я відсутні показники здоров'я населення, є одночасно носіями економічної інформації [29].

Важливим аспектом діяльності лікувально-профілактичного закладу є оцінка її ефективності, тобто невід'ємна частина комплексної системи планування медичного закладу. При цьому поняття ефективності в охороні здоров'я не може бути ототожнене з загальноекономічної категорією ефективності. В охороні здоров'я навіть при застосуванні самої кваліфікованої праці і використанні сучасної медичної техніки може бути «нульовий» і навіть «негативний» результат. Ефективність системи охорони здоров'я, його служб і окремих заходів вимірюється сукупністю показників, кожен з яких характеризує будь-яку сторону процесу медичної діяльності. Ефективність системи охорони здоров'я не може бути визначена однозначно.

Стосовно до охорони здоров'я виділяють три типи ефективності: соціальну, медичну, економічну. Введення поняття економічної ефективності пояснюється новим сучасним етапом реформ у сфері охорони здоров'я [30, 42].

Оцінки різних аспектів ефективності повинні бути покладені в основу реалізації управлінських рішень: формування стандартів і нормативів медичної допомоги, вибору стратегії організації і розподілу ресурсів, забезпечення бюджетної стійкості установи[37].

Діяльність будь-якого медичного закладу орієнтована на забезпечення якості медичної допомоги і розглядається як оптимальна допомога відповідно до медичних потреб і попитом пацієнта, то ефективність роботи медичного закладу (медичну ефективність) можна розглядати як синонім якості медичної допомоги [24].

Управлінське рішення в охороні здоров'я – центральний регулює момент всього процесу реалізації державних цільових медичних програм. І при підготовці рішення і при виборі альтернатив - економічні методи управління, результати оцінки медико-економічної ефективності діяльності різних ієрархічних рівнів системи охорони здоров'я є основними [31].

В цілому, розробка моделей і методик оцінки діяльності лікувально-профілактичного закладу дозволить створити систему планування та моніторингу бюджетних і позабюджетних витрат на основі кількісних і якісних індикаторів. Розвиток даного підходу дозволить зв'язати бюджетні витрати лікувально-профілактичного закладу з очікуваними результатами на основі оцінок впроваджуються ресурсів і планових показників роботи і створити методологічну базу для переходу від утримання закладів на основі кошторисного фінансування до оплати кінцевих результатів діяльності, орієнтованої на пацієнта [29, 33].

Для переведення стратегії лікувально-профілактичного закладу в площину конкретних цілей і завдань підвищення якості медичної допомоги та ефективності витрачання ресурсів потрібно створити систему

збалансованих показників комплексної оцінки діяльності лікувально-профілактичного закладу за пріоритетами: фінанси, внутрішні процеси, пацієнти, навчання і розвиток персоналу [40].

Фінансово-економічна складова діяльності лікарні з підвищення технологічності лікувально-діагностичного процесу відіграє вирішальну роль поряд з кадровою і технічною складовою [32, 28]. В якості пріоритетної мети щодо фінансових перспектив лікувально-профілактичного закладу виступає ефективне використання ресурсів.

Пріоритетною метою лікувально-профілактичного закладу по відношенню до пацієнта є підвищення якості медичних послуг. Основні показники - оцінка задоволеності пацієнта в якості медичної послуги і час очікування послуг.

В якості пріоритетних цілей поліпшення внутрішніх бізнес-процесів в лікувально-профілактичному закладі позначені: підвищення доступності послуг, ефективність використання ресурсів праці, ефективність використання основних фондів і ефективність трудових витрат. Відповідно, основними показниками оптимізації внутрішніх бізнес-процесів є: фондомісткість, продуктивність праці, трудомісткість.

Пріоритетна мета лікувально-профілактичного закладу щодо навчання персоналу та розвитку організації - ефективність інвестицій в навчання персоналу і розвиток організації. Показниками оцінки є: витрати на інвестиції, відшкодування витрат або доходи на інвестиції.

Під ефективністю діяльності лікувально-профілактичного закладу в широкому сенсі розуміють комплексну характеристику потенційних і реальних результатів його функціонування, що враховує ступінь відповідності цих результатів головним цілям системи. У вузькому сенсі під ефективністю діяльності лікувально-профілактичного закладу розуміється ступінь досягнення встановлених для даного установи цілей з урахуванням витрат на їх виконання; це похідна функція від досягнутих результатів і витрат на їх досягнення [26, 37].

Таким чином, важливим критерієм оцінки діяльності лікувального установи в сучасних умовах є ефективність використання наявних ресурсів для досягнення поставлених результатів, яка безпосередньо впливає на якість надаваних медичних послуг.

В якості методів дослідження статистичних даних використовують метод аналізу динамічних рядів, індексний метод, метод факторного аналізу [39].

Поряд з очевидними перевагами державної медичної статистики (універсальність і велика кількість зібраних показників), дана система не позбавлена ряду недоліків (точність інформації, істотно залежить від «людського фактора», у великих масивах даних пропуски інформації та технічні помилки). Розрахунок ефективності зовсім не складний, але досить копіткий, так як повинен включати не тільки пряму вартість, але і всі технологічні витрати, і весь відвернений збиток [20, 32].

У той же час наділений повною відповідальністю і самостійністю медичним організаціям необхідні інструменти, що дозволяють ефективно і раціонально скористатися цією самостійністю. Одним з таких інструментів може виступати моделювання діяльності організації на основі операційного левериджу, гідністю якого є її методична обґрунтованість, що дозволяє застосувати моделювання в організаціях охорони здоров'я. Однак, є і ряд передумов, які свідчать про необхідність і прийнятності цієї моделі.

Перш за все, це несвоєчасне надходження більшої частини доходів організації охорони здоров'я, що призводить до формування спотвореної картини справжнього фінансового результату і може сформувати помилкові рішення, що приймаються на основі недостовірних даних для аналізу.

Така ж ситуація з істотним відривом від реальних часових рамок фактично наданих послуг. Все це формує необхідність проведення аналізу діяльності в режимі реального часу і з урахуванням реально виникаючих витрат, зобов'язань і реалізації послуг [21].

