

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Центр заочної, дистанційної та вечірньої форм навчання
Кафедра управління імені Олега Балацького

Шифр

Наказ ректора про
затвердження теми

„До захисту допускається”
завідувачка кафедри
_____ Г. О. Швіндіна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА БАКАЛАВРА

на тему:

**«Управління якістю надання медичних послуг населенню на прикладі
КНП «Недригайлівський центр первинної медико-санітарної допомоги»»
за спеціальністю 073 «Менеджмент»**

Студента гр. Мз-73-9с Козловської Надії Іванівни

Подається на здобуття освітнього ступеня бакалавр.

Кваліфікаційна робота бакалавра містить результати власних досліджень.
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на
відповідне джерело _____

Науковий керівник: Оніщенко М.Л, к.е.н., доц.

Суми 2021р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ЦЗДВН

Кафедра управління імені Олега Балацького

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

„_____” _____ 20____ р.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ БАКАЛАВРА

за спеціальністю

073 "Менеджмент"

студентці групи Мз-73-9с

Козловська Н. І.

1. Тема роботи: «Управління якістю надання медичних послуг населенню на прикладі КНП «Недригайлівський центр медико-санітарної допомоги»»
затверджена наказом по СумДУ № _____ від „_____” _____ 20____ р.
2. Термін подання студентом закінченої роботи _____
3. Мета кваліфікаційної роботи: аналіз і систематизація наявних і виявлення нових варіантів удосконалення системи управління якістю надання медичних послуг.
4. Об'єкт дослідження: напрями вдосконалення управління та діяльності КНП "Недригайлівський центр медико-санітарної допомоги"
5. Предмет дослідження: методи та механізми забезпечення взаємовідносин в процесі виконання своєї місії з отримувачами медичних послуг.
6. Кваліфікаційна робота виконується на матеріалах: КНП "Недригайлівський центр первинної медико-санітарної допомоги"
7. Орієнтовний план кваліфікаційної роботи, терміни подання розділів керівникові та зміст завдань для виконання поставленої мети.

№ пор.	Назва розділу	Термін подання
I	Теоретико-методологічні засади управління якістю надання медичних послуг	
II	Аналіз діяльності КНП "Недригайлівський центр первинної медико-санітарно допомоги"	
III	Удосконалення системи управління якістю надання медичних послуг в КНП "Недригайлівський центр первинної медико-санітарної допомоги"	

Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи бакалавра:

У розділі 1 студент має дослідити теоретико-методологічні засади управління якістю надання первинної медико-санітарної допомоги у інших країнах світу.

У розділі 2 студент має провести аналіз організації надання первинної медико-санітарної допомоги.

У розділі 3 студент має запропонувати основні шляхи удосконалення системи управління якістю надання медичних послуг.

8. Консультації щодо виконання роботи:

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

9. Дата видачі завдання _____

Керівник кваліфікаційної роботи _____ Оніщенко М.Л.
(підпис)

Завдання до виконання одержав _____ Козловська Н.І.
(підпис)

АНОТАЦІЯ

У роботі представлено теоретико-методологічні засади управління якістю надання медичних послуг. Розглянуті питання оцінки ефективності діяльності медичних закладів в сучасних умовах при недостатньому фінансуванні і необхідності надання якісних медичних послуг. Сформульовані основні напрямки розвитку системи управління закладами охорони здоров'я. На основі проведеного аналізу залежності якості медичних послуг від наявних ресурсів, в тому числі і трудових ресурсів, і системи управління. Наведено загальні принципи оцінки економічної ефективності використання ресурсів в медичних закладах. Запропоновані напрями по підвищенню якості медичних послуг та шляхи покращення кадрового потенціалу центру первинної медико-санітарної допомоги.

РЕФЕРАТ

Структура й обсяг роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, переліку використаних джерел, що включає 41 найменування. Загальний обсяг бакалаврської роботи становить 52 сторінки, у тому числі 12 таблиць, 3 рисунки, перелік використаних джерел – 3 сторінки, 2 додатки.

Актуальність. Актуальність теми значно зростає в зв'язку з оптимізацією в сфері медичного обслуговування населення враховуючи їх територіальні потреби у кваліфікованій медичній допомозі, результативність і доступність якої насамперед залежить від якісного надання первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД).

Метою роботи є аналіз і систематизація наявних і виявлення нових варіантів удосконалення системи управління якістю надання медичних послуг.

Відповідно до поставленої нами мети були вирішені такі *задачі*:

- дослідити характер та зміст управління якістю надання медичних послуг;
- проаналізувати та оцінити якість надання медичних послуг;
- сформулювати пропозиції, щодо удосконалення системи управління якістю надання медичних послуг.

Об'єктом дослідження є напрямки вдосконалення управління та діяльності "Недригайлівського центру первинної медико-санітарної допомоги".

Предметом дослідження є методи та механізми забезпечення взаємовідносин медичної установи в процесі виконання своєї місії з отримувачами медичних послуг.

Методи дослідження:

- системний аналіз;
- ретроспективний аналіз;
- порівняльний аналіз;
- прогнозування;
- метод логічного узагальнення.

Наукова новизна. Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що:

уперше: науково обґрунтована та розроблена удосконалена модель первинної медико-санітарної допомоги сільському населенню, складовим елементом якої, на противагу існуючій, є моніторинг і аналіз розвитку ПМСД;

удосконалено:

- підходи до соціальної оцінки діяльності ПМСД;
- набули подальшого розвитку напрямки покращення механізму надання якісних медичних послуг жителям сільської місцевості;
- утворення організаційної структури адаптованої до виконання завдань у напрямку якості надання медичних послуг.

Ключові слова: управління, медичні послуги, якість медичних послуг, первинна медико-санітарна допомога, кадровий потенціал.

ЗМІСТ

ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	10
1.1 Сутність та засади управління якістю медичних послуг	10
1.2 Система управління якістю медичних послуг	15
1.3 Зарубіжний досвід управління якістю надання медичних послуг	17
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ КНП "НЕДРИГАЙЛІВСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ"	20
2.1 Аналіз та оцінка діяльності КНП "Недригайлівський центр первинної медико-санітарної допомоги"	20
2.2 Оцінка якості надання медичних послуг КНП "Недригайлівський центр первинної медико-санітарної допомоги"	30
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В КНП "НЕДРИГАЙЛІВСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ"	36
3.1 Розробка Програми надання якісних послуг в КНП "Недригайлівський центр первинної медико-санітарної допомоги"	36
3.2 Покращення кадрового потенціалу як основний напрямок удосконалення системи управління якістю надання медичних послуг	39
ВИСНОВКИ.....	44
ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	46
ДОДАТОК А.....	50
ДОДАТОК Б	52

ВСТУП

Актуальність теми. За Конституцією України, найвищими соціальними цінностями держави є життя і здоров'я її громадян, а кожний громадянин України має право на медичну допомогу та охорону здоров'я.

Процеси державно-правових реформ, які проходять в Україні, нероздільно пов'язані із законодавством про охорону здоров'я. Держава підтримує розвиток медичних установ усіх форм власності. За тридцять років Незалежності в Україні пройшли великі зміни, завдячуючи яким змінюється, реформується і розвивається профілактична спрямованість медицини і охорони здоров'я. Зростає кваліфікація і професіоналізм лікарів, компетентність керівників.

Ліцензування та акредитація лікувальних установ і окремих осіб допомагає в забезпеченні якісної медичної допомоги.

Вдосконалення управління якістю медичних послуг вкрай важливе в зв'язку з підвищенням очікувань споживачів як до рівня, так і до безпеки наданих послуг.

Актуальність теми значно зростає в зв'язку з оптимізацією в сфері медичного обслуговування населення враховуючи їх територіальні потреби у кваліфікованій медичній допомозі, результативність і доступність якої насамперед залежить від якісного надання первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД).

Великий внесок в розвиток теми управління якістю медичних послуг в комплексному значенні внесли такі науковці як: Дж.Е.Стігліц, П.Самуельсон, Г.Беккер, Т.Шульц. Питання управління і регулювання медичної галузі відобразили у своїх наукових роботах такі українські вчені як: Ю.Вороненко, О. Голяченко, Л.Жаліло, Б.Криштоп, Н.Нижник та ін. окремі аспекти управління якістю медичної допомоги та напрями її удосконалення були розглянуті в працях: О.Галицян, Д. Гендерсон, В.Загородній, Д. Карамішев, В.Пономаренко, І.Шейман та ін.

Не дивлячись на те, що багато науковців вивчали дані питання, в темі управління якістю надання послуг в галузі охорони здоров'я ще лишається місце для удосконалень. Усе це обґрунтовує актуальність теми кваліфікаційної роботи.

Метою кваліфікаційної роботи є аналіз і систематизація наявних і виявлення нових варіантів удосконалення системи управління якістю надання медичних послуг.

Завданням роботи є:

- розглянути та дослідити теоретико-методичні засади управління якістю надання медичних послуг;
- ознайомитись і узагальнити зарубіжний досвід управління якістю надання медичних послуг;
- проаналізувати та оцінити якість надання медичних послуг в КНП "Недригайлівський ЦПМСД";
- сформувати Програму надання якісних медичних послуг в даній організації;
- розглянути та проаналізувати кадровий потенціал як основний напрямок удосконалення системи управління якістю надання медичних послуг.

Об'єктом дослідження є напрямки вдосконалення управління та діяльності "Недригайлівського центру первинної медико-санітарної допомоги".

Предметом дослідження є методи та механізми забезпечення взаємовідносин медичної установи в процесі виконання своєї місії з отримувачами медичних послуг.

Для виконання встановленої мети в дипломній роботі були використані такі *методи дослідження*:

- системний аналіз;
- ретроспективний аналіз;
- порівняльний аналіз;
- прогнозування;
- метод логічного узагальнення.

Дане дослідження було проведено задля покращення управлінської діяльності в українських закладах охорони здоров'я.

В першому розділі розглянуті і проаналізовані теоретико-методологічні засади управління якістю медичних послуг.

В другому розділі було зроблено аналіз і оцінки управління якістю по наданню медичних послуг.

Третій розділ слугував для розробки Програми надання якісних послуг, а також пропозицій, щодо покращення кадрового потенціалу організації.

Інформаційною платформою роботи були вітчизняні та зарубіжні методики, пов'язані з впровадженням системи управління якістю медичних послуг.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

1.1 Сутність та засади управління якістю медичних послуг

Багатосторонній світовий досвід управління якістю дає можливість більш досконало розібратися в особливостях процесу управління.

Едуард Демінг – вчений у галузі математичної статистики і менеджменту, який отримав визнання в Японії за пропагування і навчання між менеджерами знань, щодо управління якістю. В часи коли проходило відродження післявоєнної економіки, Е.Демінгом була розроблена програма по підвищенню якості праці. За його теорію управління якістю базуються на:

- а) проведення контролю якості процесів і продуктів, що проходять в системі управлінських дій, названих "Колом Демінга";
- б) використання чотирнадцяти постулатів в роботі керівного складу організації.

