

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**Сумський державний університет**  
**Центр професійної та післядипломної освіти**  
**Кафедра управління імені Олега Балацького**

Шифр \_\_\_\_\_

Наказ ректора  
про затвердження теми

«До захисту допущено»  
завідувач кафедри  
\_\_\_\_\_ І. І. Рекуненко

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**  
*на тему*

Управління якістю медичних послуг в умовах динамічного інституційного середовища (на прикладі Комунального некомерційного підприємства «Тростянецька міська лікарня» Тростянецької міської ради)

за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»,  
освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування  
в охороні здоров'я»

**Студента гр. УЗ.мз-11с Андрущенко Андрія Михайловича**

Подано на здобуття освітнього ступеня «магістр».

Кваліфікаційна робота магістра містить результати власних досліджень.  
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на  
відповідне джерело \_\_\_\_\_ А.М. Андрущенко

**Науковий керівник** \_\_\_\_\_ к. е. н., доц., В.В. Мартинець

Суми 2023 р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
Центр професійної та післядипломної освіти  
Кафедра управління імені Олега Балацького

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА  
за спеціальністю

*281 «Публічне управління та адміністрування», освітньо-професійна  
програма «Управління та адміністрування  
в охороні здоров'я»*  
студенту групи УЗ.мз-11с

Андрущенко Андрію Михайловичу

1. Тема роботи «Управління якістю медичних послуг в умовах динамічного інституційного середовища (на прикладі Комунального некомерційного підприємства «Тростянецька міська лікарня» Тростянецької міської ради)», затверджена наказом по СумДУ № \_\_\_\_ від « \_\_\_\_ » \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р.

2. Термін подання студентом закінченої роботи: 10.02.2023

3. Мета кваліфікаційної роботи: аналіз сучасного стану управління якості медичних послуг та оцінка поточного рівня якості надання медичної допомоги в КНП «Тростянецька міська лікарня» ТМР.

4. Об'єкт дослідження: система якості медичних послуг КНП «Тростянецька міська лікарня» ТМР.

5. Предмет дослідження: соціальні відносини які виникають в системі управління якістю медичних послуг.

6. Кваліфікаційну роботу виконують на матеріалах закони України, постанови та розпорядження Кабінету Міністрів України, накази Міністерства охорони здоров'я, методичні рекомендації, статті, наукові видання, документація медичного закладу тощо.

7. Орієнтовний план кваліфікаційної роботи, терміни подання розділів керівникові та зміст завдань для виконання поставленої мети.

№ пор.	Назва розділу	Термін подання
I	Система управління якістю медичних послуг як складова підвищення ефективності діяльності медичних закладів	10.01.2023
II	Аналіз управління якістю надання медичної допомоги на прикладі КНП «Тростянецька міська лікарня» ТМР	23.01.2023
III	Удосконалення системи управління якістю медичної допомоги у КНП «Тростянецька міська лікарня» ТМР	30.01.2023

*Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи магістра*

У розділі 1 студент має дослідити теоретичні основи управління якістю медичних послуг, визначити оптимальні напрямки контролю якості для закладів вторинної ланки охорони здоров'я, окреслити методичну базу для подальшого аналізу діяльності лікарні.

У розділі 2 студент має провести аналіз структури, розвитку, економічної бази, показників діяльності КНП «Тростянецька міська лікарня» ТМР, виконати аналіз кризових явищ, які впливають на якість надання медичної допомоги, зробити висновок щодо основних факторів впливу на контроль якості медичної допомоги.

У розділі 3 студент має запропонувати рекомендації стосовно удосконалення контролю якості надання медичної допомоги, спрогнозувати результати впровадження даних рекомендацій.

#### 8. Консультації щодо виконання роботи.

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
1	В.В. Мартинець		
2	В.В. Мартинець		
3	В.В. Мартинець		

#### 9. Дата видачі завдання

Керівник кваліфікаційної роботи \_\_\_\_\_ П. І. П/б \_\_\_\_\_  
(підпис)

Завдання до виконання одержав \_\_\_\_\_ П. І. П/б \_\_\_\_\_

## АНОТАЦІЯ

У роботі досліджено наукове підґрунтя управління якістю медичних послуг в умовах динамічних змін галузі охорони здоров'я. Розглянуто законодавчу основу, шляхи та механізми зовнішнього і внутрішнього контролю якості. Проаналізовано методи контролю якості надання медичної допомоги на прикладі КНП «Тростянецька міська лікарня» ТМР. Вивчено структуру, матеріально-технічну базу, фінансовий стан лікарні. Визначено кризові явища, присутні в організації. На основі теоретичних даних дано оцінку якості надання медичної допомоги та досягнення поставлених нормативів якості шляхом аналізу індикаторів якості та моделі кінцевих результатів. Розроблено заходи щодо покращення якості медичних послуг КНП «Тростянецька міська лікарня» ТМР. Зроблено прогноз стосовно впровадження запропонованих рекомендацій.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** ЯКІСТЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, СИСТЕМА КОНТРОЛЮ, МОДЕЛЬ КІНЦЕВИХ РЕЗУЛЬТАТІВ, ІНДИКАТОРИ.

## РЕФЕРАТ

*Структура та обсяг роботи:* робота складається із вступу, трьох розділів, висновку, списку використаних джерел. Загальний обсяг магістерської роботи 60 сторінок, містить 7 таблиць, 2 рисунки, 32 найменування у списку використаних джерел, 3 додатки.

*Актуальність:* у зв'язку із структурними перебудовами у діяльності закладів охорони здоров'я на фоні медичної реформи в Україні постала нагальна потреба до перегляду системи контролю якості медичної допомоги, формування сучасних та дієвих механізмів управління та оцінки якості, приведення управління лікарнями до міжнародних загальноновизнаних стандартів.

*Мета роботи:* аналіз сучасного стану управління якості медичних послуг та оцінка поточного рівня якості надання медичної допомоги в КНП «Тростянецька міська лікарня» ТМР.

*Завдання:*

- дослідити особливості інституційного середовища, в умовах якого здійснює свою господарську діяльність заклад охорони здоров'я;
- визначити сутність поняття якості медичної допомоги, основні елементи системи контролю якості медичної допомоги;
- розглянути сучасні моделі контролю якості медичної допомоги та їх ефективність у процесі прийняття управлінських рішень;
- систематизувати основні показники для оцінки якості медичної допомоги;
- проаналізувати якість надання медичної допомоги в КНП «Тростянецька міська лікарня» ТМР;
- дати рекомендації стосовно покращення та модернізації поточної системи контролю якості надання медичної допомоги.

*Об'єктом дослідження* є система якості медичних послуг КНП «Тростянецька міська лікарня» ТМР

*Предметом дослідження є соціальні відносини які виникають в системі управління якістю медичних послуг.*

*Методи дослідження:* системного підходу і системного аналізу (дослідження загального стану розвитку науки у розрізі якості медичної допомоги), медико-статистичний (для опрацювання основних показників діяльності лікарні), процесного підходу (відстежування тенденцій, розроблення рекомендацій, прогнозування змін у системі якості медичної допомоги).

*Наукова новизна:*

- *удосконалено* систему управління якістю із врахуванням міжнародного наукового доробку в напрямку теорії менеджменту якості;
- модель управління якістю *притосовано* до особливостей діяльності закладу охорони здоров'я вторинної ланки

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** ЯКІСТЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, СИСТЕМА КОНТРОЛЮ, МОДЕЛЬ КІНЦЕВИХ РЕЗУЛЬТАТІВ, ІНДИКАТОРИ.

## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	8
ВСТУП.....	9
РОЗДІЛ 1. СИСТЕМА УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЯК СКЛАДОВА ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ.....	11
1.1 Управління якістю медичних послуг в сучасному інституційному середовищі.....	11
1.2 Види контролю якості медичних послуг .....	18
1.3 Теоретичні основи моделі «кінцевих результатів» .....	26
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ПРИКЛАДІ КНП «ТРОСТЯНЕЦЬКА МІСЬКА ЛІКАРНЯ» ТМР .....	31
2.1 Характеристика об'єкта дослідження .....	31
2.2 Аналіз сильних і слабких сторін діяльності КНП «Тростянецька міська лікарня» ТМР .....	38
2.3 Оцінювання якості надання медичної допомоги .....	41
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У КНП «ТРОСТЯНЕЦЬКА МІСЬКА ЛІКАРНЯ» ТМР .....	51
3.1 Аналіз системи контролю та якості медичних послуг .....	51
3.2 Заходи для покращення якості медичної допомоги .....	52
3.3 Ефект від впровадження запропонованих рекомендацій .....	54
ВИСНОВКИ .....	55
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	57
ДОДАТКИ .....	61
ДОДАТОК А.....	61
ДОДАТОК Б.....	63
ДОДАТОК В .....	65

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ISO – International Organization for Standardization

SWOT-аналіз: Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

TQM – Total quality management

ВА – Внутрішній аудит

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ДСТУ - Державний стандарт України

ЗОЗ – Заклад охорони здоров'я

КМУ – Кабінет Міністрів України

КНП – Комунальне некомерційне підприємство

ЛПЗ – Лікувально-профілактичний заклад

МКР – Модель кінцевих результатів

МОЗ - Міністерство охорони здоров'я

р.р. – роки

с – сторінка

ТМР – Тростянецька міська рада

Цикл PDCA: Plan, Do, Check, Act (Цикл «плануй-виконуй-перевірй-дій»)

ЯМД – Якість медичної допомоги



## ВСТУП

Для організації управління діяльності того чи іншого підприємства в цілому характерний безперервний зв'язок між управлінням з одної сторони та інформацією з іншої. Саме оцінка якості медичної допомоги, у силу своєї специфіки, є однією з найважливіших задач управління діяльністю медичних закладів, що замикає коло управлінських рішень в медичній галузі.

В Україні формування теоретичної та нормативно-правової бази щодо управління якістю медичних послуг ще не завершено, до того ж, динамічні зміни інституційного середовища на фоні реформи медичної галузі вимагають гнучкого та системного підходу щодо вирішення питань стосовно моделювання менеджменту якості не лише на державному та регіональному рівнях, а і на рівні окремо взятого лікувально-профілактичного закладу. Загальна перебудова галузі відсуває на задній план питання кінцевої продукції – медичних послуг як таких, набуваючи деякої інертності у питаннях управління якістю, адже поточною метою виступає саме структурна зміна, а не зміна якіна. Водночас, вагомою складовою мети медичної реформи є підвищення якості надання медичних послуг. В умовах динамічних змін галузі постала необхідність у корекції критеріїв якості і методів її оцінки для подальшого використання їх з метою підтримки управлінських рішень з координації дій та поліпшення якості надання медичної допомоги.

Світовий доробок теорії менеджменту якості складає велику кількість методів контролю за різними ланками оцінювання та покращення якості. Серед дослідників, які вивчали якість медичних послуг та управління якістю слід відзначити таких: Едвардс Демінг, Джозеф М. Джуран, Аведіс Донабедян. Серед вітчизняних дослідників над цією темою працювали: Сміянов В.А., Лехан В.М., Васянович І. А., Огнев В.А., Степаненко А.В. та багато інших.

*Мета роботи:* аналіз сучасного стану управління якістю медичних послуг та оцінка поточного рівня якості надання медичної допомоги в КНП «Тростянецька міська лікарня» ТМР.

*Завдання:*

- дослідити особливості інституційного середовища, в умовах якого здійснює свою господарську діяльність заклад охорони здоров'я;
- визначити сутність поняття якості медичної допомоги, основні елементи системи контролю якості медичної допомоги;
- розглянути сучасні моделі контролю якості медичної допомоги та їх ефективність у процесі прийняття управлінських рішень;
- систематизувати основні показники для оцінки якості медичної допомоги;
- проаналізувати якість надання медичної допомоги в КНП «Тростянецька міська лікарня» ТМР;
- дати рекомендації стосовно покращення та модернізації поточної системи контролю якості надання медичної допомоги.

*Об'єктом дослідження* є система якості медичних послуг КНП «Тростянецька міська лікарня» ТМР

*Предметом дослідження* є соціальні відносини які виникають в системі управління якістю медичних послуг.

*Методи дослідження:* системного підходу і системного аналізу (дослідження загального стану розвитку науки у розрізі якості медичної допомоги), медико-статистичний (для опрацювання основних показників діяльності лікарні), процесного підходу (відстежування тенденцій, розроблення рекомендацій, прогнозування змін у системі якості медичної допомоги).