Однією з основних сучасних концепцій охорони здоров'я населення, на

основі яких будуються державна політика, поряд з концепцією факторів ризику і концепцією економічної ефективності, є концепція регіональних систем охорони здоров'я. В основі концепції припущення про те, що на регіональному рівні зосереджені основні потреби населення і є всі можливості для забезпечення гарантій населення в сфері охорони здоров'я. Регіони країни мають свої особливості: географічні, виробничі, економічні, які впливають на рівень здоров'я населення. З метою оцінки окремих аспектів діяльності регіональних систем охорони здоров'я, користуються методикою, яка розроблена в Канаді [41]. Для вивчення проблем, пов'язаних зі здоров'ям населення і станом регіональної системи охорони здоров'я, проаналізована наступна група факторів:

1. Наявність медичних ресурсів - забезпеченість на 10 тис. нас. лікарями, середнім медичним персоналом, лікарняними ліжками.
2. Використання ресурсів: середня зайнятість ліжка, дн. ; середня тривалість перебування хворого на ліжку, дн. і т.д.
3. Доступність ресурсів: задоволеність населення медичної допомогою, відсоток від числа опитаних; потужність амбулаторно поліклінічних установ, число відвідувань в зміну [23].

Методичні підходи до визначення економічної ефективності системи охорони здоров'я ґрунтуються на визначенні вартості окремих видів медичних заходів, а також величини збитку, що наноситься тими або іншими захворюваннями. Основою для визначення елементів витрат у вартості медичної послуги є медичні стандарти, так як містять перелік лабораторних і діагностичних досліджень, консультацій, лікувальних заходів і т.д., тобто обсяг медичної допомоги за конкретною нозологією. У конкретних розрахунках ця ефективність може вимірюватися часткою від ділення суми, що відбиває вигоду (економічний ефект) від даного заходу, на суми витрат на нього [27, 38].

Таким чином, ефективна діяльність медичних організацій, перш за все, передбачає надання якісної і доступної медичної допомоги населенню.

Особливістю категорії «ефективність» в охороні здоров'я є те, що оцінювати її доводиться в трьох аспектах: соціальному, медичному і економічному. Найбільш оптимальним при цьому вважається досягнення більшого клінічного ефекту при менших фінансових витратах. Однак пріоритетом є підвищення медичної ефективності лікувально-профілактичних та діагностичних заходів. Для економічної оцінки діяльності лікувально-профілактичного закладу розроблено безліч методичних підходів, заснованих на розрахунку різних показників. Найбільш затребуваними в практичній охороні здоров'я є методи оцінки економічної ефективності, які дозволяють визначити найбільш оптимальні варіанти організаційних рішень в умовах обмежених фінансових ресурсів.

РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНОЧОМУ НАСЕЛЕННЮ ШОСТКИНСЬКОГО

2.1 Загальна характеристика КНП «Шосткинська центральна районна лікарня та системи управління персоналом

Паспортні дані підприємства[5].

КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ШОСТКИНСЬКА
ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ" ШОСТКИНСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ

Адреса

Україна, 41100, Сумська обл., місто Шостка, ВУЛИЦЯ ЩЕДРИНА,
будинки 1

Контактна інформація

Тел. (05449) 7-23-76, 7-28-37 E-mail shostka.crl@i.ua

Дата заснування

24.03.1998

Код ЄДРПОУ

01981514

Уповноважена особа

Штогрин Олег Теофільович

Організаційно-правова форма - комунальне підприємство

Форма власності – державна власність

Основний вид діяльності

86.10 Діяльність лікарняних закладів

86.21 Загальна лікарська практика

96.09 Надання інших послуг

Власники на 15 жовтня 2020

Шосткинська Міська Рада Сумської Області

Лікарня знаходиться у безпосередньому підпорядкуванні управлінню охорони здоров'я обласної державної адміністрації.

Лікарня має статус юридичної особи, свій баланс, рахунок в установах банку, статут, штамп і печатку; має право укладати угоди, набувати майнові та особисті немайнові права, нести обов'язки, бути позивачем і відповідачем в суді і арбітражному суді; веде облік і подає звіт про свою діяльність за відповідними формами та у відповідні строки; інформує відповідні органи охорони здоров'я про випадки внутрішньо лікарняної інфекції, нещасні випадки і надзвичайні події відповідно до наказів МОЗ України та УОЗ [4].

КНП "Шосткинська ЦРЛ" є міжрайонним закладом охорони здоров'я і має першу акредитаційну категорію спеціалізованої медичної допомоги.

В структурі КНП "Шосткинська ЦРЛ" функціонують 13 спеціалізованих стаціонарних відділень загальною ліжковою потужністю 336 ліжок.

Для організації і надання значного обсягу медичних послуг населенню району лікарня має достатній кадровий і матеріально-технічний потенціал.

На сьогодні в лікарні працюють 842 фахівці, з них 128 лікарів. Атестовано лікарів 99.47%, середнього медичного персоналу 99.21% [3,4].