" Коло Демінга – це дії для системи управління із зворотним зв'язком. Це можемо зобразити слідкуючою системою (рис.1.1)

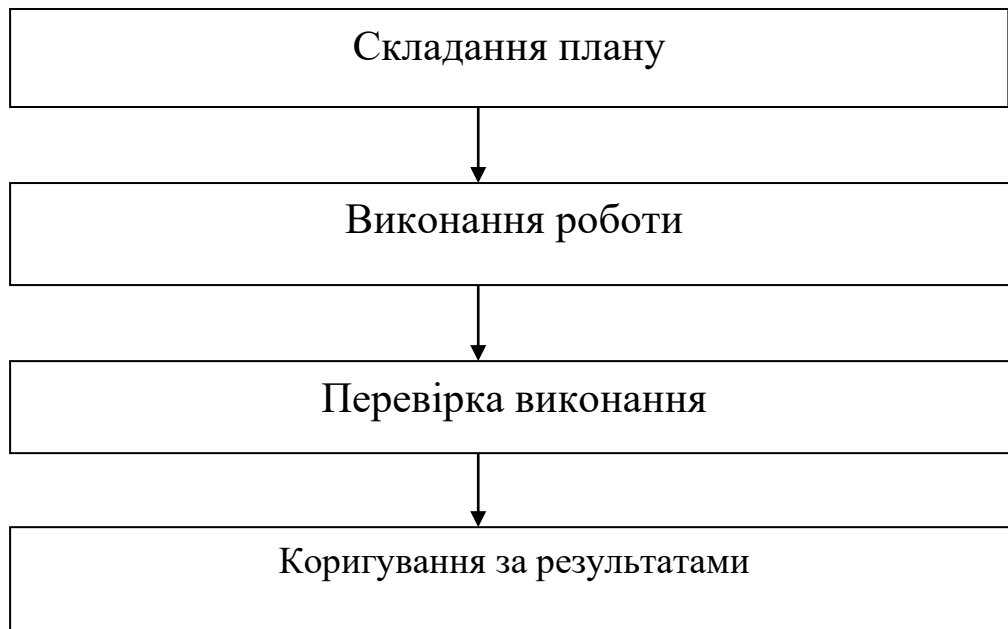


Рисунок 1.1 – Система управління зі зворотним зв'язком "Кола Демінга"
Джерело: узагальнене автором на основі [14].

Філіп Кресбі – один із кращих американських фахівців у сфері якості. Він запропонував концепцію управління якістю, яка тримається на ідеї

безвідмовної роботи, оновлення культури організації, розуміння якості як дотримання вимог. Дана теорія має такі основні положення:

- а) стандартом якості є "нуль дефектів";
- б) головним має бути значення профілактики;
- в) оцінюється вартість величиною коштів браку;
- г) якість визначається задоволенням очікувань клієнтів.

Концепція якості медичних послуг повинна спиратись на певний спосіб її вимірювання. В практиці медичних установ країн Євросоюзу використовують такі методи вимірювання:

- аналіз "моментів правди";
- методика критичних подій;
- модель SERVQUAL;
- модель SERVPERF;
- модель EUROPER;

Більшість методів, за допомогою яких вимірюється якість медичних послуг базується на аналізі порівняння отриманих пацієнтом послуг, з тими послугами на які він розраховує. Існує безліч концепцій і методів, які стосуються управління якістю, системи якості і їх визнання. В ISO міститься загальна термінологія по управлінню якістю і забезпеченню якості. Ключові концепції в цій області, такі як загальне визначення якості, визначені таким чином:

1) управління якістю і всі види діяльності, пов'язані з функціями управління в цілому, які визначають політику, цілі в області якості і розподіл відповідальності, а також здійснюють цю діяльність на основі планування, контролю, забезпечення і підвищення якості в рамках системи якості;

2) загальне управління якістю: управлінська діяльність, зосереджена на питаннях якості, яке забезпечується на основі участі всіх співробітників організації і націлена на досягнення довгострокового успіху через задоволення потреб клієнта і отримання благ всіма членами організації і суспільством в цілому;

3) система якості: поєднання організаційної структури, методик процесів і ресурсів, які необхідні для досягнення якості;

Загальне управлінням якістю і наука про якість розглядають деякі основні питання, які стосуються всіх видів діяльності в галузі охорони здоров'я [14].

Оцінка досягнутих результатів проводиться різними шляхами, наприклад, на основі зворотного зв'язку з клієнтами або через вимірювання

якості і ефективності наданої медичної допомоги. Спеціалісти в галузі охорони здоров'я оцінюють здоров'я пацієнта в якості складової частини звичайного процесу медичного обслуговування. Ці оцінки можуть бути використані для управління якістю.

В управлінні якістю Світова організація стандартизації виділяє вісім засад управління нею. Стосуються вони промислових підприємств, але, на наш погляд, є можливість застосовувати їх і до організацій галузі охорони здоров'я(рис.1.2).



Рисунок 1.2 – Засади управління якістю

Джерело: узагальнене автором на основі [15,16].

1. Концентрація на клієнті. Люба організація повинна усвідомити теперішні та майбутні потреби своїх клієнтів, так як вона залежить від клієнтів, для задоволення їх потреб та перевершити їх же очікування.

Даний принцип включає:

- управління взаємовідносинами з пацієнтами;
- оцінка задоволеності пацієнтів та поліпшення роботи медичного закладу на основі підсумків оцінювання;

- пов'язування потреб та очікувань пацієнтів в усьому медичному закладі;
- певність, що мета лікувальних установ задовольняє потреби і очікування споживачів послуг галузі охорони здоров'я;
- вивчення та осмислення потреби та сподівання пацієнтів;
- збалансованість заходів, щодо вдоволення вимог пацієнтів та працівників.

2. *Керівництво.* Формування та сприяння, підтримка керівництвом внутрішнього середовища, коли весь колектив заохочений до здійснення цілей медичної установи.

Підхід включає в себе:

- чітка програма розвитку лікарського закладу;
- утворення і запровадження загальних цілей;
- побудова впевненості та застосування мотивації.

3. *Залучення працівників.* Працівники на всіх рівнях медичного закладу утворюють його фундамент, їх повне залучення допоможе використовувати вміння і досвід кожного, окремо взятого працівника на користь організації.

Підхід передбачає:

- сприйняття важливості і значення працівників у медичній установі;
- знаходження можливостей для поповнення знань та досвіду;
- обговорення питань, що хвилюють співробітників.

4. *Процесуальний підхід.*

Підхід включає:

- послідовне визначення дій, які допоможуть в досягненні мети;
- оцінка ризику затрат і несприятливого впливу лікувального закладу на зовнішнє середовище;
- оцінка підсумків впливу медичної установи на пацієнтів.

5. *Системний підхід до управління якістю.* Для збільшення ефективності медичної установи потрібне розуміння та управління роботою закладу як системою.

Підхід передбачає:

- побудувати таку структуру системи лікувального закладу, яка б допомогла досягти мети найефективніше;
- взаємозалежність процесів системи;
- розуміння потенціалу організації;
- за допомогою вимірів та оцінок вдосконалювати систему.

6. *Потенційне вдосконалення.* Медична установа потребує удосконалення функціонування медичної допомоги.

Підхід передбачає:

- довготривалість підходу до покращення результатів діяльності, що включає весь медичний заклад.

7. *Рішення приймається на основі фактів.* Аналізуючи дані та інформацію приймаються ефективні і виважені управлінські рішення.

Підхід передбачає:

- впевненість, що інформація і дані відповідають дійсності;
- застосування випробуваних методів для проведення аналізу інформації та показників;
- на основі результатів проведеного аналізу показників приймаються рішення.

8. *Взаємовигідні відносини з постачальниками.*

Підхід передбачає:

- підбір та вибір основних постачальників;
- встановлення збалансованості відносин, медична установа – постачальник;
- обмін інформацією та планами на майбутнє.
- спільна участь у проектах розвитку і вдосконалення.

На ринку медичних послуг лікувально-профілактичні установи пропонують такий товар, як здоров'я людини. Пропонуючи його, галузь охорони здоров'я задовольняє спільноту належними ресурсами. Медичні заклади існують за рахунок бюджетів, які формуються відповідно до стану здоров'я населення [15].

Бажання досягти високих стандартів якості в медичній галузі має бути видимим, відчутним і трансформуватися у процес. Р.Каплан і Р.Купер вважають, що" процес можна описати за допомогою трьох параметрів: якості, часу реагування і коштів [14].

Перші два параметри не є фінансовими показниками. Вимірами показників якості можна вважати:

- міра дефектів (лікарські помилки, кількість смертельних випадків);
- продуктивність (надані медичні послуги без відхилень, відсоток).

До часу тривалості процесу (часу реагування) відносять:

- час, протягом якого надається послуга;
- чітке постачання результатів досліджень із лабораторій у клінічні відділення, де обслуговуються пацієнти.

Під яким би кутом ми не розглядали управління якістю надання медичних послуг, в центрі уваги завжди буде пацієнт. Завданням медичної установи є забезпечення даних потреб і очікувань. Без пацієнтів не потрібна лікувальна установа. ВООЗ (Всесвітня організація охорони здоров'я) визначає пацієнтом кожну особу, якій надаються медичні послуги, незалежно від того чи людина хвора, чи здорова. Пацієнти – це об'єкти медичного процесу та клієнти лікувальних установ. На нашу думку, основною метою покращення якості медичних послуг є покращення догляду за пацієнтом. Для здійснення визначеної мети необхідна методологія її виконання, іншими словами - інструментарій запровадження. Системи управління якістю медичних послуг якраз і являються такими інструментаріями.

1.2 Система управління якістю медичних послуг

Етика лікаря та присяга Гіпократата є головною умовою якісної праці медичних працівників.

Запровадження системи управління в медичну галузь проходила кілька фаз: контроль якості, забезпечення якості, управління через якість.

Модель *контролю якості* набула свого розвитку у 20-30-х роках минулого століття. Даний підхід спирається на дотримання попередньо встановлених норм і проведенні коригування, коли рівень послуг не відповідає очікуваням. Проводячи моніторинг шляхом збирання вибіркового показників, частоти, місця контролю та оцінювання якості. Період запровадження цієї системи був невеликим з обмеженою ефективністю.

Модель *забезпечення якості* використовується в 60-х роках ХХ століття. Мета моделі – запобігання проблемам, а не початок коригувальних заходів в кризовій ситуації.

Модель *управління через якість (TQM)*. Підхід розпочато у 70-х роках ХХ століття. Його можна представити як метод підвищення ефективності та зміни мислення.

Система управління якістю потребує попереднього аналізу, який направлений на якісну структуру організації. Дана система постійно вдосконалюється відповідно до потреб клієнтів. Вона спирається на норму ISO 9001: 2000. Для використання в галузі охорони здоров'я клієнт визначається як:

- пацієнт або споживач послуг;
- член суспільства;
- інша зацікавлена сторона.

Згідно до ISO 9000, системи якості та управління ними мають містити такі елементи, котрі ми розглянемо[14].

По-перше, політика якості. Вона не повинна іти в розріз з стратегією лікувального закладу. Ще одна вимога – це наявність інформації про структуру та взаємозв'язки відділень.

По-друге, важливим аспектом є культура лікувального закладу.

По-третє, для запровадження системи якості та управління важливим є процес організації.

Четвертим елементом являється розумне відповідальне керівництво.

Документування системи якості – це п'ята особливість функціонування системи якості.

Шостим елементом запровадження ISO передбачаються відповідні умови для надання послуг.

Сьомим пунктом є процес доставки. В медичній установи повинен бути надійний і перевірений постачальник. Перевірити це можна при відповідних рекомендаціях, сертифікатах якості. Закупки повинні бути задокументовані.

Восьмою особливістю запровадження системи якості є управління процесами.

Виявлення негативних ефектів та їхньому запобіганню є дев'ятим елементом запровадження системи якості.

Проведення внутрішнього аудиту є десятою, майже головною особливістю системи.