*Наукова новизна:*

- *удосконалено* систему управління якістю із врахуванням міжнародного наукового доробку в напрямку теорії менеджменту якості;
- модель управління якістю *приспосовано* до особливостей діяльності закладу охорони здоров'я вторинної ланки

## **РОЗДІЛ 1. СИСТЕМА УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЯК СКЛADOVA ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ**

### **1.1 Управління якістю медичних послуг в сучасному інституційному середовищі**

Відповідно до суті визначення поняття інституційного середовища, це система, що складається із сукупності соціально-економічних, політичних, правових норм (правил), на яких ґрунтується організаційна поведінка структур, які відносяться до сфери впливу цього середовища. Представник нової інституційної економіки Даглас Норт стверджував: «Інститути — це правила соціальної гри, або, більш стандартно, вони є деякі штучно створені та сформовані обмеження на взаємодію людей»[1]. Згідно його точки зору, правила ці можуть бути як формальними (політичні і правові, економічні), так і неформальними, до яких відносяться норми прийнятої поведінки, культура етичних особливостей взаємовідносин, звичок, концепцій, сформованих певною частиною суспільства протягом певного тривалого періоду часу. Економіст О. Вільямсон трактує інституційне середовище як правила гри, що визначають контекст, у якому здійснюється економічна діяльність[2]. Американський соціолог Річард Скотт вважає, що інститути складаються з когнітивного, нормативного та регулятивного вимірів [3]. Регулятивний вимір базується на формулюванні, нагляді та забезпеченні виконання правил. Саме логіка інструментальності та правові санкції є джерелом її легітимності. Нормативний вимір визначає цілі та відповідні засоби досягнення цілей. Його легітимність базується на соціальних переконаннях і звичаях. Когнітивний вимір походить від спільних вірувань і культури членів суспільства.

Відповідно до вищезазначеного слід вважати, що будь-які організації, що ведуть свою економічну діяльність підпадають під вплив того чи іншого інституційного середовища, що ззовні регулює ті чи інші аспекти їх діяльності. Організації як окремі одиниці так і в загальній сукупності можуть впливати на

розвиток та зміни які при цьому відбуваються загалом у інституційному середовищі. Одним із найбільш вагомих механізмів провадження такого регулятивного впливу зі зворотним компонентом є «коло менеджменту» або процес прийняття управлінського рішення відповідно до тих чи інших умов, які складаються в інституційному середовищі.

Попри загальноприйнятій погляд на медицину (або охорону здоров'я як її інституційне вираження) як на доволі консервативний соціально-економічний інститут через об'єктивну прив'язаність до фізіолого-анатомічних особливостей біології людського тіла і меншу динаміку розвитку відносно суто економічних інституцій, слід відзначити, що медична галузь загалом є однією з провідних, адже йде синергічно з технологічним зростанням і науково-промисловим розвитком в цілому. Безумовно, динаміка розвитку медицини як і охорони здоров'я як інституційного середовища, в якому здійснюється уся діяльність цієї галузі досить інтенсифікувалася у зв'язку із медичною реформою в Україні. Тож таке інституційне середовище можна назвати динамічним.

Медична реформа в Україні – це комплекс заходів, ціллю яких є виведення медичної галузі держави із затяжного кризового стану, спричиненого невідповідністю поточної моделі управління (модель Семашка) медичними закладами із реаліями сьогодення.

Старт медичної реформи у її сучасному вигляді стартував у жовтні 2017 року. Слід зазначити, що медична реформа прийнята не комплексним документом, а трьома законами України. Це:

1. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» від 06.07.2017 р., відомий також як закон про автономізацію [4];
2. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 р. № 2168-VIII [5];
3. Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного

обслуговування у сільській місцевості» від 14.11.2017 р. № 2206-VIII (закон про сільську медицину) [6].

На основі цих законів прийнята низка підзаконних актів, які впливають на різні аспекти функціонування системи у нових умовах.

Вводилась конкурентна модель розвитку лікарень, адже тепер для більшої кількості лікарень буде недостатньо мати потужності, але і якісно ними користуватись, надаючи кращу медичну допомогу, аніж потенційні конкуренти. У цьому вимірі постала проблема для змін у системі контролю надання якісних медичних послуг відповідно до об'єктивних даних, користуючись принципом оплати за фактично надані послуги або проліковані випадки відповідно до того чи іншого пакету НСЗУ, адже у цьому випадку недостатньо внутрішньо організаційних (відомчих) засобів контролю - організація буде більш зацікавлена у кількості наданих послуг ( у першу чергу), аніж на якість надання цих послуг.

Тому розвиток охорони здоров'я слід відстежувати як частину загальнодержавного прогресу, так і як окреме інституційне середовище зі своїми правилами та нормами, які слід трактувати і контролювати лише у розрізі медичної галузі, адже відповідно до вищевказаного деякі особливості господарської діяльності у цій галузі зумовлені особливостями кінцевої мети, яка покладена в основу лікувально-профілактичних процесів - організація та забезпечення доступного медичного обслуговування населення.

### **Якість медичних послуг та механізми управління якістю**

Поняття якості має різні виміри. Американський національний інститут стандартів (ANSI) і Американське товариство якості (ASQ) визначають якість сукупністю особливостей і характеристик послуги або процесу догляду, що підвищують їх здатність задовольняти потреби [7]. Едвардс Демінг, автор принципів загальної якості, визначив якість як стратегію, спрямовану на потреби клієнта [8]. Джозеф М.Джуран визначив якість як відповідність вимогам [9].

Відповідно до статті 1 Закону України «Про захист прав споживачів»

належна якість роботи або послуги – це властивість продукції, відповідати певному еталонному рівню, що був закріплений для цього виду продукції у нормативно-правових документах [10]. Відповідно до даного визначення якість – це досягнення певних нормативів, які були заздалегідь оголошені. Водночас, це визначення є суто нормативним, адже не дає точного окреслення самого поняття «якість». Якість відноситься до суб'єктивних концепцій і її визначення може відрізнятися для різних об'єктів.

Відповідно до Наказу МОЗ 427/2011р., якість - це «сукупність властивостей і характеристик продукції, які надають їй здатність задовольняти обумовлені або передбачувані потреби» [11].

Оцінка якості має базуватися на концептуальному та операційному визначенні того, що означає «якість медичної допомоги». ВООЗ дає таке визначення: «...це ступінь, в якому послуги охорони здоров'я для окремих осіб та населення підвищують ймовірність досягнення бажаних результатів щодо здоров'я» [12]. Це визначення не можна вважати вичерпним, адже бажаними для різних захворювань є різний результат, який змінюється у зв'язку із розвитком як самої галузі, так і технічним прогресом, тож вичерпного визначення поняття якості медичної допомоги не існує. Згідно з Наказом МОЗ 427/2011р., якісне медичне обслуговування відрізняється максимальною ефективністю, безпечністю щодо задоволення потреб тих, хто більш за все цього потребує, проведенням лікування та профілактики найбільш заощадливим шляхом із відповідністю до найвищих стандартів [11].

Аведіс Донабедеян виділяв сім стовпів якості: ефективність, результативність, оптимальність, прийнятність, легітимність, справедливість і вартість. Послуги є якісними, коли вони безпечні, ефективні, орієнтовані на пацієнта, своєчасні та справедливі [13].

Існують різноманітні інструменти (механізми) контролю якості. Інструменти включають внутрішній аудит якості, зворотній зв'язок суб'єкта та коригувальні/запобіжні дії для відповідності застосовним стандартам. Чотирьохетапна модель якості, цикл «плануй-виконуй-перевірй-дій» (PDCA),

також відомий як цикл Демінга, є найпоширенішим інструментом постійного покращення якості (Рисунок 1.1).

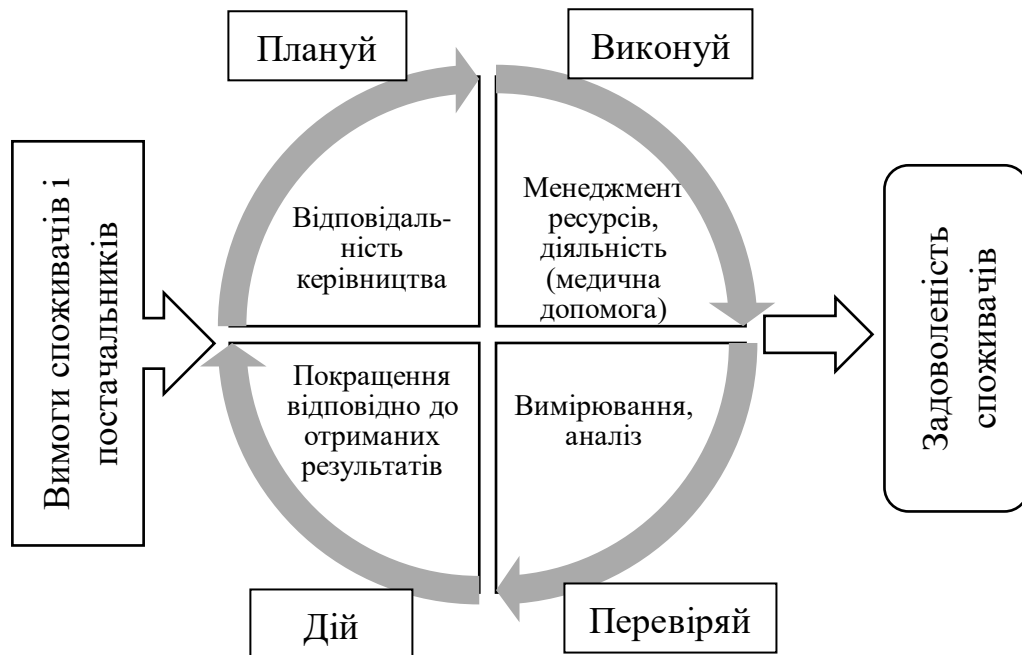


Рисунок 1.1 - Цикл PDCA в управлінні якістю медичних послуг

Цикл Демінга включає декілька послідовних фаз, що замикають коло управлінського процесу:

- На етапі планування співробітники визначають першопричини різних проблем управління якістю та проблем, які необхідно вирішити в усій організації.
- На етапі впровадження розробляються стратегії вирішення проблем, визначених на етапі планування. Ідеї аналізуються та вимірюються, щоб визначити, наскільки вони ефективні у вирішенні проблем співробітників.
- На етапі контролю ефективність визначається шляхом порівняння даних до і після. Таким чином можна визначити, наскільки добре пройшли проекти та чи покращилася якість.
- Потім ці результати документуються на етапі дії, на якому співробітники готуються до вирішення іншої організаційної проблеми, з якою вони стикаються.

Цикл PDCA є ключовим механізмом методики загального управління якістю (TQM). Загальне управління якістю визначається як філософія управління, що стосується людей і робочих процесів, яка зосереджується на задоволенні клієнтів і покращує ефективність організації [14]. Ключовими принципами TQM є орієнтація на клієнта, одержимість якістю, науковий підхід, довгострокова відданість, командна робота, системи постійного вдосконалення, освіта та навчання, свобода через контроль та єдність. Він стосується не лише прямих медичних послуг діагностики та лікування, але й непрямих операцій, таких як адміністрування та закупівля.

Загальне управління якістю базується на восьми принципах. Відповідно до Американського товариства якості, принципи TQM такі [15]:

1. Орієнтація на клієнта: задоволеність клієнта є ключовою метою процесу, по наявності якого роблять висновок відносно правильності тих чи інших управлінських рішень.
2. Повна залученість працівників: кожен працівник організації є ланкою системи TQM.
3. Орієнтація на процес: повне управління якістю вимагає процесного мислення, а стратегічне проектування формується на базі відгуків внутрішніх або зовнішніх клієнтів.
4. Інтегрована система: TQM враховує системне об'єднання мікропроцесів та їх вплив на більш глобальні процеси в компанії.
5. Стратегічний і системний підхід: щоб створити середовище, сприятливе для безперервного вдосконалення процесів, стратегія повного управління якістю має бути синхронізована з баченням, місією та цілями компанії.
6. Постійне вдосконалення: найважливішою особливістю TQM є ідея постійного вдосконалення. В основі процесів – відсутність ідеалу, якого необхідно досягнути, а цілі та методи вдосконалення якості змінюються відповідно до обставин і умов інституційного середовища.
7. Прийняття рішень на основі фактів: в основі TQM лежать дані та



аналітика, які об'єктивно описують якість.

8. Комунікація: Оскільки TQM вимагає високого рівня управління змінами, міцна комунікація всередині компанії є ключем до успіху.

Модель TQM знайшла своє відображення у міжнародних стандартах ISO (Міжнародна організація зі стандартизації).

Для впровадження в управлінську практику теорії менеджменту якості медичних послуг відбувається поступовий процес систематизації організацією або закладом охорони здоров'я методик, документальне оформлення та впровадження у поточну діяльність.

Основні компоненти, що становлять систему управління якістю медичної допомоги:

- Нормативні документи, накази, положення, інструкції, стандарти (протоколи) діагностики та лікування, що містять вимоги до технології надання медичної допомоги.
- Організація контролю якості медичної допомоги.
- Методи оцінки якості та ефективності медичної допомоги.
- Аналіз якості надання медичної допомоги, розробка рекомендацій щодо підвищення її якості та ефективності, попередження лікарських помилок та дефектів у роботі.
- Ліцензування фахівців та акредитація.
- Контроль реалізації управлінських рішень.

## **Нормативно-правова база якості медичних послуг**

Якість медичної допомоги в Україні регламентується низкою нормативно-правових документів. Відповідно до визначення, яке надає закон, якість медичної допомоги визначається як проведення медичної діяльності, користуючись стандартами, прийнятими для цієї галузі, клінічних протоколів тощо, раціональних зі сторони безпеки, економіки та ефекту[16]

Основними нормативно-правовими актами, які описують основи системи контролю якості медичних послуг є:

- Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 01.01.2012. В законі дається формулювання акредитації, системи стандартів тощо [17];
- Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. №752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги» Закон дає визначення і перелік основних видів та механізмів контролю якості в сфері охорони здоров'я [16];
- Наказ МОЗ України від 05.02.2016 р. № 69 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування» [18];
- Наказ МОЗ України від 11.09.2013 р. №795 «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги» [19]
- Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. №751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» [20]

### **1.2 Види контролю якості медичних послуг**

Відповідно до наказу МОЗ України №752, контроль якості надання медичної допомоги здійснюється різними шляхами, серед яких методи

зовнішнього і внутрішнього контролю.