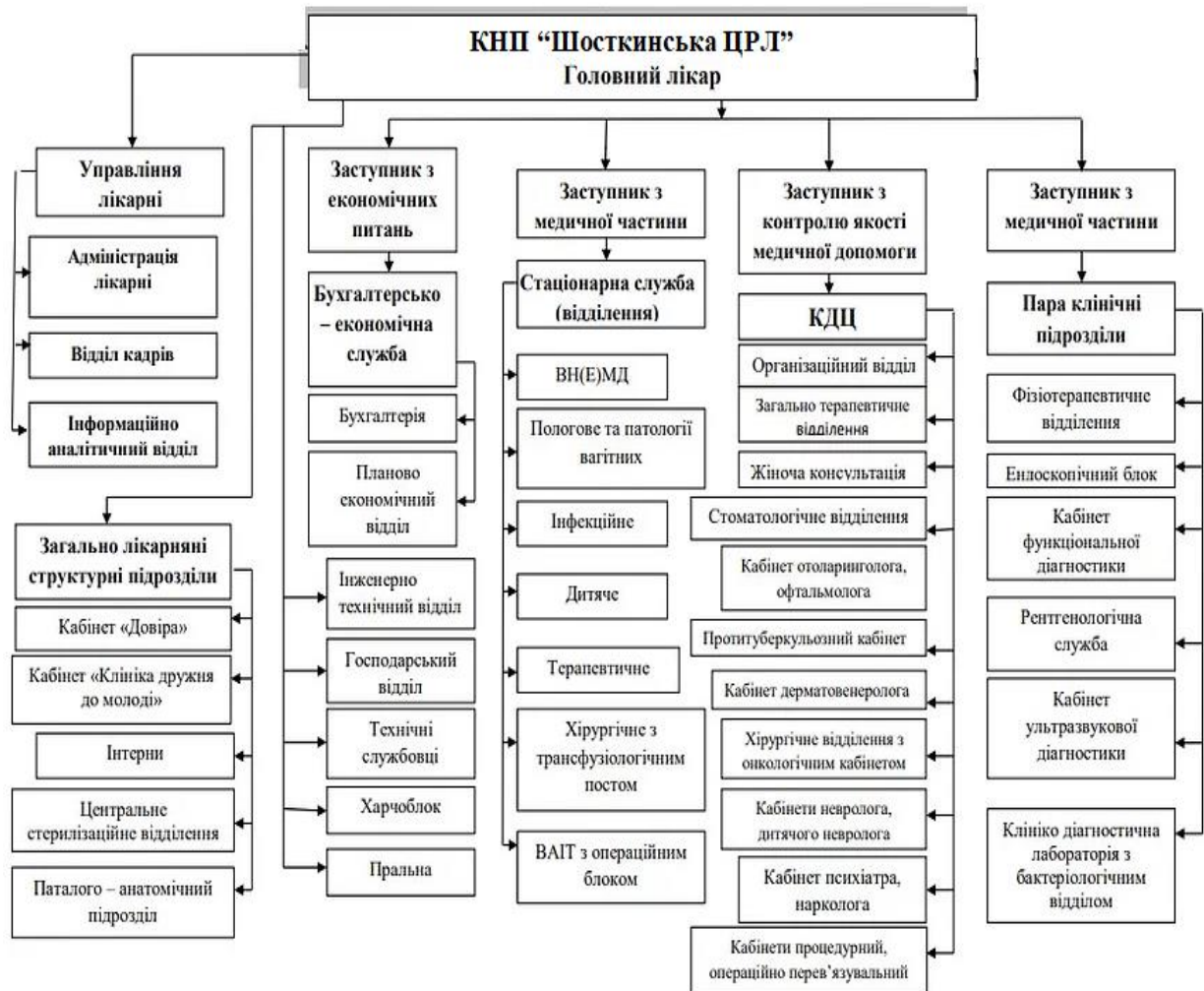
Організаційна структура закладу КНП "Шосткинська ЦРЛ" складається з наступних підрозділів[3]:

I. Адміністративно-управлінський підрозділ:

- апарат управління;

- відділ фінансового забезпечення;
- інформаційно – аналітичний відділ медичної статистики

Рис. 2.1 Адміністративна структура КНП “Шосткинська ЦРЛ”



II. Діагностично – лікувальні підрозділи:

- хірургічне відділення з урологічними ліжками;
- операційний блок;
- ортопедо-травматологічне відділення;
- відділення анестезіології та інтенсивної терапії;
- гінекологічне відділення;
- акушерське відділення з ліжками патології вагітності;
- офтальмологічне відділення
- отоларингологічне відділення;

- інфекційне відділення;
- терапевтичне відділення
- кардіологічне відділення;
- неврологічне відділення;
- приймально-діагностичне та екстреної допомоги відділення;
- відділення функціональної, ультразвукової діагностики та ендоскопії;
- рентгенологічне відділення;
- клініко-діагностична лабораторія;
- поліклінічне відділення.

Таким чином КНП "Шосткинська ЦРЛ" автономний заклад охорони здоров'я на вторинному рівнях надання медичної допомоги. Її адміністрування на первинному рівні закладено в інфраструктурі впроваджені медичної реформи в Україні.

Система управління КНП «Шосткинська ЦРЛ» ШМР підрозділяється на наступні підсистеми:

- економічна, фінансова;
- соціально - психологічна;
- виробнича, технологічна, технічна;
- взаємовідносини з зовнішніми зв'язками[2].

Функція управління діяльністю медичної організації підсумовується роботою підрозділів і їх керівної ланки. Багатопрофільному закладу властиві різні види організаційних структур управління.

Типи організаційних структур управління в установі:

- лінійний тип - взаємини з постачальниками медичних товарів і споживачами медичних послуг;
- функціональний - специфіка роботи медичних підрозділів;
- лінійно - функціональний - найчастіше застосовуваний, в установі

медичного профілю, керівним складом для вирішення управлінських питань;

- матричний - поєднання лінійно - функціональної структури

управління з групою індивідуально навчених фахівців[4].

Діяльність КНП «Шосткинська ЦРЛ» організована на базі лінійно функціональної структури управління, накази виконуються грамотно і точно.

Вся відповідальність за прийняті рішення лягає на плечі лінійного керівника, саме йому підпорядковується колектив. Кожен функціональний відділ відповідає за закріплену діяльність, збирає і аналізує статистику, складає звіти у відповідний період. І тільки спільна робота всіх ланок цього ланцюга призводить до результативної діяльності всієї організації.

В основі надання медичної допомоги має значення здоров'я населення, турбота про людей, про майбутнє країни, так як людина є головною одиницею

життєдіяльності. Але піклуючись про інших керівництво повинне спланувати роботу колективу з найменшими витратами трудового ресурсу організації, діяльність повинна бути на користь, як одним, так і іншим зацікавленим особам. Організаційна структура управління персоналом медичної організації - це взаємозв'язок прав і обов'язків, функції і влади в діяльності установи, при досягненні намічених цілей шляхом вирішення поставлених завдань.

Система управління персоналом потребує розробки та впровадження організаційно - практичних підходів для формування механізму ефективного управління персоналом. Компетентність керівного складу в побудові системи кадрової служби, починаючи з планування потреб в персоналі, організації найму і закінчуючи вивільненням персоналу, дозволяє скласти отримані дані в одне ціле, забезпечити установа кадрами, плануючи соціальне і професійне розвиток, відповідаючи моральним принципам і законам гуманної медицини.

2.2 Характеристика пологового відділення як структурного підрозділу КНП «Шосткинська ЦРЛ» ШМР.

Пологове відділення КНП «Шосткинська ЦРЛ» розраховане на 30 ліжок. Ліжка розподілені наступним чином: післяпологові ліжка – 20, ліжка патології вагітних – 10.