Ефективне функціонування системи якості неможливе без навчання персоналу. Норма ISO 9000 визначає вимоги щодо освіти і навчання працівників.

Акредитація є зовнішнім методом забезпечення належної якості послуг в галузі охорони здоров'я. Він є найбільш ефективним.

Світова практика процесу акредитації показала, що організація має можливість зробити самооцінку при порівнюванні себе із прикладами відмінної практики та акредитаційними стандартами. В такий спосіб визначаються власні слабкі сторони.

Системи управління якістю, які ми розглядали, мають деякі відмінності.

Наприклад, акредитація зосереджується на утворенні стандартів і процедур, а ISO являється системою, яка заключається у створенні інструкцій та процедур для всіх працюючих.

TQM приділяє увагу визначенню якісної культури та створення відповідних структур для покращення процесів із паралельним визначенням напрямків змін.

Зформувати та вміло застосувати в медичній установі системи якості дасть організації вийти в умовах конкуренції на якісно новий, вищий рівень по наданню медичних послуг.

Але ефективний кінцевий результат буде лише при умові розгляду і розрахунку всіх економічних питань управління якістю медичних послуг.

1.3 Зарубіжний досвід управління якістю надання медичних послуг

Рішення проблеми надання медичної допомоги високої якості базується на скороченні кількості медичних помилок, які є вузьким місцем системи охорони здоров'я. Здійснені нещодавно дослідження показують, що майже кожний десятий пацієнт потерпає від негативного впливу проведеного лікування і його негативних наслідків, котрих можливо було б уникнути. Їх частка досить велика і цього не можна пояснити індивідуальними особливостями пацієнтів.

У різних країнах ЄС існують різні концепції і принципи, які стосуються управління якістю медичної допомоги. Однак численні дослідження в області охорони здоров'я довели, що загальні принципи управління якістю носять універсальний характер і можуть бути використані для охорони здоров'я різних країн. Тому в даній галузі потрібно використовувати досвід, накопичений при реалізації різних програм по управлінню якістю в інших галузях.

Враховуючи кількість медичних помилок і деяку ступінь невизначеності кінцевих результатів лікування, можна зробити висновок про те, що розробка базових принципів управління самим процесом контролю якості викликає великі труднощі, потребуючі рішень.

Управління будь-якими процесами включає їх прозорість і доступність для вимірювання. Складається враження, що в рамках системи охорони здоров'я існують різні механізми, які перешкоджають ефективному досягненню цих цілей. Складний характер медичної діяльності і індивідуальні відмінності пацієнтів також створюють проблеми при виборі методів, які використовуються для проведення оцінок і управління якістю медичних послуг. Хорошим зразком цього являється система "Управління лікарнями" (Clinical Governance), яка використовується в Великобританії [14, 25].

Таким чином, загальні принципи і методи, які використовуються для управління якістю взагалі, можна використовувати і в закладах охорони здоров'я. Потрібно вивчати досвід використання цих методів в інших галузях з метою ефективного використання в медичних закладах, хоча, звичайно, мають місце деякі специфічні риси, які відрізняють охорону здоров'я від інших галузей діяльності. Для визначення якості медичних послуг третя сторона може провести аудит організації, яка надає такі медичні послуги. Існують міжнародні правила визначення достовірності результатів такого аудиту, які можуть бути використані і в галузі охорони здоров'я.

В Європейському Союзі робота по координації принципів, які забезпечують однотипність результатів оцінки, передана Європейському об'єднанню по акредитації (EuropeanCo-operationforAccreditation). Це об'єднання наділене повноваженнями, які дають йому право оцінювати і підтверджувати достовірність результату з аудиту, проведеного третьою стороною.

Якість і управління якістю стосується великого кола питань. Якість медичних послуг, які надаються населенню, гарантується різними способами. В законодавстві багатьох європейських країн визначені права пацієнтів. В цих законах визначені норми, які стосуються прав пацієнтів отримувати відповідну медичну допомогу і догляд. В деяких країнах є закони про збитки принесені пацієнту. Ці закони захищають права пацієнтів у випадку злочинної недбалості лікаря при лікуванні хворого. Існують також закони і постанови, які стосуються спеціалістів, що надають медичні послуги. В цих юридичних документах йде мова про рівень компетентності та інших критеріях, яким повинна відповідати їх професійна підготовка з тим, щоб був забезпечений потрібний рівень якості медичних послуг.

За останні декілька років Франція і Нідерланди ввели нові положення в свої громадські кодекси і законодавство по "біоетиці". В таких країнах як Фінляндія, Швеція, Данія і віднедавна Бельгія були прийняті законодавчі ініціативи з метою визначити конкретні права пацієнтів. В Великобританії був опублікований Статут пацієнтів. Однак в багатьох країнах правова ситуація недопустимо завуальована для пацієнтів. Це стосується питань чітко вираженої згоди пацієнта на проведення того чи іншого виду лікування, даного ним раніше, або відмови від лікування, а також про те хто повинен давати таку згоду, якщо пацієнт не в змозі цього зробити сам. Мораль не може замінити закон, який повинен регулювати взаємовідносини в галузі охорони здоров'я не тільки в разі катастроф, але також, насамперед,

попереджати виникнення проблеми в цій галузі на основі зрозумілих загальних правил.

Робота високої якості включає в себе відповідне задоволення потреб клієнта. В секторі охорони здоров'я існують багато груп клієнтів. Самим основним клієнтом являється пацієнт, але клієнтами є і покупці медичних послуг. Іншими клієнтами являється сім'я пацієнта і страхові компанії.

Попередньою умовою надання високоякісної медичної допомоги є визначення потреб різних клієнтів і їх задоволення. У пацієнта існують різні потреби. Задоволення потреб пацієнта охоплює тільки частину його потреб в галузі охорони здоров'я. Окрім того пацієнт розраховує отримати високоякісне медичне обслуговування, яке покращить їх стан здоров'я, хоча вони не в змозі самостійно визначити покази рівня якості, отриманого ними медичного обслуговування.

Дві третіх всіх ресурсів направлених на соціальні послуги і охорону здоров'я, витрачаються на надання послуг. На прості і разові послуги приходить 80% потреб людей кожного року, на що витрачається 20% наявних ресурсів. 20% людей потребують послуг, які потрібні досвіду в декількох областях медицини. На ці потреби витрачається 80% наявних ресурсів.

Не дивлячись на те, що становлення і досвід управління якістю надання медичних послуг в кожній країні пов'язаний з ступенем розвитку і рівнем організації в кожній окремо взятій країні, загальними напрямками державного регулювання і контролю в системі охорони здоров'я різних країн являються: зниження затрат на охорону здоров'я; забезпечення якісних, кваліфікованих, адекватних і доступних медичних послуг.

Основними напрямками розвитку медичної галузі, які можуть бути прийнятними і в Україні, є такі: забезпечення проведення наукових розробок, розвитку інновацій, науково-технічного процесу і створення системи відповідних стандартів якості медичних послуг; створення ефективної системи контролю якості медичних послуг; проведення заходів по посиленню мотивації праці медичних працівників і ефективного використання їх праці; створення ефективних програм навчання, підвищення кваліфікації для медичного персоналу, а також здійснення заходів спрямованих на підтримку здоров'я населення; мотивування громадян на збереження і зміцнення свого здоров'я [40, 19] .

РОЗДІЛ 2.

АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ КНП "НЕДРИГАЙЛІВСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ"

2.1 Аналіз та оцінка діяльності КНП "Недригайлівський центр первинної медико-санітарної допомоги"

За визначенням Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) найбільш значущим компонентом національної системи охорони здоров'я (ОЗ) є первинна медико-санітарна допомога (ПМСД). Цілеспрямованість стратегії ВООЗ щодо ПМСД підтверджує значущість того вкладу, який вносить і який має можливості внести система ПМСД у збереження здоров'я громадян.

Розглянемо основні напрямки реформування ПМСД (Табл. 2.1).

Таблиця 2.1 – Напрямки розвитку сучасної моделі ПМСД

Аспекти	Традиційна модель ПМСД	Сучасна модель ПМСД
Основна діяльність	Діагностика лікування гострих випадків захворювань	Профілактика, нагляд та підтримка при хронічних захворюваннях. Всеохоплююча безперевна допомога
Контакт	Реактивний (ініційований пацієнтом)	Проактивний (ініційований медперсоналом)
Концентрація уваги	На хворобі пацієнта	На потребах пацієнта і громади у здоров'ї
Принцип виділення ресурсів на ПМСД	Залежно від попиту на певні медичні послуги	Відповідно від потреб громади
Похідні до надання ПМСД	Заснований лише на лікарській допомозі (уніпрофесійний)	Заснований на роботі команди різних фахівців
Організація	Окремий лікар	Команда професіоналів з надання ПМСД
Стиль консультування	Зфокусований на лікарі	Зфокусований на пацієнті (інформована згода)
Прийняття клінічних рішень	Клінічна "свобода лікаря"	Дотримання стандартів і протоколів. Доказова медицина
Мета ведення медичної документації	Паперові записи для лікарів про надану медичну допомогу	Електронні бази даних щодо здоров'я пацієнтів з можливістю їх агрегації відносно цілої громади для роботи різних фахівців

Продовження таблиці 2.1

Роль громадян	Пасивні споживачі медичних послуг	Громадяни є партнерами у вирішенні питань, що стосуються їхнього здоров'я і здоров'я громади загалом
Відповідальність за здоров'я громадян	Покладається на медичний сектор	Застосовується підхід із залученням самої громади

Джерело: узагальнене автором на основі [22,17].

Приведені напрями є результатом світового досвіду в медичній галузі. Тому є важливим їх впровадження при реформуванні і розбудові національної системи охорони здоров'я.

Виконання завдань, які вирішує ПМСД можливе тільки при дотриманні таких принципів:

- відношення до національної структури ОЗ та первинність у контакті окремого громадянина чи сім'ї із структурою ОЗ України;
- оптимальна відстань між закладами ПМСД та місця праці та проживання людей;
- максимальна доступність медичної допомоги;
- професійна підготовка медичного персоналу і матеріально-технічної бази її потребам;
- обслуговування найбільш незахищених верств населення (діти, жінки, особи зі шкідливими умовами праці);
- відповідні нормативні документи регламентують зобов'язання держави і громадськості, що стосуються ПМСД.

Моделі ПМСД в різних країнах мають свої відмінності. Це зумовлено історичним розвитком системи охорони здоров'я в цих країнах. Але одною основною була і залишається загальна практика сімейної медицини. Вона в більшій мірі відповідає функціям і змісту первинної медико-санітарної допомоги.

В сільській місцевості надання медичної допомоги відрізняється від міської, так як в основному характеризується малою кількістю прикріпленого населення, котре живе на великій території але з невеликою щільністю. Ці обставини утруднюють реалізацію жителям свого права на вибір медичної установи і лікаря [35,37,38].

Також існує специфіка способу життя сільського населення: ненормована у часі виробнича зайнятість, відсутність умов для якісного відпочинку, частіше застосування методів самолікування і як наслідок само

призначення ліків, не сприйняття ризику розвитку хронічних хвороб, а також населення запізно звертається по медичну допомогу при захворюваннях.

В Україні реорганізація ПМСД (особливо в сільській місцевості) визначена державою, що відображається у прийнятих законодавчих актах. Над реорганізацією ПМСД займався Український інститут громадського здоров'я МОЗ України, наукові колективи, групи фахівців міжнародних проектів [35,39].