**I. Зовнішній (позавідомчий) контроль** – це вид контролю, який здійснюється певним органом або організацією, яка структурно не пов'язана з закладом у якому проводяться заходи з контролю. Метою цього виду контролю є дотримання загальнодержавних вимог надання медичної допомоги, надання певним закладам дозволу на проведення діяльності з охорони здоров'я [16].

Основні форми позавідомчого контролю:

- Ліцензування;
- Акредитація;
- Атестація;
- Сертифікація;
- Клініко-експертна оцінка

**Ліцензія**—документально оформлене юридично обґрунтоване право суб'єкта на проведення господарської діяльності, що видається ліцензіаром, яким може виступати держава. Ліцензування – це процес, за допомогою якого державний орган надає дозвіл окремому практикуючому лікарю або ліцензованому закладу охорони здоров'я працювати або займатися певною професійною діяльністю. Правила ліцензування зазвичай встановлюються для того, щоб забезпечити відповідність організації чи особи мінімальним стандартам захисту громадського здоров'я та безпеки.

**Акредитація** — це незалежне зовнішнє оцінювання певним органом, що здійснює акредитацію (наприклад, органу з сертифікації, інспекційного органу або лабораторії) дотримання стандартів, відповідності того чи іншого суб'єкта певному рівню, відносно якого він може проводити свою господарську діяльність. Акредитація лікарень – це процес самооцінки та зовнішньої колегіальної оцінки, який використовується організаціями охорони здоров'я для точної оцінки їх рівня ефективності щодо встановлених стандартів і впровадження способів постійного вдосконалення. Якщо ліцензування – це видача спеціального дозволу медичній організації на здійснення нею певних видів медичної діяльності та послуг, акредитація – це процес підтвердження

відповідності наданих послуг прийнятим стандартам.

Мета акредитації ЛПЗ:

- забезпечення основних прав людини щодо якісної медичної допомоги;
- аналіз діяльності ЛПЗ задля визначення базового рівня та максимально можливого рівня надання медичних послуг населенню за умови оптимального використання ресурсного потенціалу лікарні;
- оптимізація ЛПЗ відповідно до ресурсної бази задля роботи в структурно поєднаній мережі закладів охорони здоров'я відповідно до потреб населення в умовах медичної реформи.

Стандарти державної акредитації - це певний рівень медико-санітарної допомоги, що складається з окремих критеріїв, який визнаний мінімально допустимим для різних аспектів діяльності ЛПЗ (процесів, умов, результатів). Комісія з акредитації перевіряє досягнення ЛПЗ акредитаційних стандартів. Відповідно досягнення окремих критеріїв визначається бальна оцінка досягнення стандартів акредитації та відсоток відповідності до них. Стандарти акредитації зазвичай вважаються оптимальними та досяжними та призначені для заохочення постійних зусиль удосконалення в акредитованих організаціях. На основі отриманих балів визначається акредитаційна категорія:

Для закладів, які надають первинну медичну допомогу: вища (критерій становить 90-100% від максимального); перша (80-89% від максимального); друга (70-79% від максимального).

Для закладів вторинного та третинного рівня: вища (критерій становить 90-100% від максимального, при наявності сертифікату, який підтверджує відповідність наявної системи управління ЯМД, наявної в ЗОЗ, вимогам ДСТУ ISO 9000); перша (85-100% від максимального); друга (70-84% від максимального).

Рівень індексу безпеки (мінімальний рівень критеріїв акредитації) - 69% включно - підстава для відмови у акредитації ЛПЗ [10].

Серія стандартів ISO 9000 містить основні принципи менеджменту якості, вимоги до системи менеджменту якості (СМЯ) організацій та підприємств.

Метою впровадження ISO 9000 є належне функціонування задокументованої системи менеджменту якості організації. ISO 9000 описує основи системи управління якістю та використовувану термінологію. Модель системи менеджменту обговорюється разом з основними елементами та принципами, яких повинна дотримуватися організація.

«ISO 9000 Системи менеджменту якості – Основи та словник» приділяє увагу можливості організації до задоволення потреб усіх зацікавлених сторін (власників, медичного персоналу, пацієнтів тощо). [21].

«ISO 9001 Системи управління якістю. Вимоги» - визначає вимоги, яким повинна відповідати організація. Ці вимоги згруповані у відповідні розділи відповідно до операційної моделі організації. Організація може отримати сертифікат, що підтверджує відповідність вимогам цього стандарту, після успішного проходження сертифікаційного аудиту, проведеного незалежною зовнішньою компанією [22].

«ISO 9004 Управління для стійкого успіху організації – Підхід до управління якістю» - рекомендації щодо вдосконалення організації в окремих аспектах існуючої системи управління. Кожен параграф ISO 9001 включено до цього стандарту та вдосконалено, щоб користувач міг зрозуміти, як можна покращити певний пункт ISO 9001. Цей стандарт не є основою для сертифікації. ISO 9004 рекомендований тим організаціям, які хочуть покращити свою систему за межі вимог ISO 9001 (наприклад, з точки зору ефективності)[23].

Таким чином, вимоги до якості закріплені міжнародними стандартами ISO 9000 є доповненням та документованим узагальненням стратегії TQM.

**Сертифікація** — це процес, за допомогою якого уповноважений державний чи неурядовий орган дає оцінку відповідності певним заздалегідь прийнятими вимогам чи критеріям. Хоча терміни акредитація та сертифікація часто використовуються як синоніми, акредитація зазвичай стосується лише організацій, тоді як сертифікація може стосуватися як окремих осіб, так і організацій. Застосовуючи до окремих спеціалістів, сертифікація зазвичай

означає, що особа отримала додаткову освіту та підготовку та продемонструвала компетентність у предметній галузі, що перевищує мінімальні вимоги, встановлені для ліцензування. Якщо сертифікація стосується організації або частини організації, це зазвичай означає, що організація отримала можливість надавати додаткові послуги, технології або можливості, окрім тих, що є в подібних організаціях[24].

**Атестація медичних працівників** — комплекс заходів метою яких є всебічне оцінювання рівня підготовки медичних кадрів для визначення їх компетентності відповідно до займаної посади. Виділяють чергову та позачергову атестацію. Медичні працівники проходять чергову атестацію мінімум один раз на п'ять років, крім випадків, передбачених законом. Працівникам, які пройшли атестацію присвоюються або підтверджуються кваліфікаційні категорії: друга, перша чи вища[16][25].

**Клініко-експертна комісія МОЗ України** є консультативно-дорадчим органом, діє постійно або тимчасово, метою якого є колегіальний розгляд звернень для надання клініко-експертної оцінки ЯМД за конкретними випадками у ЗОЗ [16][26].

**II. Внутрішній або відомчий контроль якості** ґрунтується на оцінці ЯМД з боку працівників ЗОЗ (самооцінка, оцінка колегами, адміністративна оцінка). Внутрішній контроль як правило здійснюється шляхом порівняння із стандартами, прийнятими для галузі [16][27].

Шляхи здійснення внутрішнього контролю: контроль за кваліфікацією медичного персоналу; самооцінка медичних працівників; контроль організації надання медичної допомоги у ЗОЗ; контроль впровадження управлінських рішень; контроль дотримання стандартів, клінічних протоколів; системи індикаторів; опитування пацієнтів для визначення думки споживачів щодо ЯМД.

На рівні ЗОЗ діє декілька рівнів контролю якості медичних послуг:

- I рівень – завідувач структурним підрозділом лікарні (поліклініки або стаціонарного відділення) проводить оцінку ЯМД наданого певним

лікарем не менше, ніж 30% пацієнтів, які закінчили лікування (поліклініка), або усіх пацієнтів, які були виписані (стаціонарні відділення);

- II рівень – заступники генерального директора ЛПЗ, що відповідають за роботу стаціонару або поліклініки, за допомогою основних облікових документів, оцінюють 10% пацієнтів поліклініки або 20% - в стаціонарі - щоденно;
- III рівень – експертна комісія оцінює діагностично-лікувальну та профілактичну роботу ЗОЗ - щомісяця.

Вищі рівні контролю проводяться експертними комісіями територіальних та регіональних органів управління охорони здоров'я:

- IV рівень – комісія при міському відділі управління охорони здоров'я - щоквартально;
- V рівень - комісія при обласному відділі управління охорони здоров'я – щоквартально [28].

З метою забезпечення контролю ЯМД генеральний директор ЗОЗ розробляє та затверджує безперервну систему контролю ЯМД, створюється комісія із забезпечення ЯМД.

Мета роботи комісії:

- відбір та аналіз показників для контролю ЯМД;
- розгляд та обговорення окремих дефектів медичної допомоги (медичних помилок, скарг);
- розгляд пропозицій медичних робітників щодо покращення ЯМД у закладі;
- опрацювання літературних даних та розробка програми систематичного підвищення ЯМД.

Загальний вигляд системи контролю якості медичної допомоги в лікарні представлений на рисунку 1.2.

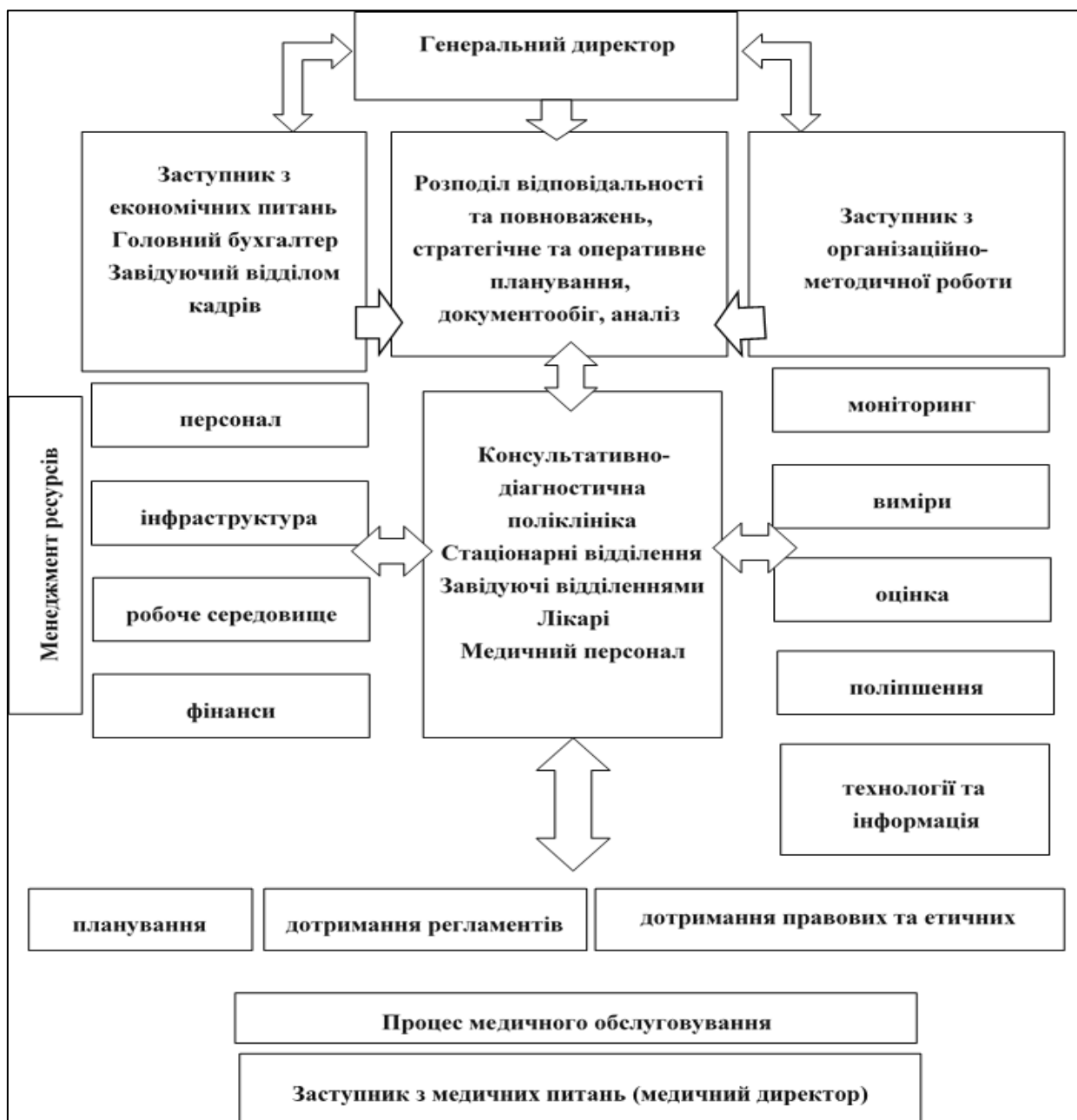


Рисунок 1.2- Система контролю якості надання медичних послуг лікарні

**Внутрішній аудит** - основний вид внутрішнього (відомчого) контролю ЯМД. Мета проведення внутрішнього аудиту – це збір інформації для якісного менеджменту ЗОЗ. Аудит відносять до консультативної діяльності, спрямованої на підвищення ЯМД, що допомагає оцінити та підвищити ефективність процесів менеджменту ризиків, контролю та управління»[29]. Аудиторську роботу можна описати як порівняння та вимірювання діяльності з нормою та пошук способів подолати розриви між існуючим і бажаним.