Структура відділення організована згідно наказу МОЗ України №234 „Про організацію профілактики внутрішньо-лікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах”. У відділенні функціонує 2 індивідуальних пологових зали, 2 сімейні післяпологові палати. Всі пологові зали оснащені необхідним обладнанням: пологовими ліжками-трансформерами, шведськими стінками, гімнастичними м'ячами, столиками променевого тепла, електровідсмоктувачами, централізованою подачею кисню. Є все необхідне для реанімації новонароджених: столики променевого тепла – 3 шт., електровідсмоктувачі – 4 шт., ларингоскоп – 2 шт., дихальний мішок „Амбу” – 4 шт., ендотрахеальні трубки всіх розмірів, аспіратор меконію, пупочні та шлункові катетери різних розмірів в достатній кількості, медикаменти (фіз.розчин, адреналін 0,18%,) Всі післяпологові ліжка функціонують в індивідуальному режимі та розраховані для сумісного перебування матері та дитини. Організована палата для госпіталізації вагітних, роділь, породіль з інфекційними захворюваннями в гострій клінічній формі з окремим входом, пологовою залом, санітарним вузлом[3].

Відділення забезпечене препаратами для надання ургентної допомоги (трьохдобовий запас) та препаратами крові всіх груп, препаратами: октаплекс гемотран, карбетоцин, метилергобrevін. Немає в наявності сурфактантів.

У догляді за жінками та новонародженими використовується домашня білизна, залучаються родичі до догляду. Для відвідувачів є гардеробна кімната. З грудня 1995 року втілена форма роботи пологового відділення – сумісне перебування матері та дитини, сімейний пологовий зал функціонує з жовтня 2005 року.

В рамках програми „Лікарня доброзичливого ставлення до дитини” створена група підтримки грудного вигодовування. Списки жінок з адресами та телефонами для консультацій також є в кожній палаті.

За штатним розкладом відділення обслуговує: зав.відділенням – 1 шт.од., лікарі акушер-гінекологи – 11 шт.од. Фактично роботу забезпечують

зав.відділенням – 1, лікарі акушер-гінекологи – 5, Забезпеченість лікарями відділення складає 45%. 55% кадрового забезпечення – за рахунок сумісників[3].

Кваліфікація лікарів: вища категорія – 2, I категорія – 2, II категорія – 1, без категорії – 1(молодий спеціаліст)

Середнім медперсоналом відділення забезпечене. За штатним розкладом 1ставка старшої акушерки, 18 ставок акушерок. Фактично працюють 1 старша акушерка, 16 – акушерок, 2 в декретній відпустці. Кваліфікаційні категорії акушерок: вища – 10, I кат. – 5, II категорія – 4.

Обслуговує відділення лабораторія ЦРЛ, ЦСВ., централізована пральня.

У відділенні в нічний час та вихідні дні забезпечене чергування двох акушерів-гінекологів та неонатолога. У зв'язку з відкриттям в ЦРЛ відділення інтенсивної терапії з 2004р; анестезіолог у відділенні не чергує, але при виклику прибуває в пологове відділення максимум ч/з 5 хвилин. Операційна медсестра чергує цілодобово. Готовність операційної бригади складає 15-20 хвилин.

Сучасні принципи надання акушерсько-неонатальної допомоги базуються на концепції ВОЗ щодо ефективної допомоги під час вагітності, пологів і народження дитини. В центрі уваги при наданні допомоги є жінка та її сім'я. Допомога базується на принципі конфіденційності і поваги до жінки та створенню позитивного психоемоційного настрою. Жінка та члени її родини або близька людина залучаються до процесу прийняття рішень по наданню допомоги, до спільної підготовки до пологів та заохочуються до присутності і підтримки під час пологів

У пологовому відділенні продовжується робота по впровадженню перинатальних технологій. Не використовуються рутинні процедури (клізма, гоління, катетеризація сечового міхура, епізіотомія). Надається перевага не медикаментозним методам: психологічна підтримка партнера, медичного персоналу, душ, масаж, спеціальна техніка дихання, активна поведінка

жінки, переміна положення тіла, музика, аромотерапія, вільний вибір позиції в 2 періоді. У відділенні створений рекомендований запас медикаментів[4].

2.3 Оцінка та аналіз основних показників ефективності роботи структурного підрозділу закладу охорони здоров'я.

Про ефективність впровадження новітніх перинатальних технологій вказують наступні показники:

Пропускна здатність ліжка(табл.2.1).

Таблиця 2.1. Пропускна здатність ліжка по пологовому відділенню за 2015-2019 рр..

<i>2015 рік</i>	<i>2016 рік</i>	<i>2017 рік</i>	<i>2018 рік</i>	<i>2019 рік</i>
5660	4797	4392	3894	3426
51%	47%	47%	44.5%	41.5%

Середній термін роботи ліжка(табл..2.2)

Таблиця 2.2. Середній термін роботи ліжка по пологовому відділенню за 2015-2019 рр..

<i>2015 рік</i>	<i>2016 рік</i>	<i>2017 рік</i>	<i>2018 рік</i>	<i>2019 рік</i>
161.7	137.1	137.3	77.7	114.2



Графік2.1. Середній термін роботи ліжка по пологовому відділенню за 2015-2019 рр..

Середня тривалість перебування на ліжку(табл2.3.)

Таблиця 2.3. Середня тривалість перебування на ліжку по пологовому відділенню за 2015-2019 рр..

<i>2015 рік</i>	<i>2016 рік</i>	<i>2017 рік</i>	<i>2018 рік</i>	<i>2019 рік</i>
6.8	7.1	6.9	9.8	5.8



Графік 2.2 Середня тривалість перебування на ліжку по пологовому відділенню за 2015-2019 рр..

Загальна летальність(табл2.4.)

Таблиця 2.4. Загальна летальність по пологовому відділенню за 2015-2019 рр..

<i>2014</i>	<i>2015 рік</i>	<i>2017 рік</i>	<i>2018</i>	<i>2019 рік</i>
-	-	-	-	-

Летальність після операції(табл2.5.)

Таблиця 2.5. Летальність після операцій по пологовому відділенню за 2015-2019 рр..