КНП "Недригайлівський центр ПМСД" в своїй діяльності керується наступними законодавчими та нормативними актами:

- 1) Конституція України.
- 2) Господарський кодекс України.
- 3) Цивільний кодекс України.
- 4) Податковий кодекс України.
- 5) Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я".
- 6) Закон України " Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення".
- 7) Закон України "Про ліцензування видів господарської діяльності" та ін.

Послуги, які надає даний медичний заклад наступні:

- використовуючи фізичні, лабораторні та інструментальні дослідження згідно галузевих стандартів проводить динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнта;
- діагностує і лікує захворювання, травми, отруєння, фізіологічні стани (під час вагітності);
- лікування і супровід пацієнтів з хронічними хворобами;
- пацієнти, які не потребують екстреної медичної допомоги, направляються згідно медичних показань для отримання спеціалізованої або високоспеціалізованої медичної допомоги;
- при наявності ризику розвитку захворювання проводяться обов'язкові медичні втручання;
- проводиться вакцинація, згідно календаря щеплень;
- інформування закладів громадського здоров'я через надання екстрених повідомлень про отруєння, інфекційні захворювання, реакції на щеплення та інше.
- задля формування здорового способу життя ведеться консультативна робота;

- спостереження за динамікою неускладненої вагітності;
- надання послуг паліативної допомоги;
- оформлення документації згідно з вимогами чинного законодавства для надання можливості отримання ліків в аптеках;
- формування первинної облікової документації (лікарняні листи, довідки та ін.);
- співпраця з соціальними та державними службами.

Структура КНП "Недригайлівський центр ПМСД" визначена Наказом МОЗ України, що затверджує:

- а) Положення, що про центр ПМСД;
- б) Положення про амбулаторію;
- в) Положення про фельдшерсько-акушерський, фельдшерський пункт;
- г) Положення про медичний пункт тимчасового базування.

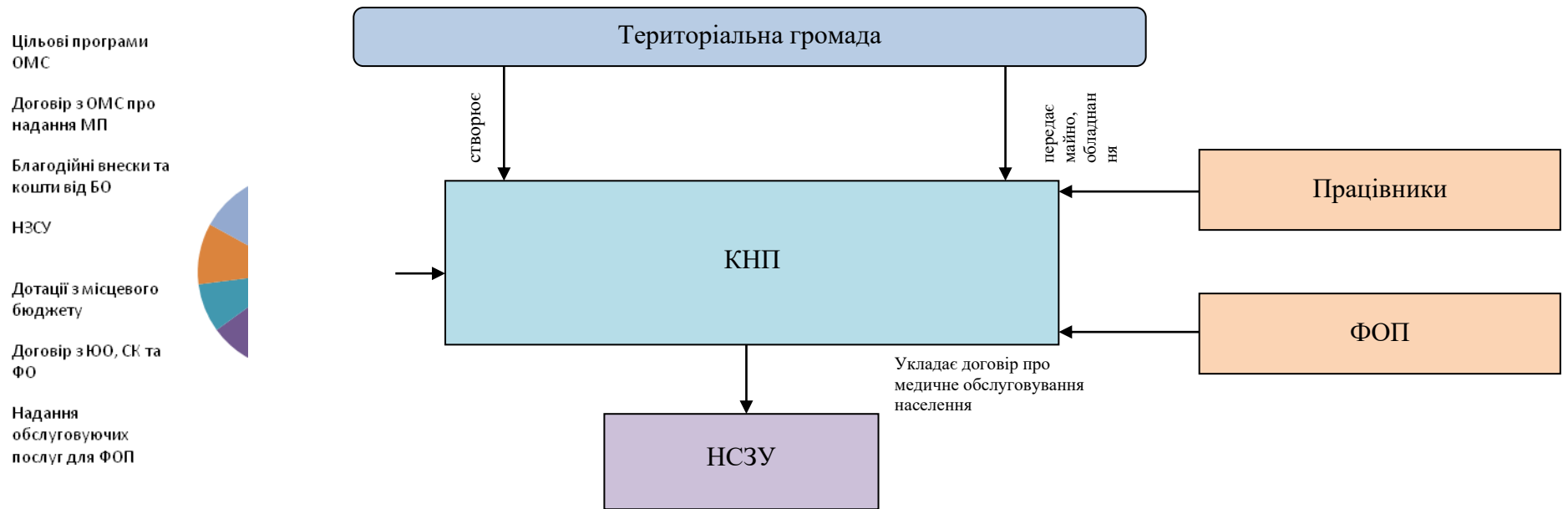
Центр ПМСД має таку структуру:

- 1) адміністративну частину;
- 2) господарську частину;
- 3) лікувально-профілактичну службу. Сюди входять амбулаторії, які є структурними підрозділами ЦПМСД;
- 4) ФАПи, які є підрозділами амбулаторій.

Модель КНП "Недригайлівський центр ПМСД" ми зобразили у вигляді схеми (рис.2.1.1).

Медичні працівники обслуговують близько 26000 осіб. З них лікувальні заклади ЦПМСД обслуговують 25 200 осіб населення району. В загальній кількості міське населення становить 8 700 осіб (34,53%), сільське – 16 500 осіб (65,47%) від загальної кількості населення, яке обслуговувалось медичним закладом.

В структуру КНП "Недригайлівський центр ПМСД" ввійшли АЗПСМ (амбулаторії загальної практики сімейної медицини) -7 закладів, ФП (фельдшерських пунктів) – 16 закладів, ФАП (фельдшерсько-акушерський пункт) – 9 закладів.



Умовні позначення: МП- медичні послуги;
 ОМС – органи місцевого самоврядування;
 БО – благодійна організація;
 ЮО – юридична особа.

Рисунок 2.1 – Схематичне зображення моделі КНП "Недригайлівський центр ПМСД"

Джерело: узагальнене автором на основі [6, 25, 30].

В амбулаторіях загальної практики сімейної медицини функціонують 52 ліжка денного стаціонару. Показник забезпеченості на 10 000 населення – 20,0 і є на рівні середньо-державного.

Поліклінічні заклади розраховані на 367 відвідувань на зміну.

Лікувальні заклади ЦПМСД обслуговують 25 200 осіб населення району. В загальній структурі сільське населення становить – 16 500 (65,47%), міське – 8 700 (34,53%) від загальної кількості осіб, які отримували медичні послуги закладів.

Трудові ресурси являються основою ефективного функціонування сучасної бюджетної установи. Проте, на жаль, високий рівень плинності кваліфікованих кадрів при низькій оплаті праці працівників бюджетних установ не сприяють якісному виконанню покладених на неї функцій та вимагають прийняття обґрунтованих рішень для удосконалення та покращення кадрової політики. Основою для таких рішень служить збалансований та ретельний аналіз трудових ресурсів. Таким чином, метою аналізу трудових ресурсів та фонду оплати праці бюджетної установи є пошук шляхів та кількісна оцінка резервів підвищення ефективності використання кадрового потенціалу та можливостей оптимізації витрат на оплату праці. Завданнями аналізу кадрів та фонду оплати праці бюджетної установи виступають: 1) вивчення і оцінка забезпеченості установи трудовими ресурсами; 2) кількісна і якісна характеристика структури персоналу; 3) виявлення факторів і причин відхилень фактичних показників стану трудових ресурсів від нормативів; 4) вивчення повноти використання робочого часу і завантаження кожного працівника, характеристика рівнів сумісництва; 5) оцінка продуктивності праці та її ефективності; 6) аналіз формування та раціонального використання фонду заробітної плати, оптимальності його структури; 7) виявлення резервів підвищення ефективності праці, зниження втрат робочого часу, ефективності витрачання коштів на оплату праці та розробка заходів щодо мобілізації виявлених резервів. Аналіз рівня забезпеченості трудовими ресурсами здійснюється за такими етапами:

1) Порівняння фактичної чисельності працівників зі штатним розкладом установи, який являє собою затверджений вищою установою перелік найменувань посад постійних співробітників із зазначенням кількості однойменних посад та посадових окладів за структурними підрозділами установи.

2) Оцінка динаміки та структури трудових ресурсів у цілому і за кваліфікаційними ознаками. Для цього необхідно, насамперед, згрупувати працівників за рівнем кваліфікації, фаховим та віковим складом, рівнем освіти і статтю, а після цього визначити питому вагу кожної категорії у загальній чисельності персоналу.

3) Оцінка стабільності персоналу бюджетної установи здійснюється на основі загальної методики за допомогою коефіцієнтів прийому, звільнення, плинності кадрів, стабільності, загального обороту. Коефіцієнт прийому (звільнення) працівників визначається як співвідношення кількості

прийнятих (звільнених) працівників до середньо спискової чисельності працюючих. Коефіцієнт плинності розраховують як відношення чисельності працівників, що вибули і були звільнені без поважних причин і за власним бажанням, у зв'язку з невідповідністю займаній посаді та за порушення трудової дисципліни до середньо спискової чисельності працівників. Коефіцієнт стабільності визначається відношенням працівників, які стабільно працюють в установі до середньо спискової чисельності працюючих. Коефіцієнт загального обороту розраховують відношенням суми чисельності прийнятих та звільнених за аналізований період до середньо спискової чисельності працюючих.

4) Узагальнення результатів аналізу і розробка заходів за отриманими результатами. Аналіз використання робочого часу у бюджетній установі має важливе значення для оцінки затраченої праці, оскільки діяльність працівників даних установ, як правило, характеризується великою різноманітністю та неоднорідністю виконуваних функцій, а результати роботи не знаходять речового втілення. При цьому можна виділити такі етапи аналізу:

1) Визначення номінального фонду робочого часу та фонду позаробочого часу. Номінальний фонд визначається як різниця календарного фонду (кількості календарних днів в аналізованому періоді) і та неробочих днів і, в свою чергу, поділяється на активний (наявний) та нормовані простої. Активний фонд робочого часу визначається як різниця номінального фонду та нормованих цілоденних неявок на роботу (у зв'язку з черговими відпустками, відпустками на навчання, у зв'язку з пологами, з хворобою, пов'язаних з виконанням державних обов'язків та ті, які були дозволені адміністрацією). Також виокремлюють корисний фонд робочого часу як різниця між активним (наявним) фондом та ненормованими цілоденними простоями (неявками на роботу).

2) Оцінка фактично відпрацьованого часу в порівнянні з плановим на основі балансу робочого часу. При цьому використовуються такі показники, які характеризують співвідношення між окремими його елементами. Це зокрема:

- коефіцієнт використання номінального фонду робочого часу як відношення активного (наявного) фонду робочого часу до всього номінального фонду;

- коефіцієнт ефективного використання номінального фонду робочого часу як відношення корисного фонду робочого часу до всього номінального фонду;

- коефіцієнт втрат робочого часу як відношення втрат робочого часу до активного (наявного) фонду робочого часу.

Аналіз ефективності праці працівників бюджетних установ ґрунтується, як і на промислових підприємствах, на показник у продуктивності праці. Відповідно виділяють такі етапи аналізу:

1) Визначення продуктивності праці як відношення обсягу діяльності бюджетної установи до середньооблікової чисельності або до відпрацьованого часу.

2) Порівняння фактичної продуктивності праці з плановою та оцінка динаміки даного показника за кілька звітних періодів.

3) Визначення впливу факторів на зміну показника продуктивності праці.