Внутрішній аудит (ВА) у медичній діяльності побудований на двох принципових управлінських методиках: ризик-менеджмент та забезпечення якості [30]

Ризик-менеджмент базується на концепції, що в медичній практиці існують значні ризики. Ризики впливають на пацієнта, медичних працівників, установи та суспільство. Цей вид управління має справу з інцидентами, коли очевидно, що медична діяльність була пов'язана з негативним результатом (наприклад, пацієнт несподівано помер під час лікування; пацієнт був повторно госпіталізований незабаром після виписки через небажані побічні ефекти).

Переваги:

- зменшення можливих майбутніх витрат і негативної шкоди для іміджу внаслідок судових процесів
- отримання уроків з невдач і застосування їх у спробі покращити майбутні процеси та якість медичної допомоги.

Основні етапи ризик-менеджменту:

- 1) ідентифікація ризику та аналіз ймовірності його виникнення;
- 2) оцінка засобів контролю, призначених для зменшення самого ризику або його небажаних наслідків;
- 3) впровадження клінічних настанов і алгоритмів або зміна фактичних настанов [27][30].

Забезпечення якості і покращення базуються на концепції, згідно з якою клінічну діяльність можна розбити на проміжні етапи. Вимірюючи проміжні етапи, керівництво може вказати на засоби контролю, необхідні для підвищення ефективності та ефективності, запровадивши клінічні рекомендації. Це процес, який зазвичай виконується мультидисциплінарними групами, що складаються з лікарів, медсестер та іншого середнього медичного персоналу, з акцентом на зобов'язання керівництва.

За критеріями аналізу і перевірки ВА класифікується на такі групи: аудит структури, процесу та результату. До аудиту структури відносять перевірку організаційної структури, документації, фінансової частини, кадрових ресурсів

тощо. Аудит процесу охоплює діяльність закладу із забезпечення медичної допомоги, а саме, економічну складову, кадровий розподіл та обов'язки, ефективність проведення медичних процедур. Аудит результату направлений на вивчення думки споживачів (пацієнтів) стосовно наданих медичних послуг, дослідження стану здоров'я після надання медичної допомоги, моніторинг рівня здоров'я населення [28].

Для кожного виду аудиту визначаються власні індикатори якості. **Індикатори** – це певні показники діяльності ЗОЗ, які можна використовувати для оцінки якісних процесів надання медичної допомоги на різних її рівнях. Кількість індикаторів досить велика і їх кількість залежить від багатогранності дослідження контролю ЯМД та її складових [19]. Клінічний індикатор може бути як кількісним так і якісним показником, головною вимогою якого є певна доказова основа або консенсус щодо його впливу на загальну якість надання медичної допомоги. Найбільшу роль у формуванні доказової бази для впровадження того чи іншого індикатора відіграють клінічні настанови та розроблені на його основі уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги

Для своєї дослідницької роботи я відібрав індикатори якості медичної допомоги на вторинному і третинному рівні медичної допомоги (Додаток 1)[19]. Їх обчислюють на основі показників діяльності стаціонару за формулами (Додаток 2).

Для оцінки ЯМД у своїй роботі я використовую модель кінцевих результатів (МКР), що ґрунтується на отриманих показниках (індикаторах). МКР характеризує ефективність досягнення конкретних цільових показників.

### **1.3 Теоретичні основи моделі «кінцевих результатів»**

Модель кінцевих результатів використовують для оцінки досягнення закладом охорони здоров'я унормованих показників, що визначенні як еталонні для окремо взятого індикатора, та сумарну результуючу досягнення результату усіх показників відібраних для аналізу.

МКР включає:

- показники результативності (ПР) і показники дефектів (ПД);
- нормативні значення (НЗ) відібраних показників;
- шкалу аналізу досягнення результатів.

Показники результативності (ПР) характеризують досягнення цілей закладом охорони здоров'я. При формуванні набору ПР відбираються такі показники, що максимально відображають кінцевий результат – стан здоров'я, безпеку, відновлення працездатності тощо.

Показники дефектів діяльності (ПД). Враховують найбільш грубі порушення у діяльності ЗОЗ та як показники результативності є індивідуальними для кожного типу медичних установ[28].

В розрахунки МКР включають також результуючий бал рівня якості лікування (РЯЛ), що вираховується за допомогою методу експертних оцінок. Рівень якості лікування слід визначати за такою формулою:

$$\text{РЯЛ} = (\text{ОНЗ} + \text{ОЯ}) : 200 \% \quad (1.1)$$

де ОНЗ – результуюча оцінка виконання лікувально-діагностичних заходів та точність формулювання клінічного діагнозу;

ОЯ - оцінка якості лікування (стан здоров'я пацієнта після закінченого лікування).

У свою чергу, ОНЗ визначають за формулою:

$$\text{ОНЗ} = \text{ОДЗ} + \text{ОД} + \text{ОЛЗ} \quad (1.2)$$

де ОДЗ – оцінка діагностичного процесу;

ОД – оцінка постановки клінічного діагнозу;

ОЛЗ - оцінка проведеного лікування.

Для ОДЗ, ОД, ОЛЗ і ОЯ існують шкали (Додаток В).

Результуюча загальна оцінка рівня якості лікувально-діагностичних процесів повинна враховувати важливість кожної її частини, що відбувається за допомогою введення у формулу відповідних індексів:

$$\text{РЯЛ} = (0,5 \text{ ОДЗ} + 0,10\text{Д} + 0,4\text{ОЛЗ} + 1\text{ОЯ}) : 200 \% \quad (1.3)$$

де ОДЗ – оцінка діагностичного процесу;

ОД – оцінка постановки клінічного діагнозу;

ОЛЗ - оцінка проведеного лікування;

ОЯ – оцінка якості лікування.

Визначається показник результативності (ПР):

$$\text{ПР} = \text{НЗ} \pm (\text{ФП} - \text{НП}) \cdot \text{ОВ} \quad (1.4)$$

де ФП – фактичний показник;

НЗ – нормативне значення в балах (у даній моделі);

НП – нормативний показник;

ОВ – одиниця вимірювання.

Нормативний показник визначається з урахуванням тенденції того чи іншого показника у країні чи регіоні, змінам, що характерні для нього у динаміці, очікувань від його зміни у наступному році. Бажаним вважають, щоб нормативний показник змінювався на 5% від попереднього рівня у сторону, яка буде свідчити про покращення та буде стимулювати ЗОЗ до залучення ресурсного потенціалу на досягнення цього рівня. Знак суми або різниці визначається знаком відхилення, що є результатом окреслення вимірюваної величини: якщо за рівень величини є найбільшим з допустимих, то його перевищення буде негативним (мінус), якщо найменший з допустимих, то його перевищення буде бажаним (плюс). Нормативне значення визначається експертною думкою стосовно значущості того чи іншого показника для

оцінювання роботи медичного закладу.

Показник результативності не може бути більшим за нормативне значення у балах. В першу чергу, це зроблено для усунення можливості нівелювання меншого результату більшим, у разі серйозних розбіжностей фактичних показників з нормативними. Якщо ПР перевищує максимальну оцінку у балах – то за показник виставляється максимальний бал за досягнення нормативу.

Визначається показник дефектів:

$$\text{ПД} = \text{ФП} \cdot \text{ОВ}. \quad (1.5)$$

Де ПД – показник дефектів;

ФП – фактичний показник;

ОВ – одиниця виміру.

Після підрахунку всіх ПР і ПД розраховують коефіцієнт досягнення результату КДР [13]:

$$\text{КДР} = \frac{((\text{ПР1} + \text{ПР2} + \dots + \text{ПРn}) - (\text{ПД1} + \text{ПД2} + \dots + \text{ПДn}))}{\text{НЗ1} + \text{НЗ2} + \dots + \text{НЗn}} \quad (1.6)$$

де КДР – коефіцієнт досягнення результату;

ПР1-n – показники результативності;

ПД1-n – показники дефектів;

НЗ1-n – нормативні значення.

Відповідно до отриманого коефіцієнта досягнення результатів судять про дотримання ЗОЗ у поточному році даного нормативу відповідно до досліджуваних показників, що свідчать про якість надання медичної допомоги в лікарні.

Відповідно градації виділяють такі рівні коефіцієнта досягнення результату:

- Низький рівень досягнення результатів – від 0 до 0,19 включно;

- Нижче від середнього – від 0,20 до 0,39 включно;
- Середній рівень досягнення результатів – від 0,40 до 0,59 включно;
- Вище від середнього – від 0,60 до 0,79 включно;
- Високий рівень досягнення результатів – від 0,80 і більше.

Градація величин КДР дозволяє порівнювати ступінь досягнення кінцевих результатів діяльності різними ЗОЗ, контролювати їх роботу в динаміці для своєчасного виявлення певних тенденцій у зміні тих чи інших показників та прийняття певних управлінських рішень з метою підвищення ЯМД. Часто ця модель використовується із певною матеріальною складовою: матеріальна винагорода у вигляді преміювання при досягненні певного рівня КДР.

## РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ПРИКЛАДІ КНП «ТРОСТЯНЕЦЬКА МІСЬКА ЛІКАРНЯ» ТМР

### 2.1 Характеристика об'єкта дослідження

Комунальне некомерційне підприємство «Тростянецька міська лікарня» Тростянецької міської ради - це медичний заклад, що надає медичні послуги вторинної і третинної ланки для жителів Тростянецької міської об'єднаної територіальної громади(далі – Тростянецька міська ОТГ) та Охтирського району в цілому. Для своєї роботи, на основі даних з відкритих джерел, було проаналізовано основні демографічні показники Тростянецької міської ОТГ (Таблиця 2.1)[31].

Таблиця 2.1 - Демографічні показники Тростянецької ОТГ

Показник	2018	2019	2020	2021
Середньорічн. чисельн. насел. громади	34498	34316	34295	33823
Чисельн. доросл. насел.	28750	28621	28543	28592
Чисельн. доросл. населення працездат. віку	19116	18920	18776	19044
Чисельність дитячого населення	5748	5695	5752	5231
Чисельність народжених за рік	183	211	191	155
Число померлих за рік	365	232	635	631
Смертність (на 1000 населення)	10,58	6,76	18,51	18,66
Число померлих працездатного віку	81	102	114	104
Кількість жінок фертильного віку	7531	7475	7471	7473

Засновником закладу є Тростянецька Міська Рада. До 2018 року лікарня мала назву комунальний заклад «Тростянецька центральна районна лікарня» та підпорядковувалась Тростянецькій районній раді. Після утворення Тростянецької міської об'єднаної територіальної громади, 22.12.2017 року відбулась передача лікарні зі спільної власності територіальних громад сіл та міста Тростянецького району у власність Тростянецької міської ОТГ. На початку 2018 року відбулось відокремлення структурних підрозділів, які надавали первинну медичну допомогу шляхом створення на їх базі комунального некомерційного підприємства «Тростянецький ЦПМД» Тростянецької міської ради. 20.09.2018 року рішенням 13 сесії Тростянецької міської ради 7 скликання шляхом реорганізації/перетворення комунальний заклад «Тростянецька центральна районна лікарня» реорганізовано в комунальне некомерційне підприємство «Тростянецька міська лікарня» Тростянецької міської ради [32].

**Організаційна структура.** КНП «Тростянецька міська лікарня» ТМР має багаторівневу організаційну структуру. При аналізі організаційної структури можна відзначити чітку ієрархію та розподіл за функціями адміністративного персоналу.

Структура закладу: апарат управління, бухгалтерія, приймально-діагностичне відділення невідкладної допомоги, стаціонарні відділення, клініко-діагностична лабораторія з бактеріологічним відділом, рентген-діагностичне відділення, консультативно-діагностична поліклініка, стоматологічне відділення, жіноча консультація, протитуберкульозний кабінет, фізіотерапевтичне відділення, патолого-анатомічне відділення, інформаційно-аналітичний відділ медичної статистики та контролю якості медичної допомоги, стерилізаційна, харчоблок, господарське відділення, каналізаційно-насосне господарство, котельня.

КНП "Тростянецька міська лікарня" ТМР надає медичну допомогу хворим як амбулаторно так стаціонарно.

На території КНП "Тростянецька міська лікарня" ТМР знаходиться 5-ти



поверховий корпус стаціонарних відділень.

В своєму складі стаціонар має: приймальне відділення; терапевтичне відділення з неврологічними ліжками на 60 ліжок (з терапевтичними ліжками - 33, з неврологічними ліжками - 27); хірургічне відділення на 30 ліжок; педіатричне-соматичне відділення на 10 ліжок; інфекційне боксоване відділення на 22 ліжка (для дорослих – 12, для дітей 10); акушерсько-гінекологічне відділення на 25 ліжок (для вагітних – 10, патологія вагітних – 5, гінекологічних - 10); травматологічне відділення на 20 ліжок; анестезіологічне відділення з ліжками інтенсивної терапії - 3 ліжка; операційний блок.