<i>2015 рік</i>	<i>2016 рік</i>	<i>2017 рік</i>	<i>2018 рік</i>	<i>2016</i>
-	-	-	-	-

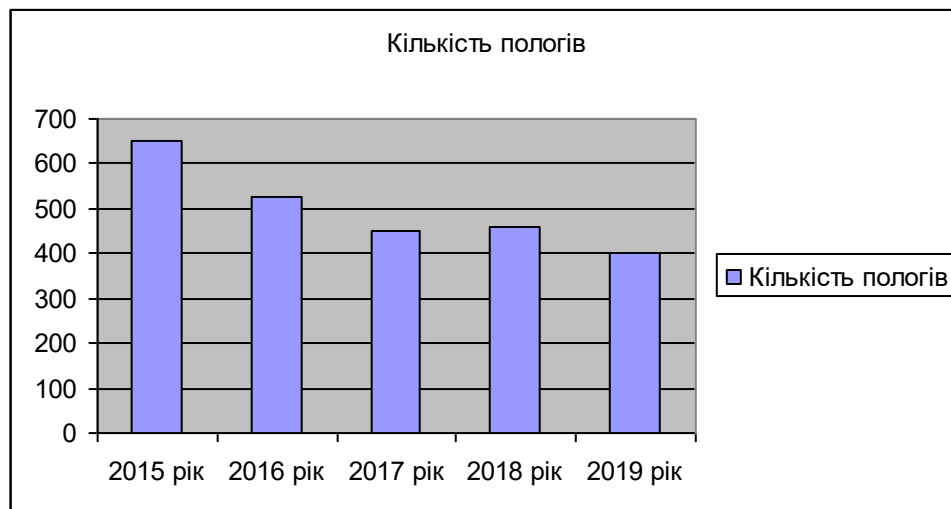
Невеликий відсоток пропускнуої здатності ліжка пов'язаний з впровадженням в роботу служби перинатальних технологій, які передбачають ранню виписку, направлення жінок з екстрагенітальною патологією в лікувальні заклади III рівня акредитації, госпіталізацію таких жінок в профільні відділення при гестації до 20 тижнів, закриттям пологового відділення на планову дезінфекцію згідно плану на 1 місяць, ремонт патології вагітних 2 місяці.

За 2019рік виписано з пологового відділення 589 жінок, виписані після пологів – 403. Проліковано, обстежено та виписано з прогресуючою вагітністю – 186 жінок.

Проведено пологів у відділенні(табл2.5.)

Таблиця 2.6. Загальна кількість проведених пологів по пологовому відділенню за 2015-2019 рр..

<i>2015 рік</i>	<i>2016рі к</i>	<i>2017 рік</i>	<i>2018 рік</i>	<i>2019рі к</i>
652	524	452	459	403



Графік2.3. Загальна кількість проведених пологів по пологовому відділенню за 2015-2019 рр..

Відмічається тенденція до зменшення кількості пологів, в порівнянні з минулими роком.

Кількість пологів з міжрайону за 2019 рік – 108(табл2.7.)

Таблиця2.7. Частка пологів з міжрайону по пологовому відділенню за 2015-2019 рр..

<i>2015 рік</i>	<i>2016 рік</i>	<i>2017 рік</i>	<i>2018 рік</i>	<i>2019 рік</i>
15%	19.7%	27%	27%	26%

Питома вага жінок з міжрайону зросла в порівнянні з 2015 роком і залишається стабільною на протязі останніх трьох років..

Графік2.3. Відсоток пологів проведених у пацієток з міжрайону по пологовому відділенню за 2015-2019 рр..



Про ефективність дотримання ефективних перинатальних технологій вказують наступні показники(табл2.8)

Таблиця2.8. Показники ефективності пренатальних технологій по пологовому відділенню за 2015-2019 рр..

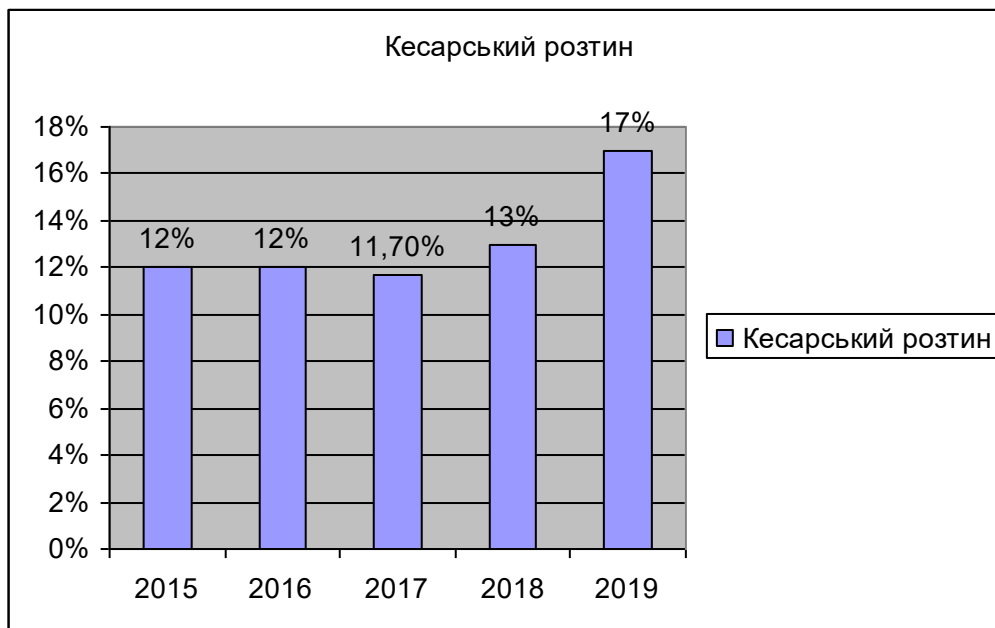
	<i>2015 рік</i>	<i>2016 рік</i>	<i>2017рік</i>	<i>2018 рік</i>	<i>2019рік</i>
Партнерські пологи	97,7%	98%	97.8%	98%	98%
Грудне вигодовування	98,8%	99,2%	99%	99%	99%
Сумісне перебування	98%	98,1%	97.6%	97.6%	98.5%
Шкіряний контакт	96,2%	95,6%	96.5%	96.3%	97.8%

Показники партнерських пологів та грудного вигодовування є сталими і залишаються на високому рівні. Декілька покращились показники сумісного перебування та контакту «шкіра до шкіри».