Аналіз майна бюджетної установи є необхідною умовою ефективного управління матеріальними активами та спрямований на пошук шляхів і кількісну оцінку резервів підвищення ефективності його використання. Основними завданнями аналізу при цьому виступають:

- 1) аналіз динаміки і структури майна бюджетної установи;
- 2) оцінка рівня забезпеченості бюджетної установи майном;
- 3) аналіз якісного стану основних засобів;
- 4) аналіз рівня дотримання нормативів використання предметів та матеріалів бюджетної установи;

5) оцінка ефективності використання основних засобів, предметів і матеріалів та виявлення резервів її підвищення. Причини збільшення чи зменшення майна установи визначають, вивчаючи зміни в складі джерел його формування. Надходження, купівля, формування майна може відбуватися за рахунок фінансування з бюджету і власних надходжень, характеристика співвідношення яких відкриває сутність можливості установи забезпечити себе майном. Для здійснення аналізу обсягу, динаміки і структури майна проводять горизонтальний та вертикальний аналіз показників балансу бюджетної установи.

Вертикальний аналіз показує структуру майна підприємства та його джерел, а горизонтальний аналіз майна полягає у побудові аналітичної таблиці, в якій абсолютні показники доповнюються відносними темпами зростання чи зниження.

Основними характеристиками, що дають можливість віднести баланс до позитивного є: збільшення валюти балансу в кінці звітної періоду в порівнянні з початком; зростання темпів приросту усіх активів над темпами приросту необоротних активів.

Характеристика фінансово – господарської діяльності комунального некомерційного підприємства "Недригайлівський ЦПМСД" за 2020 рік

Таблиця 2.2 – Стан фінансування

Потреба на 2020 р.	8546,8 тис.грн.	
Затверджено на 2020 р.	5496,1 тис.грн.	64% від потреби
Профінансовано за 2020р.	5420,0 тис. грн.	98,6% від затвердженого

Таблиця 2.3 – Заробітна праця

Потреба на 2020 р.	5123,2 тис. грн.	
Затверджено на 2020 р.	4823,9 тис. грн.	94,0% від потреби
Профінансовано за 2020р.	4823,8 тис. грн.	100% від затвердженого

За 12 місяців 2020 року зекономлено коштів на заробітну плату в сумі 451,3 тис. грн., в тому числі за рахунок відпусток без збереження заробітної плати в сумі 118,6 тис. грн., вакантні посади в сумі 301,7 тис. грн., лікарняні соцстрах в сумі 27,9 тис. грн.

Таблиця 2.4 - Медикаменти та перев'язувальні матеріали

Потреба на 2020 р.	776,7 тис. грн.	
Затверджено на 2020 р.	136,9 тис. грн.	17,6% від потреби
Профінансовано за 2020р.	134,6 тис. грн.	98,3% від потреби

За КЕКВ 2210 «Предмети, матеріали, обладнання та інвентар, у тому числі м'який інвентар та обмундирування» по центру затверджено 184,9 тис. грн., за 12 місяців 2020 року, профінансовано – 160,8 тис. грн., а зареєстровані фінансові зобов'язання становлять 0,9 тис. грн.

Таблиця 2.5 - Пільгові рецепти

Потреба на 2020 р.	30,0 тис. грн.	
Затверджено на 2020 р.	10,0 тис. грн.	33% від потреби
Профінансовано за 2020р.	10,0 тис. грн.	100% від затвердженого

Для отримання достовірних фактів про можливості організації та загрози зростанню на ринку медичних послуг рекомендується проведення SWOT-аналізу. Він допомагає в формуванні переліку стратегій організації. Використавши його ми матимемо можливість впорядкувати всю наявну інформацію із врахуванням власних висновків.

Основні напрямки SWOT-аналізу:

- можливості;
- загрози і заходи по їх зменшенню;
- слабкі сторони закладу та планування заходів щодо їх подолання;
- виявлення переваг і пріоритетів.

Таблиця 2.6 – Сильні та слабкі сторони організації

Сильні сторони	Слабкі сторони
<ul style="list-style-type: none"> - Капітальні і поточні ремонти в лікарняних амбулаторіях, ФАП/ФП, які заплановані; - Кадрова професійність; - Зручність розташування, комфорт і безпека при наданні медичних послуг; - Позитивні відгуки пацієнтів. 	<ul style="list-style-type: none"> - Нестабільна фінансова політика; - Знос основних фондів; - Незадовільна якість шляхів; - Низька укомплектованість лікарями первинної ланки; - Незадовільний стан обладнання; - Застарілість автомобільного парку; - Недостатня робота по залученню громад та населення до пропагування здорового способу життя.

Таблиця 2.7 – Перелік зовнішніх можливостей і загроз

Можливості	Загрози
<ul style="list-style-type: none"> - Якісне і повноцінне забезпечення комп'ютерною та оргтехнікою всіх підрозділів комунального закладу; - Забезпечення сучасною медичною апаратурою та обладнанням; - Забезпечення транспортом лікувальних амбулаторій. 	<ul style="list-style-type: none"> - Збільшення смертності; - Несвоєчасність прибуття за викликом швидкої допомоги; - Спад економіки і як результат перерозподіл видатків бюджету в бік зменшення для медичних закладів; - Низький рівень мотивації медичного персоналу; - Несвоєчасність надходження ліків і вакцин за національними програмами; - Наслідки військового конфлікту в Україні.

У матриці SWOT – аналізу наведені узагальнені висновки (табл.2.8)

Таблиця 2.8 – Матриця SWOT – аналізу діяльності КНП "Недригайлівський центр первинної медико-санітарної допомоги"

Сильні сторони	Слабкі сторони
S1. Молодий колектив; S2. Висока якість кваліфікації персоналу; S3. Зручне розміщення, комфорт і безпека при наданні медичних послуг.	W1. Нестабільне фінансове становище; W2. Відсутність напрямків для вивчення потреб; W3. Витрати на автопарк.
Можливості	Загрози
O1. Забезпечення високотехнологічним обладнанням;	T1. Зростання смертності; T2. Низький рівень мотивації персоналу; T3. Несвоєчасне надходження медикаментів (вакцин) за національними програмами; T4. Ріст інфляції.

Після проведення SWOT-аналізу для КНП "Недригайлівський центр первинної медико-санітарної допомоги" стало очевидним, що медичний заклад потребує надходжень фінансових коштів, наприклад, залучивши інвесторів.

Професійність персоналу можливо забезпечити при підвищенні кваліфікаційного рівня лікарів та медперсоналу.

Зростанню кількості, конкурентоспроможності та якості надання медичних послуг буде сприяти надходження високотехнічного обладнання.

За допомогою SWOT-аналізу ми бачимо, що слабкі сторони переважають в даній організації, але мають місце і позитивні можливості. Потрібно звернути особливу увагу на зменшенні витрат і зростанні якості медичних послуг в тому числі і за рахунок мотиваційних напрямків серед працівників закладу.

2.2 Оцінка якості надання медичних послуг КНП "Недригайлівський центр первинної медико-санітарної допомоги"

Якість роботи закладів охорони здоров'я – це прояв кращого досвіду з найменшою кількістю ресурсів для досягнення максимального результату, який відображає життєво важливу соціально-економічну ціль медичної установи.

Якість роботи медичної організації, залежить від якості організації процесів, пов'язаних з наданням медичних послуг, і якості управління ними, що в кінцевому результаті забезпечує якість самої медичної допомоги.

Сутність управління медичною організацією як системою, зводиться до прийняття рішення по розподілу і використанню обмежених ресурсів,

включаючи кадрові, до забезпечення упорядкованості і домовленості спільної праці людей, які мають різну професійну підготовку і професійну культуру, але об'єднаних в один колектив для досягнення суспільно-значущих цілей – покращення здоров'я населення.

Формування і розвиток корпоративної культури окремо взятої медичної організації дозволяє створити систему результативної професійно-особистісної комунікації і отримати ефект від зусиль окремих виконавців в забезпеченні якості медичних послуг на виході з системи медичної організації, яка виявляється в задоволенні пацієнта і його рідних, і збільшенні числа бажаючих отримати медичну допомогу тільки в даному закладі.

Сучасна медична організація – система взаємопов'язаних виробничих процесів. Керівник сучасної медичної установи повинен мати інтегральні здібності і навички системного мислення в професійній управлінській діяльності і розумінням своєї ролі в ній [4, 27, 29].

В основі покращення лежать позитивні наміри менеджменту, який повинен визначати свою роль в покращенні кожного процесу.

Якість управління – це співпраця таких функцій влади, як організація, координація, кадрова політика, мотивація персоналу, інформаційно-комунікативний моніторинг, представництво, яке відповідає місії медичної організації.

Якість організації медичних, технічних, інформаційних та інших процесів – це створення і підтримка її в оптимальній формі.

Здійснення на практиці цих якісних характеристик закладу охорони здоров'я неможливе без підтримки відповідного рівня організаційної культури.

На наш погляд, організаційна культура – це система ціннісних установок, які відповідають правовим документам організації, які відображають її місію і задачі. А місією медичної установи являється досягнення максимального задоволення пацієнта наданою медичною допомогою.

Якість медичної допомоги – це сукупність характеристик підтверджуючих відповідність наданої медичної допомоги наявним потребам пацієнта, сучасному рівню медичної науки та технології, це властивість лікаря і пацієнта, обумовлене кваліфікацією професіонала.

Якість медичної допомоги забезпечується такою перевагою, як наявність стандартів обслуговування. Унікальність кожного пацієнта робить

неможливим дослівне використання стандартів медичної допомоги. Ці стандарти мають рекомендаційний характер.

Використання стандартів медичної допомоги в роботі персоналу вирішує п'ять організаційних задач:

- визначення необхідних об'ємів фінансування;
- обґрунтований розрахунок тарифів на медичні послуги;
- захист прав пацієнтів;
- захист прав лікарів;
- контроль якості медичної допомоги.

Стандарти медичної допомоги являються основним засобом контролю її якості. Також до методів контролю відноситься експертна оцінка показників діяльності медичного працівника, закладу охорони здоров'я, показники здоров'я населення.

Як уже зазначалося, робота КНП "Недригайлівський центр первинної медико-санітарної допомоги" направлена на підвищення якості та доступності медичних послуг жителям району.

Так як територія, яку обслуговує дане підприємство, включає в себе сільську місцевість, тому діагностичні і лікувальні функції і перевезення пацієнтів до лікарні беруть на себе фельдшерські бригади. Їх частка становить 95%.

При поліпшенні якості доріг та беручи до уваги щільність розміщення населення, доступність транспортування оптимальна – до 35 хвилин.

Автопарк Центру оновлюється. В 2020 році за державною програмою даний ЦПМСД отримав 6 автомобілів швидкої допомоги.

При необхідності для проведення роботи в ЦПМСД долучаються кваліфіковані спеціалісти районної лікарні. Ними здійснюється виїзд на місце події де надається допомога хворому або ж при необхідності проводиться транспортування пацієнта в медичний заклад.

Транспортні витрати Центру ми представили в таблиці 2.9.

Таблиця 2.9 – Аналіз транспортних витрат

№ п/п	Транспортні витрати	2018	2019	2020	Абсолютне відхилення 2020 до 2018
1. Постійні витрати					
1.1	Витрати на техобслуговування транспортних засобів	26 150,00	27 720,00	23 445,00	- 2 705,00
1.2	Страховання рухомого складу	6 200,00	7 300,00	5 500,00	- 700,00

Продовження таблиці 2.9

2. Змінні витрати					
2.1	Витрати праці (зарплата водіїв)	287 703,60	297 205,30	340 321,40	52 617,80
2.2	Витрати на паливо	447 570,00	456 000,00	323 200,00	-124 370,00
2.3	Витрати на ремонт	34 862,00	58 844,00	49 934,00	15 072,00
	Всього	802 485,60	847 069,30	742 400,40	- 60 085,20

Проаналізувавши транспортні витрати, бачимо, що постійні витрати зменшились на 3 405,00 грн. Зросли витрати праці у 2020 році на 52 617,80 грн. по причині підвищення мінімальної заробітної плати. Завдяки установці газового обладнання на автомобілі, затрати на паливо знизились на 124 370,00 грн. У 2020 році отримали зменшення транспортних витрат на 60 085,20 грн.