**Кадрове забезпечення.** На 2021 рік лікарня є місцем роботи для 374 працівників. Серед них 62 лікарі, 146 особи - середній медичний персонал, 79 осіб - молодший медичний персонал, 87 - працівники господарського персоналу. Серед лікарів - 16 осіб мають вищу категорію (25,8%), 18 осіб - першу категорію (29,0%); 10 осіб – другу категорію (16,1%), 124 середніх медичних працівників атестовані (84,9% із загальної кількості). Кількість ставок у КНП «Тростянецька міська лікарня» ТМР у розрізі категорій медичних працівників наведена в Таблиці 2.2.

Таблиця 2.2 - Кількість ставок за категоріями медичного персоналу

	2017 р.	2018 р.	2019 р.	2020 р.	2021 р.
Лікарі	92	87,5	78,25	78,25	77,25
Середній медичний персонал	175,5	164,25	162,25	154,25	146
Молодший медичний персонал	87,5	82,25	80,75	80,25	80
Інші	125,5	102,5	96	92,25	89
Всього	480,5	436,5	417,25	405	392,25

Джерело: узагальнено автором на основі внутрішньої документації КНП «Тростянецька міська лікарня» ТМР

КНП «Тростянецька міська лікарня» ТМР є базою стажування лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою. Так у 2020 році 7 інтернів обрали лікарню як заочну базу стажування з подальшою можливістю для працевлаштування на обрані спеціальності: внутрішні хвороби – 3, хірургія – 1, анестезіологія – 1, педіатрія – 1, стоматологія – 1. У 2021 році додалося ще 7 лікарів-інтернів: внутрішні хвороби – 4, хірургія – 1, інфекційні хвороби – 1, рентгенологія – 1. Лікарі-інтерни, окрім освоєння професійних навичок, приймають активну участь у протиепідемічних заходах на території лікарні та отримують досвід роботи в умовах пандемії.

### **Джерела фінансування КНП «Тростянецька міська лікарня» ТМР**

В 2022 р. фінансування проводилось за рахунок:

- Коштів НСЗУ – 80333,1 тис. грн.;
- Місцевих бюджетів – 6983,50 тис. грн.;
- Позабюджетних надходжень – 4694,8 тис. грн.
- Цільові видатки від народних депутатів – 5715,0 тис. грн.
- Кошти благодійних фондів – 19563,1 тис. грн.

З метою залучення позабюджетних коштів були укладені 4 договори з страховими компаніями, від співпраці з якими отримано 520,1 тис. грн. Фінансові надходження від запровадження платних послуг склали 3913,4 тис. грн.

Структура видатків, всього – 89118,1 тис. грн., (проти 73520,4 тис. грн. за 12 місяців 2021 р.) в т.ч.:

- Заробітна плата з нарахуванням – 57392,5 (2021 рік – 51979,93);
- Медикаменти та перев'язувальні матеріали – 2641,1 (2021 рік – 5582,2);
- Енергоносії – 7416,7 (2021 рік - 2299,7);
- Продукти харчування – 377,3 (2021 рік - 583,1);
- Капітальні видатки – 11428,2 (2021 рік – 8467,8).

Адміністрацією КНП «Тростянецька міська лікарня» ТМР підписані

угоди з Національною службою охорони здоров'я України (далі – НСЗУ) щодо оплати надання медичних послуг вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення:

- 1) Профілактика, діагностика, спостереження, лікування та реабілітація в амбулаторних умовах.
- 2) Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах;
- 3) Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій.
- 4) Медична допомога при пологах.
- 5) Хірургія одного дня.
- 6) Езофагогастродуоденоскопія.
- 7) Колоноскопія.
- 8) Бронхоскопія.
- 9) Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим та дітям.
- 10) Мобільна паліативна медична допомога дорослим та дітям.
- 11) Стаціонарна допомога пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою корона вірусом SARS-CoV-2.
- 12) Ведення вагітності в амбулаторних умовах.
- 13) Гістероскопія.
- 14) Цистоскопія.
- 15) Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням опорно-рухового апарату.
- 16) Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи.
- 17) Стоматологічна медична допомога в амбулаторних умовах.
- 18) Забезпечення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я шляхом організації надання медичної допомоги із залученням лікарів-інтернів

З метою електронної взаємодії з НСЗУ було проведено діджиталізацію

документообігу в лікарні шляхом впровадження електронних медичних інформаційних систем (РІМС «МЕДСТАР»). На сьогодні 100% документації лікарні має електронний аналог, але дублювання роботи (паперова частина не була скасована) створила додаткове навантаження на персонал.

**Матеріально-технічне оснащення.** В таблиці 2.3 наведені деякі найбільш вагомні досягнення лікарні за минулі 5 років.

Таблиця 2.3 - Основні досягнення КНП «Тростянецька міська лікарня» ТМР

Рік	Досягнення
2018	Капітальний ремонт терапевтичного крила Терапевтичного Відділення з Неврологічними Ліжками, глобальне оновлення матеріально-технічної бази відділення.
	Придбано автоматичний біохімічний та імуноферментний аналізатор крові, систему безперебійного живлення для УЗД, автоматичний аналізатор крові гематологічний.
2019	Оновлення та модернізація акушерсько-гінекологічного відділення.
	Оснащення лікарні локальною мережею та безкоштовним швидкісним бездротовим інтернетом (Wi-Fi)
2021	Термомодернізація основного корпусу лікарні зі стаціонарними відділеннями.
	Відкриття кабінету ендоскопії
	Відкриття оновленого модернізованого педіатричного відділення
	Придбання лапароскопічної стійки, біохімічного аналізатора крові, аудіометра для новонароджених
2020-2021	Функціонування лікарні як опорної по COVID-19
2022	Заміна всіх віконних та дверних блоків, капітальний ремонт кисневої станції, ремонти покрівель котельні та господарського корпусу, потоковий ремонт бомбосховища, ремонт машинного відділення ліфтового господарства, ремонти акушерсько-гінекологічного, інфекційного, хірургічного та дитячого відділень. Закуплено: стоматологічна установка, комп'ютерна техніка, аудіометр, візіограф, камера пароформалінова, тощо. Протягом 2022 р. від благодійних фондів було придбане вкрай необхідне обладнання та медикаменти першої необхідності на суму 11543,4 тис. грн. А також надана допомога автомобілями швидкої допомоги.

Завдяки широкій інформаційній підтримці з боку місцевих, обласних та загальнодержавних ЗМІ відбувається освітлення життя лікарні, її досягнень і проблем, що сприяє виробленню позитивного іміджу серед населення.

У зв'язку із повномасштабним вторгненням РФ у лютому 2022 року, внаслідок бойових дій на території лікарні, окупації території ОТГ, лікарня була змушена припинити поточну діяльність (лютий-квітень). Внаслідок російського обстрілу медичний заклад зазнав значних пошкоджень та руйнувань, тому друга половина 2022 року, коли лікарня почала працювати на повну потужність, була зайнята покращенням матеріально-технічної бази, усунення наслідків обстрілів та прийомом пацієнтів, які вчасно не змогли звернутися до лікарні. На кінець 2022 року завдяки фінансовій та матеріальній допомозі благодійних організацій, бюджетних коштів тощо лікарня змогла повернутися до рівня довоєнного функціонування, однак велика кількість статистичних даних стосовно діяльності медичного закладу, а також деякі показники фінансового та матеріального забезпечення 2022 року різняться від 2021 року. Тому надалі у своєму дослідженні я привожу розрахунки, які спираються на дані 2021 року, що будуть об'єктивним відображенням звичайної роботи КНП «Тростянецька міська лікарня» ТМР.

## 2.2 Аналіз сильних і слабких сторін діяльності КНП «Тростянецька міська лікарня» ТМР

Відповідно до отриманих даних отриманих при проходженні практики було створено матрицю SWOT-аналізу (Таблиця 2.4)

Таблиця 2.4 - SWOT-аналіз

Внутрішні сильні сторони	Зовнішні можливості
<p>Термомодернізація лікарні</p> <p>Великий сучасний автопарк</p> <p>Капітальний ремонт відділень</p> <p>Досвід роботи в умовах COVID-19</p> <p>Широкий спектр лікувально-діагностичних процедур</p> <p>Сучасне матеріально-технічне оснащення відділень</p> <p>Безкоштовний швидкісний інтернет (Wi-Fi) по всій території лікарні.</p> <p>РІМС «МЕДСТАР», телемедицина.</p> <p>Висока інформаційна підтримка, наявність інтернет-сайту, сторінок у соціальних мережах, широке освітлення роботи медичного закладу у місцевих та державних ЗМІ.</p>	<p>Функціонування лікарні як опорної в районі, прийом ургентних хворих.</p> <p>Надання медичних послуг населенню сусідніх територіальних громад.</p> <p>Зацікавленість сусідніх громад у розвитку лікарні.</p> <p>Курси підвищення кваліфікації, спеціалізації медичних працівників.</p> <p>Транспортна доступність (залізниця, автотранспорт).</p> <p>Рекреаційні можливості Ландшафтного дендропарка «Нескучне»</p> <p>Зацікавленість випускників медичних ВУЗів у проходженні інтернатури на цій заочній базі.</p> <p>Отримання нових пакетів медичних послуг від НСЗУ.</p> <p>Співпраця з іншими ЗОЗ та міжнародна співпраця (стажування, обмін досвідом)</p>

Продовження таблиці 2.4

Внутрішні слабкі сторони	Зовнішні загрози
<p>Дефіцит професійних кадрів.</p> <p>«Зрівнялівка» у заробітній платі.</p> <p>Високе навантаження на персонал лікарні через скорочення кадрових ресурсів.</p> <p>Низький рівень мотивації персоналу (відсутність системи заохочення для підвищення зацікавленості в якості надання медичних послуг, кваліфікаційного росту тощо).</p> <p>Низький рівень цифрової грамотності серед медичного персоналу старшого віку.</p> <p>Відсутність кваліфікації для користування деякою сучасною апаратурою (бронхоскоп).</p> <p>Відсутність МРТ, КТ, реваскуляризації/тромболілізу при інсультах/інфарктах, діалізу тощо.</p> <p>Проблеми з постачанням необхідних реактивів для лабораторних аналізів.</p> <p>Комунікативні проблеми з Центрами переливання крові (дефіцит необхідних груп крові, транспортування препаратів крові), закладами третинної ланки (обласними диспансерами, клінічними лікарнями тощо).</p>	<p>Недосконалість медичної реформи.</p> <p>Територіальна наближеність до Охтирської ЦРЛ</p> <p>Оплата за надані медичні послуги буде меншою за їх собівартість.</p> <p>Погана демографічна ситуація в ОТГ та в країні в цілому (висока смертність, низька народжуваність тощо)</p> <p>Низька платоспроможність населення.</p> <p>Нестабільна ситуація з COVID-19 (протиепідемічні заходи, навантаження на персонал, зниження оплати праці).</p>

Провівши аналіз сильних сторін і можливостей (перспектив) медичного закладу, а також беручи до уваги слабкі сторони та загрози можна виділити такі види криз, що присутні у лікарні: організаційно-управлінська криза, фінансова криза, кадрова криза, техніко-технологічна криза.

#### 1) Організаційно-управлінська криза

Кризові процеси пов'язані з організацією та управлінням лікарнею ґрунтуються на проблемі статусу медичного закладу на регіональному рівні і її підпорядкування іншим структурам району і області.

Найбільш вагомим фактором цього явища є відсутність статусу опорної лікарні, який надає широкі можливості для розвитку різних напрямків діяльності закладу, розгортання додаткових ліжок у стаціонарних відділеннях, прийом ургентних хворих, вчасна діагностика гострих станів тощо.

Вирішення цієї кризи сприятиме зміні фінансових надходжень та підтримки лікарні з боку обласного центру та держави в цілому, дасть значний поштовх для вирішення інших видів криз.

## 2) Фінансова криза

Є прямим наслідком попередньої. Брак фінансових ресурсів зумовлений статусом лікарні, а отже і основними джерелами фінансування. На даний момент, основним джерелом підтримки лікарні, окрім оплати за послуги НСЗУ, є бюджет громади, на третьому місці знаходяться власні поступлення від платних послуг лікарні. Фінансова криза впливає на наступні види кризових явищ, адже прямо чи опосередковано впливає на кадрову політику медичного закладу та наявну матеріально-технічну базу.

## 3) Кадрова криза і пов'язана з нею техніко-технологічна (або матеріально-технічна)

Являє собою наслідок вищеперерахованих процесів. Дефіцит професійних кадрів, «зрівнялівка» в оплаті праці медичних працівників, високе навантаження на персонал лікарні через скорочення кадрових ресурсів, лабільність графіків чергувань, низький рівень мотивації персоналу впливають на діагностично-лікувальні можливості лікарні, а отже і на фінансові поступлення лікарні. Розширення ліжкового фонду, впровадження нових методик діагностики та лікування позитивно вплине на загальний імідж лікарні та дотримання поставленої медичним закладом місії, допоможе нівелювати



відмінності між опорною лікарнею цього регіону (КНП «Охтирська районна лікарня» ОМР)

### **2.3 Оцінювання якості надання медичної допомоги**

В ході переддипломної практики мною зібрано та систематизовано інформацію стосовно діяльності медичного закладу. Для цього проаналізовано дані первинної облікової документації: відомість обліку відвідувань у поліклініці (амбулаторії), диспансері, центрі первинної медико-санітарної допомоги, консультації, вдома (№ 039/о), медична карта стаціонарного хворого (ф. № 003/0); статистична карта хворого, який вибув із стаціонару (ф. № 066/0); журнали обліку прийому хворих в стаціонар (ф. № 001/0); журнал відмовлень у госпіталізації (ф. № 001-1/0); журнал запису оперативних втручань у стаціонарі (ф. № 008/0); протокол (карта) патологоанатомічного дослідження (ф. № 013/0); історія пологів (ф. № 096/0); карта розвитку новонароджених (ф. № 102/0).