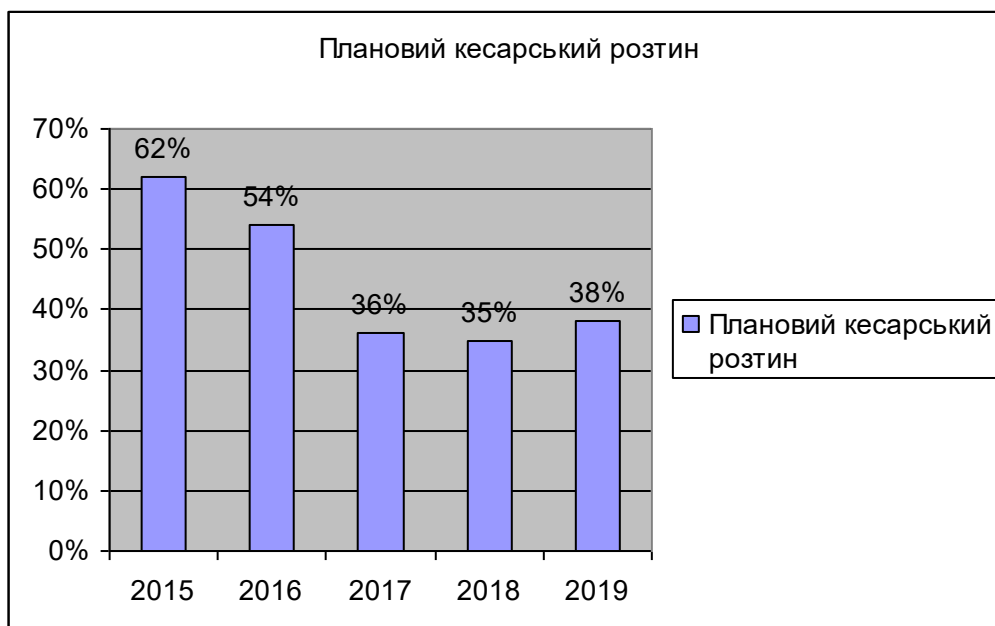
Допомога при пологах у відділення(табл..2.9).

Таблиця 2.9. Основні показники пологодопомоги по пологовому відділенню за 2015-2019 рр..

	<i>2015</i> <i>рік</i>	<i>201</i> <i>6 рік</i>	<i>2017</i> <i>рік</i>	<i>2018</i> <i>рік</i>	<i>2019</i> <i>рік</i>
Кількість пологів	652	524	452	459	403
Пологи на дому	-	-	-	-	-
Патологіч ні пологи	16.6 %	16%	19.5 %	19.8 %	22.8%
Аномалії пологової діяльності	0.3%	1.5 %	1.3%	1.5%	1.5%
Кровотеча при пологах	1%	0.4 %	0.7%	0.9%	0.99%
Еклампсія	-	-	-	-	-
Передчасн і пологи	1,4%	1,1 %	2%	1,7%	1,2%
Кесарські розтин	12%	12%	11.7 %	13%	17%
Плановий кесарський розтин	62%	54%	36%	35%	38%
Акушерськ і щипці	-	-	-	-	-
Вакуум- екстракція плода	0.8%	0,8 %	2.6%	0.9%	1.5%



Графік2.5. Відсоток кесарських розтинів від загальної кількості пологів по пологовому відділенню за 2015-2019 рр..



Графік2.6. Відсоток планових кесарських розтинів від загальної кількості кесарських розтинів по пологовому відділенню за 2015-2019 рр..

Показники ускладнених та патологічних пологів зріс за рахунок збільшення кількості кесаревих розтинів (на 5% за останні 5 років).

Показання до операцій визначені комісійно і відповідають клінічному протоколу.

Показник передчасних пологів знизився на 0.5%, в порівнянні з2018 роком.

Перинатальна смертність в пологовому відділенні розподілена наступним чином(табл..2.10.)

Таблиця 2.10. Перинатальна смертність по пологовому відділенню за

	2015 рік	2016рік	2017 рік	2018рік	2019рік
Перинатальна смертність, ‰ (абс.ч.)	6.0 (4)	3.8(2)	2.2(1)	6.5(3)	-
Антенатальна смертність, ‰ (абс.ч.)	1.5 (1)	1.9(1)	-	4.3 (2)	-
Інтранатальна смертність	1.5 (1)	1.9(1)	-	2.2 (1)	-
Рання неонатальна смертність, ‰ (абс.ч.)	3.0(2)	-	2.2(1)	-	-

2015-2019 рр..

Випадків перинатальної смертності за 2019 рік не зареєстровано.

Травматизм новонароджених(табл2.11)

Таблиця 2.11. Травматизм новонароджених по пологовому відділенню за 2015-2019 рр..

<i>2015 рік</i>	<i>2016 рік</i>	<i>2017 рік</i>	<i>2018 рік</i>	<i>2019 рік</i>
3.0‰	6 ‰	4‰	2.2‰	12‰



Графік 2.7. Показник травматизму новонароджених по пологовому відділенню за 2015-2019 рр..

Структура травм новонароджених за 2019 рік: кефалогематома – 3, перелом ключиці - 2. Показник травматизму новонароджених значно виріс в порівнянні з минулим роком.

Показник захворюваності новонароджених складає (табл. 2.12.)

Таблиця 2.12. Показник захворюваності новонароджених по пологовому відділенню за 2015-2019 рр..

<i>2015 рік</i>	<i>2016 рік</i>	<i>2017 рік</i>	<i>2018 рік</i>	<i>2019 рік</i>
165.6%о	160.6 %о	172.2%о	196.5%о	176 %о



Графік 2.8. Захворюваність новонароджених по пологовому відділенню за 2015-2019 рр..

Рівень показника захворюваності новонароджених зменшився на 20.5%о в порівнянні з 2018 роком

РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА РЕКОМЕНДАЦІЙ ЩОДО ВДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНОЧОМУ НАСЕЛЕННЮ ШОСТКИНСЬКОГО

3.1 Особливості показників ефективності надання спеціалізованої медичної допомоги в пологовому відділенні КНП «Шосткинська ЦРЛ»

Звертає увагу на себе, що кількість пологів за 2019 рік порівняно з минулим роком зменшилась на 12%. Зберігається тенденція обслуговування пацієнтів з інших регіонів на виконання наказу УОЗ щодо регіоналізації перинатальної допомоги (показник пологів жінок з міжрайону складає 26%).

Має місце високий показник патологічних пологів за рахунок своєчасної діагностики і надання допомоги при дистресах плода та кровотечі в пологах..

Показники ефективності впровадження ефективних перинатальних технологій у відділенні є високими і сталими.