Для визначення показників ефективності використання основних засобів лікарні проаналізовано обсяги діяльності установи і приведено їх натуральні показники (табл.2.10).

Таблиця 2.10 – Натуральні показники, які характеризують обсяги роботи лікарні

Показники	Попередній період	Звітний період	Відхилення	
			абсолютне, тис.грн	відносне, %
1.Відвідування амбулаторно – поліклінічних закладів району	220683	231456	10773	1,05
2. Обслуговування викликів додому	18440	21145	2705	1,15
3. Робота клінічних відділень, кабінетів	368321	384655	16334	1,04
3.1 Число загальних анестезій	721	705	-16	0,98
3.2 Виконано фізіотерапевтичних процедур	84095	85321	1226	1,01
3.3 ЛФК - процедур	6291	5982	-309	0,95
3.4 Перелито препаратів крові та її замінників	365	302	-63	0,83
3.5 Ультразвукових досліджень	4330	4895	565	1,13
3.6 Ендоскопічних досліджень	273	286	13	1,05
3.7 Лабораторних досліджень	253495	269149	15654	1,06
3.8 Рентгенологічних досліджень	5122	5428	306	1,06
3.9 Флюорографічних обстежень	13629	12587	-1042	0,92
4. Спеціалізована допомога стаціонару	48450	51750	3300	1,07
4.1 Терапевтичне	11578	11839	261	1,02

Продовження таблиці 2.10

4.2 Хірургічне	5898	6301	403	1,07
4.3 Травматологічне	4032	3987	-45	0,99
4.4 Отоларингологічне	734	1493	759	2,03
4.5 Пологове	7175	7068	-107	0,99
4.6 Педіатричне	8053	8629	576	1,07
4.7 Інфекційне	6240	7125	912	1,15
4.8 Неврологічне	4740	5281	541	1,11
Разом відвідувань хворих, медичних досліджень	655894	689006	33112	1,05

Із приведених даних таблиці 2.10 видно, що в узагальненому вигляді послуги, які надаються лікарнею, наведені у натуральних показниках, характеризуються відвідуванням мешканцями району амбулаторно – поліклінічних закладів району, обслуговування медперсоналом лікарні викликів додому, роботою клінічних відділень, кабінетів, служб, які виконують анестезії, обстеження, процедури, дослідження, та спеціалізований допомозі стаціонарним хворим, що втілюється в кількості ліжко-днів перебування хворих в стаціонарних відділеннях лікарні.

У 2020 році зросло відвідування амбулаторно-поліклінічних закладів на 5%, обслуговування викликів додому зросло на 15%, робота клінічних відділень, кабінетів, служб зросла на 4%, незважаючи на те, що зменшилося надання послуг за такими видами: число загальних анестезій оперованим – на 2%, ЛФК – процедур – на 5%, переливання препаратів крові та її замінників – на 17%, флюорографічних обстежень – на 8%. Спеціалізована допомога стаціонарним хворим зросла на 7%. При цьому травматологічне відділення знизило надання послуг на 1%, отоларингологічне – на 6%, пологове і неврологічне відділення – на 1%. Загалом кількість послуг по районній лікарні в 2020 році зросло на 5%.

Проводжу розрахунки ефективності використання основних засобів лікарні, використавши систему показників ефективності використання основних засобів.

1. Фондовіддача виражає ефективність використання засобів праці, тобто показує скільки надається послуг на одиницю основних виробничих фондів:

$$ФВ = (689006 / (9081000 + 9697000) / 2) * 100 = 7,34;$$

2. Фондомісткість є вартістю основних виробничих фондів, яка припадає на одиницю медичної послуги:

$$\Phi M = (908100 + 9697000) / 2 / 689006 = 13,63;$$

3. Оборотність основних засобів відображає віддачу активів, тобто основні засоби, які можуть бути задіяні в наданні медичних послуг (динаміка за порівнювані періоди):

$$O_{03} = (9081,0 + 9697,0) / 2 * 365 / 11580,0 = 296$$

Таблиця 2.11–Показники ефективності використання основних засобів лікарні за 2019 – 2020 роки

Показники	Попередній період	Звітний період	Відхилення	
			абсолютне, тис.грн.	відносне,%
Фондовіддача 100 грн. основних зас.	7,14	7,34	0,20	1,03
Фондомісткість 1 послуги	14,00	13,63	- 0,37	0,97
Оборотність основних засобів	306	296	- 10	0,97

За даними таблиці 2.11 можна зробити наступні висновки: в поточному періоді фондівіддача 100 грн. основних засобів лікарні зросла на 20 копійок або на 3%. Фондомісткість послуги знизилася загалом, що не повинно оцінюватись позитивно, оскільки навряд чи можна робити висновки про покращення рівня медичного обслуговування, а швидше позитивна динаміка відбулася внаслідок зростання звернень на одиницю основних засобів, що пов'язано з пандемією COVID-19 у 2020 році. Оборотність основних засобів свідчить про зниження оборотності на 10 днів у році, або на 3%, що власне і спричиняє неоднозначне відношення до характеристики інших показників ефективності.

Підсумовуючи результати оцінки якості системи охорони здоров'я КНП "Недригайлівський центр ПМСД" необхідно відмітити погіршення якості здоров'я населення і доступності медичної допомоги. Має вираження це в зростанні числа важких хронічних захворювань (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, стенокардія, інфаркт міокарда, онкологічна патологія та ін.), зростанні смертності населення по причині хвороби, зростанні лікарняної летальності.

Для багатьох територій району обслуговування є характерним зниження потужності лікувальних закладів при високих показниках інтенсивності роботи існуючих, що знижує якість роботи медичного персоналу і обмежує доступність якісної допомоги населенню.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В КНП "НЕДРИГАЙЛІВСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ"

3.1 Розробка Програми надання якісних послуг в КНП "Недригайлівський центр первинної медико-санітарної допомоги"

На сьогоднішній день продовжується удосконалення галузі охорони здоров'я, пошук найкращих шляхів її розвитку, що обумовлено складною ситуацією, яка потребує корінних змін. Аналіз негативних моментів розвитку галузі охорони здоров'я було проведено багатьма спеціалістами. Але класифікувати головні існуючі в галузі проблеми необхідно таким чином [23, 26, 31, 32]:

- дефіцит ресурсного забезпечення;
- дефіцит фінансування;
- неефективне використання існуючих ресурсів організаціями;
- недостатність кваліфікованих медичних кадрів;
- застарілі кваліфікаційні характеристики;
- низька мотивація, в тому числі, оплата праці;
- значні територіальні відмінності в забезпеченні кадрами;
- недостатність матеріально-технічного оснащення;
- високий процент зносу основних фондів;
- неукомплектованість медичним обладнання по причині недостатнього фінансування і відсутності норм забезпечення матеріально-технічним обладнанням згідно зі стандартами надання медичної допомоги населенню;
- дефіцит інформаційного забезпечення: неможливість широкого використання інформаційних ресурсів лікарні. Нестача локальних внутрішніх мереж організацій.
- недосконалість системи управління охорони здоров'я;
- низька господарська самостійність державних медичних закладів;
- нестача професійних управлінських кадрів;
- недосконала нормативно-правова база галузі;
- низький розвиток системи стандартів охорони здоров'я, наприклад, стандартів надання медичної допомоги;
- існування застарілих штатних нормативів;

- відсутність деяких необхідних факторів для створення ефективної системи контролю якості медичної допомоги; компетентні характеристики персоналу; система мотивації якості; інфраструктура системи управління якістю на основі стандартів; пріоритетність оцінки якості пацієнтами, а також адекватне фінансове забезпечення цих факторів.

Дані проблеми перешкоджають переходу галузі охорони здоров'я на інноваційний шлях розвитку. Вони є не тільки бар'єрами інноваційної діяльності, ефективного функціонування медичної системи і успішного соціально економічного розвитку країни в цілому. У зв'язку з цим дуже важлива вірна розстановка пріоритетів і рішення існуючих проблем, вибір напрямів і методів розвитку охорони здоров'я.

На даний час переважає прагнення до більш широкого розвитку первинної медико-санітарної допомоги, що допоможе системам охорони здоров'я стати більш дієвішими, стабілізуючими соціальними інститутами.

Хоча вважається, що реформування первинної ланки медичної галузі практично завершене, на практиці бачимо, що в діяльності КНП "Недригайлівський центр ПМСД" є ряд моментів, які потрібно доопрацювати.

Нами була сформована Програма надання якісних послуг для даної медичної установи.

Загальні положення:

1) першочерговим в охороні здоров'я населення є надання первинної медико-санітарної допомоги в закладах загальної практики сімейної медицини (далі - ЗП СМ);

2) проводити заходи спрямовані на зростання ефективності та якості медичної допомоги, доступність кваліфікованої медичної допомоги для кожного жителя, покращення демографічної ситуації, ефективність використання ресурсів галузі охорони здоров'я;

3) частиною спеціалізованої медичної допомоги являється первинна медико-санітарна допомога (ПМСД), тому управління нею неможливе без економічних важелів впливу;

4) здоров'я кожного громадянина має важливе значення і являє собою основний аспект національної безпеки, характеризує змогу отримання особистого і суспільного добробуту та благополуччя, майбутній розвиток всієї країни, і кожної територіальної одиниці окремо.

Метою Програми розвитку ПМСД являється зменшення рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення за допомогою надання

ефективного функціонування системи доступної і якісної первинної медико-санітарної допомоги.

Дана мета Програми досягається при виконанні Центром ПМСД таких завдань:

- надання жителям первинної та інших видів медичної допомоги;
- проведення профілактичних щеплень;
- планування, організація, участь та контроль за проведенням профілактичних оглядів та диспансеризації населення, здійснення профілактичних заходів, постійне відстеження стану здоров'я пацієнта для своєчасної профілактики, діагностики та забезпечення лікування хвороб;
- консультації по профілактиці, діагностиці, лікуванню хвороб, а також, що стосується здорового способу життя;
- пільгове забезпечення лікарськими засобами населення згідно з чинним законодавством та відповідно до фінансового бюджетного забезпечення;
- встановлення потреби підрозділів Центру ПМСД та населення у лікарських засобах, медичному обладнанні та транспорті з метою забезпечення доступною, своєчасною та якісною медичною допомогою;
- закупівля, зберігання та використання ресурсів, потрібних для надання медичних послуг;
- надання платних послуг щодо забезпечення медичною допомогою жителів згідно чинного законодавства України;
- надання елементів паліативної допомоги;
- надання будь-яких інших послуг суб'єктам господарювання, що надають первинну медичну допомогу на території Роменського району;
- забезпечення підготовки та підвищення кваліфікації працівників Центру ПМСД.

Шляхи розв'язання проблеми:

- пріоритетний розвиток ПМСД;
- удосконалення надання невідкладної медичної допомоги населенню в межах лікувального закладу;
- приведення матеріально-технічної бази амбулаторій ЗП СМ (загальної практики сімейної медицини) у відповідність до "Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів ОЗ та фізичних осіб підприємців, які надають первинну медичну допомогу", затвердженого Наказом МОЗ України від 26.01.2018 № 148;
- матеріальна мотивація медичних працівників.