Серед інформації, яку можна було отримати із облікової документації було відібрано ту, яка допоможе у визначенні основних індикаторів якості наданої медичної допомоги (Додаток А). Узагальнені результати подані у таблиці (Таблиця 2.5)

Таблиця 2.5 - Показники медичної діяльності стаціонару

Показник	2020 р	2021 р
Кількість пролікованих випадків	3986	4121
Кількість ліжок у стаціонарі	170	170
Фактична кількість ліжко-днів стаціонару	36263.5	36686
Кількість лікарів фактична	65	62
Кількість робітників середнього мед. персоналу	155	146
Кількість пологів	264	193
Кількість пролікованих хворих на COVID-19	230	607
К-сть хворих проліков. у відділ. хірург. профілю	1802	1857
К-сть прооперованих хворих	652	727
К-сть летальн. випадк. у стац.	85	167
Кількість померлих оперов. хворих	3	1
Кількість померлих від пневмоній:	19	67
Кількість померлих від інсультів	22	19
Кількість померлих від інфаркту міокарда	6	10
Кількість померлих від COVID-19	38	70
Кількість дітей віком до 1 року, що померла за період	1	2
К-сть померл. вагітн., роділь і породіль до 42 діб після припин. вагітн.	0	0
Ч-ло осіб уперше визн. інвалідами серед доросл. насел.	97	73
Ч-ло осіб уперше визн. інвалідами с-д осіб працезд. віку	80	68
Ч-ло дітей уперше визн. інвалід.	2	5
Кількість випадків смерті, які досліджувались патологоанатомом	14	12
Кількість розбіжностей між клінічним і патологоанатомічним діагнозом	3	0
Число абортів за період	48	25

Джерело: узагальнено автором на основі внутрішньої документації КНП «Тростянецька міська лікарня» ТМР

На основі отриманих даних визначено основні показники діяльності лікарні. Для порівняння були наведені дані щодо відповідних показників у середньому по Тростянецькій ОТГ, Охтирському районі, Сумській області та Україні в цілому. Для обчислення необхідних показників діяльності стаціонару використані формули, наведені у Додатку Б. Результати розрахунків подані у таблиці 2.6.

Для комплексної оцінки медичного процесу визначається рівень якості лікування (РЯЛ), як середній рівень, який розрахований за допомогою оцінки діагностичних заходів (ОДЗ %), клінічного діагнозу (ОД %), лікування (ОЛЗ %), стану здоров'я пацієнта після виписки (ОЯ %) (Додаток В).

Згідно отриманих даних, середня оцінка діагностичних заходів становить 95%, діагнозу – 95%, лікувально-оздоровчих заходів – 90%, стану здоров'я пацієнта після закінчення курсу лікування та реабілітації – 97.5%

РЯЛ визначається за формулою:

$$\text{РЯЛ} = (0,5\text{ОДЗ} + 0,1\text{ОД} + 0,4\text{ОЛЗ} + 1\text{ОЯ}) : 200\% = 0,95 (95\%) \quad (2.1)$$

Рівень якості лікування означає, що експертною оцінкою на основі даних, отриманих з первинної документації (історія хвороби), шляхом аналізу лікувально-діагностичного процесу було встановлено, що, загалом по вибірці, рівень якості надання медичних послуг ЗОЗ становить 95%.

Таблиця 2.6 - Основні показники-індикатори діяльності КНП  
«Тростянецька міська лікарня» ТМР

Показник	Одиниця виміру	Україна 2018 р.	Сумська область	2020 район	Показники Тростянецької ОТГ		
					2020р.	2021р.	
						абс.	відн.
Рівень госпіталізації в стаціонарі	на 100 жит	19,4	21,9	11,62	3986/11,62	4121	12,18
Забезпеченість населення стаціонарними ліжками	на 10 тис. насел.	66,1	75,2	49,58	170/49,57	170	50,26
Кількість днів роботи ліжка	в днях	317,8	311,1	213,9	213,4	-	215,8
Середній термін перебування хворого на ліжку	в днях	10,9	11,1	9,1	9,1	-	8,9
Оберт ліжка				23,4	23,44	-	24,2
Забезпеченість лікарями	на 10 тис. нас.	37,4	36,4	65/18,9	83/24,21	62	18,33
Забезпеченість середніми медичними працівниками	на 10 тис. нас.	74,7	88,9	155/45,2	217/63,29	146	43,17
Коефіцієнт співвіднош. к-сті посад лікарів до посад мед. сестер	коэф. співвідн.	2003р. 1,9	0,67	0,53	108,1/219,0 0,49	77,25/ 146,0	0,53
Летальність	%	1,4	1,28	2,13	72/3986 1,8	167/ 4121	4,05
Післяопераційна летальність	%	0,57	0,28	0,61	3/0,8	1/727	0,14
Смертність від гострих пневмоній	на 1 тис. насел.		0,07*	0,55	12/0,35	67	1,98
Смертність від інсультів	на 1 тис. насел.		0,84	0,64	20/0,58	19	0,56
Смертність від інфаркту міокарда	на 1 тис. насел.	2015р 0,24	0,21	0,17	4/0,12	10	0,29
Перинатальна смертність	на 1000 народж.	8,7	9,8*	9,0*	10,52	2	10,36

Продовження таблиці 2.6

1	2	3	4	5	6	7	8
Рівень смертності немовлят	на 1000 народж. живими	7,1	5,8*	3,78	1/3,98	2	10,36
Материнська смертність	на 100 тис. нар.жив.	14,7	46,0*	-	-	-	-
Летальність від COVID до всіх хворих даного захворювання (в стац.)	%	1,59	0,46	9,5	20/210 9,5	70/607	11,5
Загальна плідність	на 1т.ф.	316297	6375	264	251/33,59	177	23,69
Рівень первинної інвалідності серед дорослого населення	на 10 тис. насел.	44,2	35,5	33,28	84/29,43	73	25,53
Рівень первинної інвалідності осіб працездатного віку	На 10000 насел.	50,3	42,0	41,71	69/36,75	68	35,71
Рівень первинної інвалідності дитячого населення	на 10000 дит. нас.	21,2	21,8	3,89	2/3,95	5	9,56
Розбіжність клінічних та патологоанатомічних діагнозів	%	2009р. 10,6	5,1	21,4	1/12 8,3	-/12	-
Хірургічна активність в стаціонарах хірургічного профілю	в%		58,4	36,18	652/1802 36,18	727/ 1857	40,76
Число абортів на 1000 жінок фертильного віку	на 1 тис.ферт. віку	8,15	5,0	6,33	34/4,55	25	3,35
Число кесаревих розтинів	на 1 тис.ферт. віку				18/2,41	8	1,07
Частота вперше виявлених деструктивних форм туберкульозу серед вперше виявлених хворих	На 10000 насел.	12,5	13,4	2,3	2,4	4	1,18
Частота вперше виявлених злоякісних новоутворень виявлених вперше в IV ст. захворювань	На 10000 насел.	17,1	10,6		8,62	27	7,98

Джерело: узагальнено автором на основі внутрішньої документаціїКНП

«Тростянецька міська лікарня» ТМР

Аналізуючи результати, занесені до таблиці 2.6 можна зробити висновок, що рівень госпіталізації по лікарні нижче, ніж по області і по країні. Це з однієї сторони зменшує фінансові поступлення за пролікований випадок, але, водночас, зменшує випадки гіпернозогнозії (переоцінка тяжкості стану пацієнта), непотрібних аналізів та покупки ліків.

Забезпеченість ліжками в ЗОЗ менше, ніж у середньому по Україні. Це пояснюється оптимізацією ліжкового фонду, зменшенні витрат на утримання резервних ліжок, що не використовуються. Але слід зазначити, що слід уникати необдуманого зниження кількості ліжок для уникнення втрати певних важливих функцій ЗОЗ (наприклад, готовність до протиепідемічних заходів).

Середній термін перебування хворого на стаціонарному лікуванні («на ліжку») менше, ніж в цілому по країні, це є метою для ефективного використання стаціонарних ліжок – зменшення часу перебування хворого на ньому (у разі сприятливого перебігу), для забезпечення більшого обертів ліжка, зменшення ризику розвитку госпітальних ускладнень тощо.

Забезпеченість лікарями та середнім медичним персоналом (фізичними особами) у КНП нижче ніж по Україні і по області, що викликано, з однієї сторони, реформою медичної системи країни та оптимізацією медичних кадрів, з іншої – недостатньою фінансовою підтримкою держави медичної галузі, через що відбувається зменшення кількості працівників.

Летальність по КНП «Тростянецька міська лікарня» ТМР вища у порівнянні з середнім по Україні (дані на 2018 рік) та по області у результаті пандемії COVID-19, адже частка летальних випадків серед хворих на коронавірусну хворобу значно вища, ніж інші причини смертей по лікарні. Слід зазначити, що лікарня була опорною по COVID-19 у 2020-2021 роках, що і спричинило підвищення загальної летальності по стаціонарним відділенням.

Смертність немовлят вища, ніж по країні в цілому, що викликано зменшенням кількості пологів по громаді, як результат загальної депопуляції, нестабільною економічною ситуацією в країні тощо.

Материнська смертність становить 0%, що нижче ніж по країні, що

пов'язано з якісним наданням акушерсько-гінекологічної допомоги.

Рівень первинної інвалідності по різних групах населення менше, ніж по області та Україні в цілому, що обумовлено ранньою діагностикою та більшою контрольованістю хронічних захворювань, ефективною діяльністю медичної допомоги, що спрямована на первинну та вторинну профілактику захворювань.

Розбіжність клінічних і патологоанатомічних діагнозів за 2021 рік дорівнює 0, що менше у порівнянні з тим же періодом за 2020 рік та в цілому по області та країні, що свідчить про підвищення якості діагностики захворювань, що пов'язано з впровадженням нових методів діагностики, закупці нового діагностичного обладнання тощо.

Хірургічна активність в стаціонарних відділеннях хірургічного профілю нижче, ніж по області, але вище, ніж по Охтирському району та за аналогічний період 2020 року, що говорить про збільшення ургентних втручань, впровадження нових технік хірургічних маніпуляцій та підвищення діагностичних потужностей ЗОЗ та дає змогу залучити додаткові фінансові нарахування з боку НСЗУ за пакетами хірургічного профілю.

Рівень абортів нижче, ніж по країні в цілому, що є показником репродуктивного здоров'я фертильних жінок.

Для оцінки ефективності діяльності та дефектів роботи КНП «Тростянецька міська лікарня» ТМР використано модель кінцевих результатів по окремим важливим для медичного процесу показникам (таблиця 2.7).

Таблиця 2.7 - Модель кінцевих результатів

№ з/п	Назва показника	Одиниця виміру	Нормативний показник	Знак	Оцінка в балах		Досягнутий показник результат.	Показник результат.
					Нормативу	Відхилення		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Показники результативності</b>								
1	Смертність	%	12,5	-	4	0,32	18,66	2,03
2	Смертність немовлят	%	9,0	-	7	0,56	11,24	5,75
3	Смертність населення працездатного віку	%	9,5	-	6	0,63	5,46	6
4	Перинатальна смертність	%	8,5	-	8	0,47	7,57	8
5	Первинний вихід на інвалідність серед осіб працездатного віку	Випадків на 10000 прац.	40,0	-	5	0,10	35,71	5
6	Первинний вихід на інвалідність серед осіб дитячого віку	Випадків на 10000 дітей	16,0	-	4	0,25	9,56	4
7	Хірургічна активність в стаціонарах хірургічного профілю	%	55,0	+	3	0,06	40,50	2,13
8	Середній термін перебування хворого на ліжку	днів	10	-	2	0,20	8,80	2
9	Рівень якості лікування (РЯЛ)	%	100	+	5	0,01	95,00	4,95



## Продовження таблиці 2.7

Показники дефектів								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Частота серед вперше виявлених: деструктивних форм туберкульозу	На 10000 населення				0,2	1,18	0,24
	онкологічних захворювань на IV стадії	На 10000 насел.				0,2	7,98	1,59
2	Обґрунтовані скарги: деонтологічні	Скарг на 10000 насел.				3	0	0
	на низьку якість медичного обслуговування	Скарг на 10000 насел.				1	0,29	0,29
3	Материнська смертність	‰				10	0	0

За даними таблиці розраховуємо показник результативності (ПР) за формулою, що подана у розділі 1, результати занесені у таблицю 2.4.