Дотримання показань до операції кесарева розтину згідно з чинними протоколами, застосування передових перинатальних технологій у пологах, в тому числі моніторингове спостереження за станом плода і характером пологової діяльності, а також підвищення кількості сімейних і партнерських пологів та мінімальне медикаментозне навантаження в пологах є резервом зниження кількості оперативних розроджень.

До резервів зниження ускладнених пологів можна віднести організацію і проведення підготовки вагітних до пологів із залученням до навчання в «Школі відповідального батьківства» родини вагітних. Підготовка сімейної пари до процесу пологів, особливостей післяпологового періоду, основ догляду за новонародженою дитиною є метою проведення таких занять.

Слід відзначити відсутність випадків перинатальної смертності за 2019

рік, що зумовлено дотриманням клінічних протоколів з надання акушерської допомоги, затверджених МОЗ України, на етапі пологового будинку, які засновані на доказовій медицині.

3.2 Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю надання спеціалізованої медичної допомоги жіночому населенню на прикладі КНП «Шосткинська ЦРЛ»

Завдання з метою поліпшення якості надання медичної допомоги:

1. Зниження відсотку патологічних пологів може бути досягнуто за рахунок ранньої діагностики патологічних станів та правильного прогнозування перебігу пологів. Притримуватися в своїй роботі ефективних перинатальних технологій, клінічних протоколів.

2. Постійно підвищувати теоретичний рівень та досвід шляхом вивчення нової літератури, навчанням на курсах, семінарах та конференціях, тренінгах.

3. Проводити роботу по зниженню травматизму при пологах шляхом раціонального ведення пологів згідно наказу 624, своєчасній профілактиці, діагностиці та корекції ускладнень.

4. Проводити роботу по втіленню в практичну діяльність нових методів лікування, оперативної техніки.

5. З метою зниження ранньої неонатологічної смертності новонароджених удосконалити роботу направлену на профілактику пізніх гестозів, передчасних пологів, своєчасно надавати допомогу новонародженим у пологовій залі.

6. Взаємодія акушерів-гінекологів з терапевтами та лікарями інших спеціальностей при виявленні та своєчасному оздоровленню до вагітності жінок з екстрагенітальною патологією.

7. Зниження відсотку оперативних родорозрішень за рахунок первинних кесаревих розтинів та планових до початку пологів.

8. Удосконалення професійних навичок шляхом ротації в акушерсько-

гінекологічній службі між пологовим, гінекологічним відділеннями та жіночою консультацією.

9. Удосконалення навичок первинної реанімації новонароджених.

10. Продовжувати дотримання ефективних перинатальних технологій з метою покращення показників оперативного розродження та патологічних пологів.

11. Продовжити санітарно-просвітницьку роботу серед населення по грудному вигодовуванню, пропаганду партнерських пологів.

12. Втілення нових наказів МОЗ України та новітніх уніфікованих протоколів надання медичної допомоги.

13. Проводити заходи щодо зменшення показника передчасних та патологічних пологів шляхом погодженості дій між жіночою консультацією, кабінетом планування сім'ї, сімейними лікарями, гінекологічним та пологовим відділеннями.

14. Проводити заходи щодо своєчасної госпіталізації вагітних з високим ризиком перинатальної патології, рубцями на матці та екстрагенітальною патологією на III рівень надання медичної допомоги з метою зниження перинатальних втрат та оперативних розроджень.

ВИСНОВОКИ

Вивчення даних сучасної літератури про діяльність установ охорони здоров'я і оцінці їхньої роботи показало, що медико-економічна ефективність лікувально-профілактичного закладу відображає ступінь досягнення поставлених завдань в області профілактики, діагностики та лікування захворювань, а також раціональне використання ресурсів галузі для вирішення питань охорони здоров'я населення. В процесі оцінки ефективності роботи лікувально-профілактичного закладу вивчається доступність і якість медичної допомоги, оптимальне використання наявних виробничих потужностей, матеріальних і фінансових ресурсів.

За допомогою системного підходу розроблена концепція дослідження, що включає: вивчення теоретичних і практичних аспектів ефективної роботи закладів охорони здоров'я; розробку рекомендацій, спрямованих на підвищення ефективності діяльності закладу охорони здоров'я.

Актуальність обраної теми обумовлюється необхідністю пошуку кращих управлінських рішень, спрямованих на вдосконалення управління медичною організацією і якістю послуг, які вона надає. Якщо врахувати, що якість є основою конкурентоспроможності сучасних підприємств, а показники і стандарти якості розробляються індивідуально для кожного виду послуг, то стає зрозуміло, чому проблемам управління якістю приділяється стільки уваги.

З метою вдосконалення системи управління якістю надання медичної допомоги були запропоновані наступні рекомендації:

- рання діагностика патологічних станів та правильного прогнозування перебігу пологів;
- підвищення теоретичного рівня та досвіду шляхом вивчення нової літератури, навчанням на курсах, семінарах та конференціях, тренінгах;
- проведення роботи по зниженню травматизму при пологах

шляхом раціонального ведення пологів згідно наказу 624, своєчасній профілактиці, діагностиці та корекції ускладнень;