Виконання Програми здійснюється згідно з затвердженим планом фінансової підтримки з врахуванням змін до нинішнього законодавства.

Фінансова підтримка Програми здійснюється за рахунок:

- коштів бюджетів: районного, сільської ради, бюджетів ОТГ;
- коштів державного бюджету;
- інших джерел фінансування, незаборонених законодавством України.

Кошти отримані за результатами діяльності, використовуються організацією на виконання плану заходів Програми. Обсяги фінансування Програми шляхом надання підтримки з усіх джерел фінансування на 2021-2023 роки показані в Додатку А.

Очікувані результати та ефективність Програми. Виконання Програми дозволить:

- утворити цілісну систему з надання ПМСД на засадах СМ (сімейної медицини), що дасть змогу зменшити захворюваність та смертність населення, підвищити народжуваність і продовжити життя;
- збільшення частки медичної допомоги, яка надається сімейними лікарями;
- збільшення асигнувань на ПМСД та удосконалення ефективної системи багатоканального фінансування;
- підвищення якості матеріально-технічної бази лікувально-профілактичних підрозділів Центру;
- покращення якості надання медичної допомоги незахищеним верствам населення.

Наявність існуючих проблем у вдосконаленні роботи лікувально-профілактичних закладів і спеціалістів вимагає прийняття відповідних рішень і адекватних заходів по їх покращенню як на управлінському так і на науковому і практичному рівнях. На нашу думку, такі зміни повинні здійснюватись в рамках проведення модернізації медичної галузі.

3.2 Покращення кадрового потенціалу як основний напрямок удосконалення системи управління якістю надання медичних послуг

Медичний персонал відноситься до дороговартісних ресурсів, які вимагають більше затрат на підготовку кваліфікованих спеціалістів.

На відміну від більшості ресурсів, цінність яких загалом знижується, цінність кадрових ресурсів з накопиченням професіоналізму і досвіду збільшується[1,13]. На протязі декількох десятиріч загальною стратегічною лінією кадрової політики охорони здоров'я було неухильне нарощування

чисельності медичних кадрів. В той же час якісному рівню спеціалістів приділялось набагато менше уваги. Цьому допомогою було багато проблемних ситуацій в самій системі охорони здоров'я, а також зовнішні фактори, пов'язані зі зниженням рівня життя населення, соціально-економічною нестабільністю, проблемами з якістю підготовки спеціалістів і т. д.

Для розвитку галузі охорони здоров'я, поряд з матеріально-технічною базою і фінансовими ресурсами, ключову роль відіграє наявність кваліфікованих спеціалістів: лікарів і середнього медичного персоналу. Підготовка кадрів і забезпечення лікувально-профілактичних закладів медичним персоналом на рівні нормативних вимог входить в коло головних завдань розвитку галузі. Для медичних закладів питання чисельності медичного персоналу, укомплектованості штатних розписів, забезпеченості кадрами на перспективу відносяться до числа пріоритетних. В умовах зростання потреби населення в медичній допомозі, недостатнє кадрове забезпечення знижує якість такої допомоги та підвищує навантаження на медичних працівників. Необхідно планувати заходи для виправлення ситуації, що склалася. Сучасний стан галузі охорони здоров'я потребує особливої уваги не тільки з питань підготовки кадрів лікарів та середнього медичного персоналу, але і закріплення кваліфікованих спеціалістів на місцях.

Можливість персоналу використовувати нові знання і технології, приймати виважені управлінські і організаційні рішення та надавати більш інноваційні послуги – це є характеристикою кадрового потенціалу медичної організації. Він характеризує систему менеджменту, її гнучкість та адаптивність[20,21].

Збалансований розвиток кадрового потенціалу в значній мірі визначає медико-соціальну і економічну результативність діяльності системи охорони здоров'я. Поняття кадрового потенціалу включає наявні кількісні, інтелектуальні, професійні можливості медичних працівників лікувальних закладів, незалежно від його типу і рівня, які направлені на збереження, підтримку і підвищення рівня здоров'я людей.

Значний вплив на зміст розвитку кадрового потенціалу даної медичної установи мають чинники, які ми відобразили в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1 – Чинники розвитку кадрового потенціалу КНП "Недригайлівський ЦПМСД"

Групи чинників	Їхні складники
Зовнішні чинники	Трудове законодавство; Демографічна ситуація в районі обслуговування; Розвиток соціальної сфери; Якість життя; Система освіти.
Внутрішньо-організаційні чинники	Організаційна структура; Форма власності; Фінансово-господарча діяльність; Прогресивність технологічних процесів.
Внутрішньо-системні чинники	Кадрова політика організації; Задоволеність персоналу працею; Корпоративна культура; Організація роботи з персоналом; Професійно-кваліфікаційна структура персоналу.
Індивідуальні чинники	Інтереси, потреби; Моральна складова особистості; Фізіологічний компонент і стан здоров'я; Рівень освіти; Відношення до професійних обов'язків.

Джерело: узагальнене автором на основі [10].

Внутрішні і індивідуальні чинники в більшій мірі визначають розвиток кадрового потенціалу.

Однією з головних складових кадрового потенціалу є змога системи управління людськими ресурсами провести правильно відбір і розстановку кадрів, а також більш реально проводити його оцінку.

До загальних тенденцій розвитку кадрового потенціалу сфери медичних послуг можемо віднести невідповідність бюджетного

фінансування вимогам суспільства до якості медичного обслуговування населення.

Щоб відтворити кадровий потенціал в галузі охорони здоров'я, потрібно провести зміни, які направлені на вирішення двох таких завдань:

- підвищення оплати праці лікарів та іншого медичного персоналу, щоб підняти рівень престижу професії медика і, як наслідок, зменшити відтік кваліфікованих кадрів з галузі;

- створити ряд стимулів до підвищення професійної підготовки медичних кадрів, що повинно вплинути на ефективність надання послуг.

Забезпеченість населення середнім медичним персоналом зменшується, так як знижується престиж спеціальності таких працівників. Медичні сестри розраховуються з роботи в лікарні, знову ж таки, по причині низької оплати праці і позбавлення можливості кар'єрного зростання.

На даний час для кадрового потенціалу медичної організації є характерним [18]:

- нерівномірний розподіл кадрів;
- мала забезпеченість медичним персоналом сільського населення;
- чисельність і структура медичних кадрів не задовольняє реформування медичної галузі.

Актуальні напрямки розвитку кадрових технологій в галузі охорони здоров'я є питання розробки кадрової політики, планування, підбір кадрів, забезпечення професійного і кар'єрного росту, створення оптимальних умов праці [24,41].

Окрім того, важливе значення організаторами медичних послуг надається відмежуванню процесу кадрового забезпечення лікувально-профілактичних закладів.

Головними напрямками в роботі з кадровим потенціалом КНП "Недригайлівський центр ПМСД" являється : адаптація, навчання, атестація.

Робота керівництва лікарні по підбору персоналу, використовуючи сучасні, ефективні мотиваційні механізми, дозволяє забезпечити лікувально-профілактичні заклади лікарями, які здатні на професійному рівні вирішувати завдання підвищення якості надання медичних послуг населенню.

Стабільність кадрового потенціалу визначають: професійна адаптація майбутніх лікарів в процесі навчання; підтримка оптимальних взаємовідносин в колективі; забезпечення охорони праці і якості життя в процесі роботи.

Безперервна освіта співробітників шляхом підвищення кваліфікації на курсах; участь в науково-практичних тематичних конференціях; удосконалення системи самоосвіти; атестація на кваліфікаційну категорію, сертифікацію. Всі ці заходи сприяють підвищенню професійного рівня медичного працівника, розвитку кадрового потенціалу організації.

ВИСНОВКИ

1. В відповідності до проведеного дослідження визначено, що якість – це очікувана ступінь однорідності і надійності при мінімально можливих витратах та відповідності вимогам ринку.

2. Системи управління якістю різняться між собою і мають деякі особливості. Система ISO, створює формальні процедури та інструкції для працюючих. TQM - це програма, впровадження якої в медичному закладі є довготривалим процесом, який ґрунтується на зміні якісної культури (мислення, поведінки персоналу) і направлена на пізнання вимог та очікувань пацієнтів. Акредитація фокусується на утворенні певних стандартів і правил. Створення, запровадження і використання системи якості в лікувальних закладах допоможе їм досягти високого, конкурентоспроможного рівня на ринку надання медичних послуг. Але ефективність від запровадження системи якості досягнеться при максимальному вирішенні економічних аспектів управління якістю медичних послуг.

3. Становлення і досвід управління якістю надання медичних послуг в кожній окремо взятій країні пов'язаний з розвитком і рівнем організації в даних країнах. Загальними напрямками державного регулювання і контролю в системі охорони здоров'я різних країн є: зниження затрат на охорону здоров'я; забезпечення якісних, адекватних, кваліфікованих і доступних медичних послуг. Основними, прийнятними і для України, напрямками розвитку медичної галузі є: забезпечення проведення наукових розробок, розвиток інновацій, науково-технічного процесу, створення системи відповідних стандартів якості медичних послуг, створення ефективної системи контролю якості медичних послуг, впровадження заходів по посиленню мотивації праці медичних працівників.

4. Для отримання достовірних фактів про можливості організації та загрози зростанню на ринку медичних послуг було проведено SWOT-аналіз. Після його проведення стало очевидним, що медичний заклад потребує надходження фінансових коштів, наприклад, залучивши інвесторів. Професійність персоналу можливо забезпечити при підвищенні кваліфікаційного рівня лікарів та медичного персоналу. Надходження високотехнічного обладнання буде сприяти якості надання медичних послуг. В даній організації переважають слабкі сторони, але мають місце і позитивні можливості. Потрібно звернути особливу увагу на зменшення витрат і зростання якості медичних послуг.

5. Підсумовуючи результати оцінки якості системи охорони здоров'я КНП "Недригайлівський ЦПМСД" необхідно зазначити погіршення якості здоров'я населення і доступності медичної допомоги. Це виражається в зростанні важких хронічних захворювань, зростанні смертності населення по причині хвороби, зростанні лікарняної летальності. Для багатьох територій району обслуговування є характерним зниження потужності лікувальних закладів при високих показниках інтенсивності роботи, що знижує якість роботи медичного персоналу і обмежує доступність якісної допомоги населенню.

6. На даний час потрібно більш широко розвивати первинну медико-санітарну допомогу, що допоможе системам охорони здоров'я стати більш дієвішими. В діяльності КНП "Недригайлівський ЦПМСД" є ряд моментів, які потребують доопрацювання. З цією метою була сформована Програма розвитку ЦПМСД, що має на меті зменшення рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення за допомогою ефективного функціонування системи доступної і якісної первинної медико-санітарної допомоги.

7. Удосконалення системи управління якістю надання медичних послуг неможливе без покращення кадрового потенціалу медичного закладу. Характеристикою кадрового потенціалу медичної організації – є здатність персоналу використовувати нові знання і технології, приймати виважені рішення та надавати більш інноваційні послуги. Робота по управлінню персоналом в КНП "Недригайлівський ЦПМСД" включає в себе такі напрямки: підбір персоналу, організація праці, мотивація і стимулювання, професійна підготовка, підвищення кваліфікації та ін.

8. Покращення якості надання медичних послуг бажають всі: населення, уряд, органи місцевого самоврядування, працівники медичних закладів.