Визначаємо коефіцієнт досягнення результату.

$$КДР = \frac{((ПР1 + ПР2 + \dots + ПРn) - (ПД1 + ПД2 + \dots + ПДn))}{НЗ1 + НЗ2 + \dots + НЗn} \quad (2.2)$$

$КДР = ((2,03+5,75+6+8+5+4+2,13+2+4,95)-(0,24+1,59+0+0,29+0))/44=0,81$  (81% - досягнення результату, тобто намічених нормативів)

### Аналіз результатів

На основі моделі кінцевих результатів можна визначити досягнення конкретних нормативних показників, для мого дослідження, стосовно КНП «Тростянецька міська лікарня» ТМР на рівні 81% від назначених цілей, що відповідає високому рівню.

Серед недоліків роботи, що вплинули на результати слід відзначити високу смертність, що має підґрунтя у пандемії COVID-19 з високим рівнем смертності та опорний статус лікарні по даній хворобі. Смертність немовлят також впливає на отриманий результат. Причиною підвищення смертності серед немовлят є не стільки абсолютна кількість випадків смерті немовлят до 1 року, скільки низький рівень народжуваності, або абсолютне число дітей, народжених за поточний рік.

Зафіксовані випадки первинно виявлених деструктивних форм туберкульозу свідчать про недостатнє охоплення профілактичними оглядами груп ризику щодо даного захворювання, а виявлення запущених випадків онкопатологій показує недоліки онкооглядів серед населення, у тому числі, скринінгу онкології серед працюючого населення у процесі профоглядів.

Низький рівень забезпеченості медичними кадрами (низька забезпеченість лікарями та середнім медичним персоналом) створює додаткове навантаження на існуючі кадрові ресурси шляхом перерозподілу обов'язків між ними, що суттєво знижує якість надання медичних послуг кожного з них окремо та вцілому по ЛПЗ та фінансові поступлення за надані послуги, адже на фоні падіння якості обслуговування може зменшитись кількість пацієнтів, що виберуть даний ЗОЗ для свого лікування.

Слід акцентувати увагу на тому, що модель кінцевих результатів охоплює лише частину з існуючих індикаторів, що прямо чи опосередковано вказують на певні особливості процесу надання медичної допомоги, але її повнота (тобто об'єктивність щодо якості медичного обслуговування) залежить від кількості намічених змінних (тобто задіяних індикаторів) та від експертної оцінки значення того чи іншого індикатору відповідно до його медичної значущості.

### **РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У КНП «ТРОСТЯНЕЦЬКА МІСЬКА ЛІКАРНЯ» ТМР**

#### **3.1 Аналіз системи контролю та якості медичних послуг**

Базуючись на даних, які були отримані на основі розрахунків у розділі 2 можна зробити висновок, що у ЗОЗ існують проблеми з якістю надання медичних послуг. Рівень досягнення поставлених нормативів - 81%, що відповідає високому рівню досягнення результатів, однак має певні дефекти роботи та показники, що не досягли поставлених значень. В основі проблем ЗОЗ можна виділити такі причини:

##### **1. Структурно-організаційна**

Втрата опорного статусу спричинила зменшення пролікованих ургентних випадків захворювань, адже ургенцію, як і хворих на COVID-19, в першу чергу, транспортують до Охтирської районної лікарні, а не за територіальним принципом (до найближчої лікарні). Ургентні випадки структурно складають велику частку оперативних втручань, що здійснюються в стаціонарі, тож загальний рівень хірургічної активності знижується. Також, до ургентних випадків відносять інфаркт міокарду, інсульти, ГРДС як наслідок COVID-19 тощо, які за теперішніх умов транспортуються до іншого ЗОЗ, зменшуючи нарахування за проліковані випадки від НСЗУ, що є основним джерелом фінансових поступлень лікарні.

##### **2. Фінансова**

Пов'язана із попередньою, внаслідок чого знижується лікувально-діагностичний потенціал ЗОЗ, адже зі зменшенням доходу постають проблеми із вчасним постачанням необхідного обладнання, реактивів для лабораторії, утримання ліжкового фонду тощо, що значно впливає на якість наданих послуг, адже унеможлиблює, у деяких випадках, всеохоплюючу діагностику і адекватне

стану пацієнта лікування.

### 3. Кадрова

Низька забезпеченість лікарями та середнім медичним персоналом як наслідок спроби оптимізації витрат ЗОЗ спричинила погіршення якості надання медичних послуг через збільшення навантаження на існуючі кадри (фізичних осіб). Це, у свою чергу, спричинює зменшення доходів лікарні через зменшення кількості пацієнтів, які обирають ЗОЗ для свого лікування.

Щодо інших причин, слід виділити демографічно-соціальне підґрунтя: низька платоспроможність населення, низька народжуваність, висока смертність, старіння населення дають негативний фон для хронізації захворювань, їх неконтрольований перебіг, часто, запущені випадки патологій, які виявляють при госпіталізації пацієнтів у декомпенсованому стані.

#### 3.2 Заходи для покращення якості медичної допомоги

- 1) Визначити пріоритетні напрямки лікувально-діагностичних процесів, що надають найбільш вагомий внесок у фінансові поступлення лікарні та сфокусувати увагу на їх стабільному фінансуванні задля стабільно високого рівня якості медичної допомоги цими структурами.
- 2) Збільшення медичного потенціалу щодо надання терапевтичної та хірургічної допомоги (збільшення кількості ліжко-місць, матеріально-технічне оснащення, закупка необхідних медикаментів та оперативного інструментарію) створить стабільний попит на медичні послуги серед населення регіону саме цього ЗОЗ;
- 3) Створити умови для підвищення кількості медичних кадрів задля всебічного спеціалізованого надання вторинної і третинної медичної допомоги, уникати скорочення кадрів, створити додаткові робочі місця задля зменшення навантаження на персонал через перерозподіл обов'язків, створити систему заохочення медичних працівників за якісне надання медичної допомоги. Всестороннє залучення до надання

- медичних послуг лікарів-стажистів (інтернів) задля підвищення їх професіональних якостей;
- 4) Безперервний процес вдосконалення медичної майстерності для лікарів та медичних сестер, проведення додаткових курсів, занять, тренінгів, лекцій на території ЗОЗ;
  - 5) Впровадження сучасних методик, розвиток принципово нових перспективних напрямків діагностики та лікування (МРТ, КТ, реваскуляризації/тромболілізу при інсультах/інфарктах, діалізу тощо);
  - 6) Укладання з НСЗУ договорів на нові додаткові пакети медичних послуг на основі впроваджених раніше нових методик діагностики та лікування;
  - 7) Запровадження регулярних перевірок завідуючими відділення дотримання лікарями локальних протоколів надання медичної допомоги при різних патологіях;
  - 8) Широке освітлення у місцевих, регіональних та державних ЗМІ результатів покращення якості надання медичної допомоги задля пошуку потенційних інвесторів та, додатково, пацієнтів, що збільшить фінансові поступлення ЗОЗ для подальшої модернізації лікарні;
  - 9) Робота з населенням, проведення виїзних консультацій вузьких спеціалістів по населеним пунктам громади для ранньої діагностики захворювань, пропагування вакцинації у тому числі проти COVID-19 для зниження летальності від цього захворювання;
  - 10) Розробка нових маршрутів доставки пацієнтів відповідно до територіальної приналежності та часу довозу для своєчасного надання ургентної медичної допомоги на базі лікарні для зменшення внутрішньолікарняної та післяопераційної летальності як наслідку занедбаних випадків захворювань, підвищення нарахувань за проліковані випадки з боку НСЗУ;

### **3.3 Ефект від впровадження запропонованих рекомендацій**

Впровадження запропонованих рекомендацій дасть змогу:

- підвищити якість надання медичної допомоги;
- сформувати належний лікувально-діагностичний потенціал лікарні;
- покращити забезпечення закладу висококваліфікованими мотивованими до роботи медичними працівниками для якісного надання медичної допомоги;
- створити якісну взаємодію між різними ланками медичної допомоги та збільшення кількості звернень від потенційних пацієнтів;
- підписати нові пакети медичної допомоги з НСЗУ для збільшення прибутку закладу.

## ВИСНОВКИ

В ході проведеного дослідження уточнена точка зору відносно динамічності охорони здоров'я як інституційного середовища, систематизовано теоретичні основи контролю якості медичних послуг відповідно до сучасних стандартів, узагальнено основні ланки контролю якості. Доведена роль циклу PDCA у загальному контролі якості (TQM), який, у свою чергу, є найбільш всеохоплюючою методикою управління якістю, у якій кожний член організації є ланкою контролюючого процесу і самостійною одиницею, яка аналізує свою частину контролюючої функції. Основними принципами TQM є орієнтація на клієнта, повна залученість працівників, орієнтація на процес, інтегрована система, стратегічний і системний підхід, постійне вдосконалення, прийняття рішень на основі фактів, комунікація. Модель загального контролю якості покладена в основу розроблених стандартів ISO серії 9000, що містить стандартизовані параметри та рекомендації щодо їх впровадження для розробки системи контролю якості в організації. Розглянуто законодавчу основу та шляхи зовнішнього і внутрішнього контролю якості, доведена роль внутрішнього аудиту як основного механізму внутрішнього контролю якості. В роботі систематизовано дані стосовно основних показників-індикаторів, що свідчать про рівень якості в організації та описано їх використання як маркери досягнення поставлених цілей на прикладі моделі кінцевих результатів.

Охарактеризовано структуру КНП «Тростянецька міська лікарня» ТМР, її матеріально-технічний, економічний стан, кадрове забезпечення. В ході проведеного аналізу на основі матриці SWOT-аналізу виявлено кризові явища в закладі охорони здоров'я, а саме: організаційно-управлінська криза, фінансова криза, кадрова криза і пов'язана з нею техніко-технологічна (або матеріально-технічна) криза. На основі теоретичних знань було проаналізовано роботу КНП в аспектах якості надання медичної допомоги та досягнення поставлених нормативів якості шляхом оцінки індикаторів якості та моделі кінцевих результатів. Для лікарні розраховано високий рівень досягнення результатів

(81%), охарактеризовано основні недоліки, які вплинули на результуючу оцінку, серед основних причин виділено демографічний стан ОТГ, кризові явища в лікарні.

На основі отриманих даних про існуючі проблеми розроблено рекомендації, мета яких усунення вад та поліпшення загального рівня якості надання медичної допомоги.

Виконання цих заходів дасть змогу сформувати належний лікувально-діагностичний потенціал лікарні; покращити забезпечення закладу висококваліфікованими мотивованими до роботи медичними працівниками для якісного надання медичної допомоги; створити якісну взаємодію між різними ланками медичної допомоги та збільшення кількості звернень від потенційних пацієнтів; підписати нові пакети медичної допомоги з НСЗУ для збільшення прибутку закладу.

Доведена роль усього персоналу лікарні в удосконаленні якості медичної допомоги та її контролі. Водночас, значний об'єм рекомендованих змін вимагає значної оптимізації ресурсної бази та управлінських процесів, бажання керівництва та підлеглих працювати на покращення якості, що передбачує чітко визначені засоби підвищення мотивації, які будуть мати найбільшу ефективність в умовах сучасного реформування галузі охорони здоров'я.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. North D. C. Institutions and the Performance of Economies over Time. Handbook of New Institutional Economics. Berlin, Heidelberg, 2008. P. 21–30.
2. Williamson O. E. The New Institutional Economics: Taking Stock, Looking Ahead. Journal of Economic Literature. 2000. Vol. 38, no. 3.
3. Scott W. R. Institutions and Organizations: Ideas, Interests, and Identities. SAGE Publications, Incorporated, 2013. 360 p.
4. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : Закон України від 06.04.2017 р. № 2002-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19#Text>
5. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII : станом на 1 січ. 2023 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
6. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості : Закон України від 14.11.2017 р. № 2206-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text>
7. Taylor B. W., Russell R. S. Operations and Supply Chain Management. Wiley&Sons, Incorporated, John, 2019. 832 p.
8. Deming W. E. Improvement of quality and productivity through action by management. National Productivity Review. 1981. Vol. 1, no. 1. P. 12–22.
9. Juran J. M., Godfrey A. B. Juran's Quality Handbook. McGraw-Hill Professional, 1998. 1872 p.
10. Закон України про захист прав споживачів: Офіц. вид. Київ: Парлам. вид-во, 2001. 32 с. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1023-12#Text>.
11. Про затвердження Єдиного термінологічного словника (Глосарій) з питань управління якості медичної допомоги : Наказ МОЗ України від 20.07.2011 р. № 427. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0427282-11#Text>.

12. Factsheet: Quality health services. World Health Organization (WHO). URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>.
13. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Mich: Health Administration Press, 1980. 163 p.
14. Sadikoglu E., Olcay H. The Effects of Total Quality Management Practices on Performance and the Reasons of and the Barriers to TQM Practices in Turkey. Advances in Decision Sciences. 2014. Vol. 2014. P. 1–17.
15. Total Quality Management (TQM): What is TQM? | ASQ. Excellence Through Quality | ASQ. URL: <https://asq.org/quality-resources/total-quality-management>
16. Про порядок контролю якості медичної допомоги : Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 752. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text>.
17. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 01.01.2012 р. № 3611-VI : станом на 30 січ. 2018 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3611-17#Text>.
18. Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування : Наказ МОЗ України від 05.02.2016 р. № 69: станом на 5 квіт. 2022 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0285-16#Text>.
19. Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги : Наказ МОЗ України від 11.09.2013 р. № 795. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1669-13#Text>.
20. Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України : Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751 : станом на 2 листоп. 2018 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12#Text>.
21. ДСТУ ISO 9000:2015. Системи управління якістю. Основні положення та словник термінів. На заміну ДСТУ ISO 9000–2005; чинний від 2016-07-01.