- проводити роботу по втіленню в практичну діяльність нових методів лікування, оперативної техніки;
- удосконалити роботу направлену на профілактику пізніх гестозів, передчасних пологів, своєчасно надавати допомогу новонародженим у пологовій залі;
- взаємодія акушерів-гінекологів з терапевтами та лікарями інших спеціальностей при виявленні та своєчасному оздоровленню до вагітності жінок з екстрагенітальною патологією;
- зниження відсотку оперативних родорозрішень за рахунок первинних кесаревих розтинів та планових до початку пологів;
- удосконалення професійних навичок шляхом ротації в акушерсько-гінекологічній службі між пологовим, гінекологічним відділеннями та жіночою консультацією;
- вдосконалення навичок первинної реанімації новонароджених;
- продовжувати дотримання ефективних перинатальних технологій з метою покращення показників оперативного розродження та патологічних пологів;
- продовжити санітарно-просвітницьку роботу серед населення по грудному вигодовуванню, пропаганду партнерських пологів;
- проводити заходи щодо зменшення показника передчасних та патологічних пологів шляхом погодженості дій між жіночою консультацією, кабінетом планування сім'ї, сімейними лікарями, гінекологічним та пологовим відділеннями;
- проводити заходи щодо своєчасної госпіталізації вагітних з високим ризиком перинатальної патології, екстрагенітальною патологією на III рівень надання медичної допомоги з метою зниження перинатальних втрат та оперативних розроджень.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конституція України. Редакція від 21.02.2019, підстава - 2680-VIII [Електронний ресурс] – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>
2. Колективний договір КНП «Шосткинська ЦРЛ» ШМР
3. Положення про відділ кадрів КНП «Шосткинська ЦРЛ» ШМР
4. Статут КНП «Шосткинська ЦРЛ» ШМР
5. КНП «Шосткинська ЦРЛ» ШМР -офіційний сайт [Електронний ресурс] – Режим доступу: [http:// www.facebook.com/crl.com.ua/](http://www.facebook.com/crl.com.ua/)
6. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстренных состояниях в акушерской практике. С.-П., СпецЛит .2007г.
7. Жильев Н.И., Жильев Н.Н. Оперативное акушерство. Киев, Гидромакс, 2004.
8. Зазерская И.Е., Карпов О.И. Справочник акушера-гинеколога. „Издательство Н-Л”, 2003.
9. Здоров'я України, розділ акушерство і гінекологія, журнал, за 2012-2014 роки.
10. Колектив авторів. Руководство по планированию сім'ї. 1998.
11. Кулаков В.И., Чернуха Е.А. Кесарево сечение. Москва, Триада-Х, 2004.
12. Ліхачов В.К. Практичне акушерство з невідкладними станами. М. «Міа» 2010.
13. Маркевич В.Е. Пилипец И.В., Зайцев И.Е., Практическая неонатология, Сумы, 2003
14. Медведь В.І. Введення в клініку екстрагенітальної патології вагітних. К. Гідромакс. 2007 рік.

15. Мерей Енкін та співавтори. Керівництво по ефективній допомозі при вагітності і народженні дитини. С-П. «Петрополіс» 2003.
16. Репіна М.А. Помилки в акушерській практиці. М. 1995.
17. Шехман Н.М. Керівництво по екстрагенітальній патології у вагітних. М. «Тріада-Х» 2008.
18. Чайка В.К., Бабич Т.Ю. Народжуємо разом. Д. «Лавіс» 2006.
19. Чернуха Е.А. Нормальный и патологический послеродовый период. Москва, «ГЭОТАР-МЕДИА», 2006.
20. Визначення компетенції в оцінці якості підготовки фахівців у системі безперервного професійного розвитку лікарів / Ю.В. Вороненко, А.М. Сердюк, О.П. Мінцер [та ін.]. // Україна. Здоров'я нації. – 2007. – №1. – С. 37- 41.
21. Гойда Н.Г., Горачук В.В. Медико-соціологічна інформація як інструмент управління якістю медичної допомоги / Тези доповідей конференції з міжнародною участю «Медична та біологічна інформатика та кібернетика: віхи розвитку» . – Київ. – 2011. – С. 27.
22. Горачук В.В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я. Монографія / В.В. Горачук . – Вінниця: ПП Балюк І.Б., 2012. - С. 18-23.
23. Зайцев В.М. Прикладная медицинская статистика: Учебное пособие / Зайцев В.М., Лифляндский В.Г., Маринкин В.И. – Спб: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2006. – С. 12–33.
24. Зюков О.Л. Сучасні підходи до визначення змісту поняття «Якість медичної допомоги» / О.Л. Зюков // Охорона здоров'я України. — 2007. — № 3–4. – С. 54–59.

25. Заліська О. М. Основи фармакоеконіміки / За ред. Б.Л. Парновського. – Львів, 2007. – 374 с.
26. Матеріали Проекту ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні». - NHS QIS, 2005. - ISBN 1-84404-340-1.
27. Менеджмент качества. Удовлетворенность потребителей. Рекомендации по правилам поведения для организаций (ISO 10001:2007) / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.norm-load.ru/SNiP/Data1/57/57037/index.htm> – Назва з екрану.
28. Методика розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини». Наказ МОЗ України від 28 вересня 2012 року № 751. Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 р. за № 2001/22313. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120928_751.html – Назва з екрану.
29. Настанови щодо здійснення аудитів систем управління якістю і (або) екологічного управління. Національний стандарт України (ISO 19011:2002, IDT) ДСТУ ISO 19011:2003. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://nads.gov.ua/sub/data/upload/publication/chernovytska/ua/6337/iso_19011_2003.pdf?s398224032=3bc0d7aaad002147ab89c00694987849. – Назва з екрану.
30. Немченко В.В., Хомутенко В.П., Хомутенко А.В. Практичний курс внутрішнього аудиту. – Підручник / За редакцією Немченко В. В. – К.: Центр учбової літератури, 2008. – 240 с.
31. Про аудиторську діяльність. Закон України. Редакція від 12.12.2012 р. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/3125-12> – Назва з екрану.

32. Про внесення змін до Закону України «Про інформацію».
Закон України № 2938-VI від 13.01.2011 р. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2938-17>. – Назва з екрану.
33. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги. / Закон України від 7 липня 2011 року N 3611-VI. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [/http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3611-17](http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3611-17). – Назва з екрану.
34. Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 р. № 765. Постанова Кабінету Міністрів України від 17 грудня 2012 р. №1216. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1216-2012-%D0%BF>. – Назва з екрану.
35. Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії. Закон України від 5 жовтня 2000 року N 2017-III. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2017-14>. – Назва з екрану.
36. Про затвердження Єдиного термінологічного словника (Глосарій) з питань управління якістю медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 20.07.2011р. № 427. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110720_427.html. – Назва з екрану.
37. Про затвердження індикаторів якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 02.11.2011р. № 743. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20111102_743.html. – Назва з екрану.

38. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року. Наказ МОЗ України від 01.08.2011 № 454. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html. – Назва з екрану.
39. Про затвердження Порядку контролю за додержанням Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики. Наказ МОЗ України від 10.02.11 р. №80, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 26.05.2011р. за № 634/19372. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110210_80.html. – Назва з екрану.
40. Про порядок контролю якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. №752. Зареєстровано Міністерством юстиції за N 1996/22308 від 28.11.2012 р. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120928_752.html – Назва з екрану.
41. Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения / Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, 2008. — 86 с.
42. Системи менеджменту якості. Настанови щодо поліпшування процесів в організаціях охорони здоров'я. Національний стандарт України (IWA 1:2005; ДСТУ IWA 1:2007). / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://document.ua/sistemi-upravlinnja-jakistyu.-nastanovi-shodopolipshuvannjastd12628.html>. – Назва з екрану.