Високу якість медичних послуг гарантує загально державний та міжгалузевий підходи до створення політики медичної допомоги. Заклади ОЗ повинні дотримуватися єдиної стратегії зростання якості медичної допомоги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Т.П. Кадрова політика у реформуванні сфери охорони здоров`я: аналіт. доп. – К.: НІСД, 2012. – 35 с.
2. База стандартів медичної допомоги [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://medlib.dp.gov.ua/jirbis2/ua/contacts/15-ua/site/54-specialist-standart-base.html>
3. Барназ-Лукавецька О. Медичні послуги в Україні. URL: <https://jurist-blog.com.ua/medichni-poslugi.html>
4. Бардаш С.В. Економічний контроль в Україні: системний підхід: монографія. – К.: КНІВУ, 2010.- 656 с.
5. Безродна С.М. Управління якістю: навч. посібник для студентів економічних спеціальностей / Безродна С.М. – Чернівці: ПВКФ "Технодрук", 2017. – 174с.
6. Блюх М.А. Аналіз фінансово-господарської діяльності бюджетних установ [Текст]: навч. посібник / М.А.Блюх. – К.: КНЕУ, 2008. – 342с.
7. Векслер Е.М. Менеджмент якості: навч. посібник. – К.: ВД "Професіонал", 2008. – 320с.
8. Вороненко Ю.В. Організація первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні: Сучасний стан та нормативно-правові документи, що регламентують роботу сімейних лікарів / Вороненко Ю.В., Висоцька О.І., Гойда Н.Г. – К.,2001. – 112 с.
9. Гавловська Н.І. Управління інноваційними проектами: навч. посібник / Н.І.Гавловська, Є.М.Рудніченко. – Хмельницький: ХНУ, 2016. – 247с.
10. ГармідерЛ.Д.Фактори розвитку кадрового потенціалу торговельного підприємства // Сталий розвиток економіки. – 2013. - № 1(18). – С.92- 96.
11. Грабовський В.А. Системний підхід до управління закладами охорони здоров`я / В.А.Грабовський, В.М. Клименко // Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. – 2014. - № 3. – С.136 – 142.
12. Короленко В.В., Юрочко Т.П. Кадрова політика у сфері охорони здоров`я України в контексті європейської інтеграції. – К., 2018. – 96 с.
13. Мартинюк О.А. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах / О.А.Мартинюк, Н.Ф.Курдибанська // Причорноморські економічні студії. – 2016. – Вип.6. – С.75 – 79.

14. Мачуга Н.З. Методологічні аспекти формування та функціонування системи якісних медичних послуг в Україні [Монографія] / Н.З.Мачуга. – Тернопіль, Тайп, 2012.- 199с.
15. Мачуга Н.З. Якість медичних послуг як інструмент реформування системи охорони здоров'я / Н.З.Мачуга // Актуальні проблеми економіки. – 2011. - №8. – с. 202.
16. Мельник А., Мельник Ю. Національний та регіональний ринки послуг України: чи наближаємось ми до Європи ? / А.Мельник, Ю.Мельник // Журнал європейської економіки. – 2015. – Т.14. - №4. –с. 456-476. [Електронний ресурс] – Режим доступу: file:///C:/Documents % 20 Settings /Пользователь / мои % 20 документи /gee_2015_14_4_9. pdf
17. Менеджмент для бакалаврів: підручник: у 2 т. /за ред. О.Ф.Балацького, О.М.Теліженка. – Суми: Університетська книга, 2009. – Т.1 – 605с.
18. Мерзляк А.В. Економіка праці і соціально-трудова відносини: навч. посібник. – К.: Центр навчальної літератури, 2009. – 240 с.
19. Момот О. І. Менеджмент якості та елементи системи якості: навч. посібник. – К.: Центр учбової літератури, 2007. – 368с.
20. Мосейчук І.В. Роль кадрового потенціалу соціальної сфери в забезпеченні стабільності держави //Бізнес Інформ. - 2013. - № 1. – С. 188 – 191.
21. Москаленко В.Ф. Глобальні та національні проблеми кадрових ресурсів охорони здоров'я / Москаленко В.Ф., Грузєва Т. С. // Головний лікар. – 2007. - № 1. – С.32 – 40.
22. Москаленко В.Ф. Економіка охорони здоров'я: підручник / В.Ф.Москаленко, О.П.Гульчій, В.В.Таран та ін. –Вінниця: Нова книга, 2010. – 288с.
23. Москаленко В.Ф. Основні напрямки розвитку охорони здоров'я в сільській місцевості / В.Ф.Москаленко, Т.С.Гузєва // Охорона здоров'я України. – 2005. - № ¾. - С.54 - 58.
24. Мурашко М. Менеджмент персоналу: навч. посібник / М.Мурашко. - 2-ге вид.стереотип. – К.: Знання,2006. – 311с.
25. Надюк З.О. Управління процесом якості медичної допомоги в ринкових умовах системи охорони здоров'я / З.О.Надюк, В.В.Чекурда // Актуальні проблеми стандартизації у невідкладній хірургії: - Л.,2004. – С.34-36.
26. Організаційно-методичні аспекти перерозподілу обсягів медичної допомоги між лікарями первинного, вторинного та третинного рівнів в умовах переходу до сімейної медицини / [Пономаренко В.М., Ціборовський О.М., Галієнко Л.І., Гуменний В.С.]. – Київ – Луганськ: ВАТ "ЛОД", 2003.- 83с.
27. Ординський В.А. Оцінка процесу реформування первинної медико-санітарної допомоги окремого району / В.А. Ординський // Сімейна медицина. – 2010. - № 1. – С. 53 -57.

28. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. № 2801- XII [Електронний ресурс] - Режим доступу:<http://zakon3.rada.gov.ua/lavs/show/2801> – 12.

29. Посібник з соціальної медицини та організації охорони здоров'я / Вороненко Ю.В., Гульчій О.П., Зоріна С.М. та ін.; під ред. Ю.В.Вороненка. – К.: Здоров'я, 2002. – 358с.

30. Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії: Доручення Кабінету Міністрів України від 1 листопада 2000 р. №18249/1 до Закону України від 5 жовтня 2000 р. № 32017; Доручення Президента України від 6 березня 2003 р. № 31- 1/ 25.

31. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні: Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 166 від 31.03.2008 р.: [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn20080331_166.html

32. Пушмак Г. Маркетингові шляхи реформування медицини в Україні. – 2013. - № 13. – С. 28 -32.

33. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування. – К.: Видавництво УАДУ, 2010. – 360с.

34. Савицька Г.В. Економічний аналіз діяльності підприємства [Текст]: навч. посібник / Г.В.Савицька. – К.: Знання, 2007. – 668с.

35. Семків Н.М. Деякі проблеми організації медико-санітарної допомоги сільському населенню в умовах сімейної медицини / Н.М.Семків // Охорона здоров'я України. – 2005. - № 1/2. – С.9 – 54.

36. Сміянов В.А. Визначення якості медичної допомоги та концепції її розвитку / В.А.Сміянов // Вісник соціальної гігієни організації охорони здоров'я України. – 2011. - № 1. – С. 86 – 95.

37. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / [за 48м. 48м.48.. Ю В.Вороненка, В.Ф.Москаленка]. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.

38. Уваренко А. Р. Первинна медико-санітарна допомога на селі / А.Р.Уваренко, В.Д.Парій. – Житомир і Полісся, 1998. – 207 с.

39. Хобзей М.К. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи надання медико-санітарної допомоги (на прикладі Львівської області): автореферат д-ра медичних наук: 14.02.03 / Хобзей М.К. // Нац. мед. академія післядипломної освіти 48м.. П.Л.Шупика. – К., 2010. – 31с.

40. Шаповал М.І. Менеджмент якості: Підручник. – К.: Знання, 2006. – 471с.
41. Шаповал О.А. Кадрова політика та шляхи її покращення / О.А.Шаповал // Економіка і суспільство, 2017. – Вип. 9. – С. 712 – 715.

ДОДАТОК А

План заходів програми розвитку та підтримки КНП "Недригайлівський ЦПМСД" (умовні значення)

№ п/п	Перелік заходів програми	Відповідальні за виконання	Джерело фінансування	Орієнтовні обсяги фінансування Тис. грн. 2021 р.	Орієнтовні обсяги фінансування Тис. грн. 2022 р.	Орієнтовні обсяги фінансування Тис. грн. 2023 р.	Очікуваний результат
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Оплата енергоносіїв та комунальних послуг. Придбання палива.	КНП "Недригайлівський ЦПМСД"	Бюджети ОТГ Районний бюджет	1506,0 596,0	1567,0 641,0	1722,0 823,0	Забезпечення сталого функціонування структурних підрозділів
2.	Оплата ліків для амбулаторного лікування пільгових категорій населення, в т.ч. для паліативного лікування онкологічних хворих (Постанова КМУ № 1303 від 17.04.1998 р.)	КНП "Недригайлівський ЦПМСД"	Бюджети ОТГ Районний бюджет	38,0 18,0	42,0 20,0	45,0 22,5	Забезпечення безкоштовного амбулаторного лікування пільгових категорій хворих за рецептами лікарів
3.	Придбання туберкуліну	КНП "Недригайлівський ЦПМСД"	Бюджети ОТГ Районний бюджет	111,6 54,0	111,6 54,0	111,6 54,0	Проведення профілактичних заходів
	Забезпечення протипожежних заходів	КНП "Недригайлівський ЦПМСД"	Бюджет ОТГ	44,0 32,0	50,0 38,0	56,0 44,0	Приведення приміщень у відповідність до вимог

4.		Д"	Районний бюджет				
5.	Реконструкція системи водопостачання	КНП "Недригайлівський ЦПМСД"	Бюджети ОТГ Районний бюджет	168,0 115,0	48,0 40,0	49,0 44,0	Приведення у відповідність до існуючих норм
6.	Фінансове забезпечена пункту невідкладної допомоги КНП "Недригайлівський ЦПМСД"	КНП "Недригайлівський ЦПМСД"	Бюджети ОТГ Районний бюджет	568,0 250,0	711,0 330,0	790,0 402,0	Забезпечення роботи підрозділу
7.	Надання сільськими радами та ОТГ коштів у вигляді субвенції на виплату зарплат та матеріальної мотивації працівникам структурних підрозділів	КНП "Недригайлівський ЦПМСД"	Бюджети ОТГ Районний бюджет	1420,0 640,0	1500,0 680,0	1650,0 700,0	Матеріальне стимулювання роботи медичних працівників
8.	Оплата ліків амбулаторного лікування учасників АТО	КНП "Недригайлівський ЦПМСД"	Бюджети ОТГ Районний бюджет	32,0 18,0	35,0 19,0	38,0 20,0	Забезпечення безкоштовного амбулаторного лікування пільгових категорій хворих за рецептами лікарів
			Бюджети ОТГ	3887,6	4064,6	4461,6	
			Районний бюджет	1723,0	1822,0	2109,5	
			Всього	5610,6	5886,6	6571,1	

ДОДАТОК Б

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров`я.

ЄС – Європейський союз.

ЗОЗ – заклади охорони здоров`я.

КНП – комунальне некомерційне підприємство.

МОЗ – Міністерство охорони здоров`я.

НСЗУ – Національна служба здоров`я України.

ОЗ – охорона здоров`я.

ОТГ – об`єднана територіальна громада.

ПМСД – первинна медико-санітарна допомога.

СОЗ – система охорони здоров`я.