- Вид.офіц. Київ: ДП «УкрНДНЦ», 2016. 49 с. URL: <https://khoda.gov.ua/image/catalog/files/%209000.pdf>.
22. ДСТУ ISO 9001:2015. Системи управління якістю. Вимоги. На заміну ДСТУ ISO 9001:2009; чинний від 2016-07-01. Вид.офіц. Київ: ДП «НДІ «Система», 2016.
23. ДСТУ ISO 9004:2018. Управління якістю. Якість організації. Настанови щодо досягнення сталого успіху. На заміну ДСТУ ISO 9004:2012; ДСТУ ISO 9004-2-96; ДСТУ ISO 9004-3-98; ДСТУ ISO 9004-4-98; чинний від 2020-01-01. Вид.офіц. Київ, 2016. URL: [http://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page.html?id\\_doc=81206](http://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page.html?id_doc=81206).
24. Про технічні регламенти та оцінку відповідності : Закон України від 15.01.2015 р. № 124-VIII: станом на 1 січ. 2023 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/124-19#Text>.
25. Про атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою : Наказ МОЗ України від 23.11.2007 р. № 742: станом на 30 берез. 2021 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1368-07#Text>.
26. Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування : Наказ МОЗ України від 05.02.2016 р. № 69: станом на 5 квіт. 2022 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0285-16#Text>.
27. Сміянов В. Особливості застосування внутрішнього аудиту в закладах охорони здоров'я. Здоров'я нації. 2013. № 2. С. 113–117.
28. Контроль якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я : Метод. рек. Ужгород: Ужгор. нац. ун-т, 2014. 48 с. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/21118/1/Методичка%20Якість.pdf>
29. About the Profession. Home | The Institute of Internal Auditors | The ІІА. URL: <https://www.theiia.org/en/about-us/advocacy/about-the-profession/>(date of access: 09.02.2023).

30. Role of Internal Audit in Enterprise Risk Management. COSO Enterprise Risk Management. Hoboken, NJ, USA, 2011. P. 247–266. URL: <https://doi.org/10.1002/9781118269145.ch13>.
31. Тростянецька міська рада. Тростянецька міська рада. URL: <https://trostyanets-miskrada.gov.ua/> (дата звернення: 10.02.2023).
32. Комунальне Некомерційне Підприємство "Тростянецька Міська Лікарня" Тростянецької Міської Ради - вітаємо на офіційному веб-сайті. URL: <http://trostyanecka.crl.org.ua/> (дата звернення: 10.02.2023).

## ДОДАТКИ

### ДОДАТОК А

#### Індикатори якості медичної допомоги [19][28]

##### Вторинна медична допомога

- летальність в стаціонарі, в т.ч. дорослих від захворювань терапевтичного профілю; дітей від захворювань терапевтичного профілю; від інфаркту міокарда; від інсульту (звітна форма N 20) ( z1009-07 );
- післяопераційна летальність при операціях на органах черевної порожнини (звітна форма N 20) ( z1009-07 );
- перинатальна смертність (звітна форма N 21-А) ( z0116-08 );
- рання неонатальна смертність (звітна форма N 21-А) ( z0116-08 );
- випадки материнської смертності (звітна форма N 21-А) ( z0116-08 );
- частота скарг на медичне обслуговування (по даних соціологічного опитування);
- летальність дорослих від захворювань терапевтичного профілю;
- летальність дітей від захворювань терапевтичного профілю;
- частота переведених хворих в стаціонари інтенсивної терапії, в т.ч. дорослих з захворюваннями терапевтичного профілю, дітей з захворюваннями терапевтичного профілю, жінок з захворюваннями жіночих статевих органів (ф. N 016/о) ( va184282-99 );
- частота скарг на медичне обслуговування (по даних соціологічного опитування);
- питома вага пролікованих (хворих або постраждалих або інвалідів), реабілітованих повністю (ф. N 66 - після автоматизації її обробки);
- питома вага пролікованих (хворих або постраждалих або інвалідів), реабілітованих частково (ф. N 66 - після автоматизації її обробки);
- кількість скарг на 100 хворих (по даних соціологічного опитування);
- смертність до приїзду бригади ШМД (звітна форма N 22);

- смертність в процесі транспортування хворого/постраждалого бригадою ШМД (ф. N 110/о ( za149-11 ) - після автоматизації її обробки);
- добова летальність в стаціонарі хворого/постраждалого, доставленого бригадою ШМД (066/о ( va184282-99 ) - після автоматизації її обробки).

#### Третинна медична допомога

- летальність дорослих від захворювань терапевтичного профілю (звітна форма N 20) ( z1009-07 );
- летальність дітей від захворювань терапевтичного профілю (звітна форма N 20) ( z1009-07 );
- частота ускладнень у дорослих від захворювань терапевтичного профілю (ф. ф. N 003/о, 066/о) ( va184282-99 );
- частота ускладнень у дітей від захворювань терапевтичного профілю (ф. ф. N 003/о, 066/о) ( va184282-99 );
- частота ускладнень у хворих з інфарктом міокарда (ф. ф. N 003/о, 066/о) ( va184282-99 );
- частота ускладнень у хворих з інсультом (ф. ф. N 003/о, 066/о) ( va184282-99 );
- частота ускладнень після операцій на органах черевної порожнини (ф. ф. N 003/о, 066/о ( va184282-99 ), 008/о) ( va184282-99 );
- частота ускладнень у постраждалих від травм (ф. ф. N 003/о, 066/о) ( va184282-99 );
- частота ускладнень після операцій на жіночих статевих органах (ф. ф. N 003/о, 066/о ( va184282-99 ), 008/о) ( va184282-99 );
- частота нормальних пологів (звітна форма N 21) ( z1009-07 );
- летальність від інфаркту міокарда (звітна форма N 20) ( z1009-07 );
- летальність постраждалих від травм (ф. ф. N 003/о, 066/о) ( va184282-9994);

- летальність від інсульту (звітна форма N 20) ( z1009-07 );
- післяопераційна летальність при операціях на органах черевної порожнини (звітна форма N 20) ( z1009-07 )
- післяопераційна летальність при операціях на жіночих статевих органах (звітна форма N 20) ( z1009-07 );
- перинатальна смертність (ф. ф. N 106-2/о ( z1154-06 ), 106-1/о ( z1153-06 ); звітна форма N 21-A) ( z0116-08 );
- випадки материнської смертності - (ф. ф. N 106/о ( z1152-06 ), 106-1/о ( z1153-06 ); звітна форма N 21-A) ( z0116-08 );
- частота скарг на медичне обслуговування (по даних соціологічного опитування).

## ДОДАТОК Б

### Основні формули для обчислення діяльності закладу охорони здоров'я [28]

- 1) Рівень госпіталізації в стаціонарі = 
$$\frac{\text{Кількість госпіталізованих до стаціонару за рік}}{\text{Середньорічна чисельність населення громади}} * 100$$
- 2) Забезпеченість населення стаціонарними ліжками = 
$$\frac{\text{Кількість стаціонарних ліжок}}{\text{Середньорічна чисельність населення}} * 10000$$
- 3) Кількість днів роботи ліжка = 
$$\frac{\text{Фактична кількість ліжко-днів стаціонару}}{\text{Кількість стаціонарних ліжок}}$$
- 4) Середній термін перебування хворого на ліжку = 
$$\frac{\text{Фактична кількість ліжко-днів стаціонару}}{\text{Кількість пролікованих випадків}}$$
- 5) Оберт ліжка = 
$$\frac{\text{Кількість госпіталізованих до стаціонару за рік}}{\text{Кількість стаціонарних ліжок}}$$
- 6) Забезпеченість лікарями = 
$$\frac{\text{Кількість лікарів фактична}}{\text{Середньорічну чисельність населення}} * 10000$$
- 7) Забезпеченість середніми мед. працівниками (фізичними особами) = 
$$\frac{\text{Кількість робітників середнього мед.персоналу}}{\text{Середньорічну чисельність населення}} * 10000$$
- 8) Коефіцієнт співвідн. кількості посад лікарів до посад мед. сестер = 
$$\frac{\text{Кількість лікарів фактична}}{\text{Кількість робітників середнього мед.персоналу}}$$

- 9) Летальність =  $\frac{\text{Кількість летальних випадків у стаціонарі}}{\text{Кількість пролікованих випадків}} * 100\%$
- 10) Післяопераційна летальність =  $\frac{\text{Кількість померлих оперованих хворих}}{\text{Кількість прооперованих хворих}} * 100\%$
- 11) Смертність від гострих пневмоній =  $\frac{\text{Кількість померлих від пневмоній}}{\text{Середньорічна чисельність населення}} * 1000$
- 12) Смертність від інсультів =  $\frac{\text{Кількість померлих від інсультів}}{\text{Середньорічна чисельність населення}} * 1000$
- 13) Смертність від інфаркту міокарда =  $\frac{\text{Кількість померлих від ІМ}}{\text{Середньорічна чисельність населення}} * 1000$
- 14) Смертність немовлят =  $\frac{\text{Кількість дітей віком до 1 року, що померли за період}}{\text{Кількість дітей, що народилася за період}} * 1000$
- 15) Материнська смертність =  $\frac{\text{Кількість померлих вагітних, роділь і породіль до 42 днів після припинення вагітності}}{\text{Число живонароджених}} * 1000$
- 16) Летальність від COVID (в стаціонарах лікарні) =  $\frac{\text{Кількість померлих від COVID-19}}{\text{Кількість пролікованих випадків COVID-19}} * 100\%$
- 17) Загальна плідність =  $\frac{\text{Кількість народжених живими}}{\text{Кількість жінок фертильного віку}} * 1000$
- 18) Рівень первинної інвалідності серед дорослого населення =  $\frac{\text{Число осіб уперше визн.інвалідами серед доросл.населення}}{\text{Кількість дорослого населення}} * 1000$
- 19) Рівень первин. інвалід. серед доросл. насел. працездатного віку =  $\frac{\text{Число осіб уперше визн.інвалідами серед доросл.населення}}{\text{Кількість дорослого населення}} * 1000$
- 20) Рівень первинної інвалідності дитячого населення =  $\frac{\text{Число осіб уперше визн.інвалідами серед дитячого населення}}{\text{Кількість дитячого населення}} * 1000$
- 21) Розбіжність клінічних та патологоанатомічних діагнозів =  $\frac{\text{Кількість розбіжностей між клінічним і патологоанатомічним діагнозом}}{\text{Кількість розбіжностей між клінічним і патологоанатомічним діагнозом}} * 100\%$
- 22) Хірургічна активність в стаціонарах хірургічного профілю =  $\frac{\text{Кількість прооперованих хворих}}{\text{Кількість хворих пролікованих у відділеннях хірургічного профілю}} * 100\%$
- 23) Число абортів на 1000 жінок фертильного віку =  $\frac{\text{Кількість абортів}}{\text{Кількість жінок фертильного віку}} * 1000$
- 24) Число кесаревих розтинів =  $\frac{\text{Кількість кесаревих розтинів}}{\text{Кількість жінок фертильного віку}} * 1000$



## ДОДАТОК В

### Шкала оцінки рівня якості лікування[28]

<b>ОЦІНКА ДІАГНОСТИЧНИХ ЗАХОДІВ (ОДЗ, %)</b>	
Діагностичне обстеження не проведене	0
Виконані окремі малоінформативні обстеження	25
Обстеження проведено наполовину	50
Обстеження проведено майже повністю	75
Обстеження проведено повністю	100
<b>ОЦІНКА ДІАГНОЗУ (ОД, %)</b>	
Невідповідність між встановленим діагнозом і клініко-діагностичними даними	0
Відсутність розгорнутого клінічного діагнозу з вказівкою стадії, локалізації, порушення функції, наявності ускладнень	50
Встановлено розгорнутий клінічний діагноз із вказівкою стадії, локалізації, порушення функції, наявності ускладнень	75
Встановлено розгорнутий клінічний діагноз основного та супутніх захворювань	100
<b>ОЦІНКА ЛІКУВАЛЬНО-ОЗДОРОВЧИХ ЗАХОДІВ (ОЛЗ,%)</b>	
Лікувально – оздоровчі заходи практично не проводились	0
Виконані окремі малоефективні процедури, маніпуляції та заходи	25
Лікувально-оздоровчі заходи виконані наполовину	50
Лікувально-оздоровчі заходи виконані майже повністю; є окремі недоліки	75
Набір лікувально – оздоровчих заходів виконано повністю	100
<b>ОЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТА ПІСЛЯ ЗАКІНЧЕННЯ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ (ОЯ, %)</b>	
Очікувані результати лікувально – профілактичного процесу та реабілітації практично відсутні	0
Незначне покращення стану здоров'я при явних відхиленнях результатів параклінічних досліджень від нормативних значень	50
Досягнуто очікуваних результатів лікувально – профілактичного процесу та реабілітації, проте спостерігаються помірні відхилення результатів параклінічних досліджень від нормативних значень	75
Отримані результати лікувально – профілактичного процесу та реабілітації повністю відповідають клінічним протоколам	100