

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 допускається”

завідувачка кафедри

\_\_\_\_\_ Г.О. Швіндіна

## КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему

**«Підходи до оцінювання якості роботи сімейного лікаря (на прикладі  
впровадження регіональної інформаційної медичної системи «MEDSTAR»)**

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

*Студента гр. УЗ.мз-91ш Онди Алли Іванівни*

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр.

Кваліфікаційна робота магістра містить результати власних досліджень.  
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на  
відповідне джерело \_\_\_\_\_ Онда Алла Іванівна

***Наукові керівники:*** кандидат економічних наук, доцент Смоленніков Д.О.  
доктор медичних наук, професор Сміянов В.А.

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-91ш  
Онді Аллі Іванівні

1. Тема роботи Підходи до оцінювання якості роботи сімейного лікаря (на прикладі впровадження регіональної інформаційної медичної системи «MEDSTAR»)

затверджена наказом по СумДУ № \_\_\_\_\_ від „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ р.

2. Термін подання студентом закінченої роботи 10.12.2020 р.

3. Мета кваліфікаційної роботи: теоретичне обґрунтування й визначення практичних рекомендацій щодо підвищення ефективності роботи сімейного лікаря в умовах реформування медицини при використанні інформаційної медичної системи «MEDSTAR».

4. Об'єкт дослідження: діяльність сімейного лікаря в умовах реформування при впровадженні регіональної медичної системи «MEDSTAR».

5. Предмет дослідження: організаційні відносини, що виникають у процесі надання медичної допомоги з урахуванням використання інформаційної системи, що забезпечує взаємодію пацієнтів, лікарів та інших зацікавлених сторін.

6. Кваліфікаційна робота виконується на матеріалах: Накази МОЗ України, Постанови Кабінету Міністрів України, підручники, навчальні посібники, методичні рекомендації, статті та тези конференцій вітчизняних та зарубіжних авторів, журнали, інтернет-ресурси, статистична звітність КНП «ШМЦПМСД» ШМР амбулаторії № 1.

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

№ пор.	Назва розділу	Термін подання
I	Організація лікарської діяльності в умовах реформування системи охорони здоров'я України.	30.09.2020р.- 19.10.2020р.
II	Підходи до визначення поняття якості надання медичних послуг.	20.10.2020р.- 13.11.2020р.
III	Сутність стратегічного плану удосконалення надання медичної допомоги в амбулаторії № 1.	14.11.2020р.- 03.12.2020р.

Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи магістра:

У розділі 1 студент має дослідити лікарську діяльність в умовах реформування системи охорони здоров'я України.

У розділі 2 студент має провести аналіз показників якості роботи сімейного лікаря на прикладі впровадження інформаційної медичної системи «MEDSTAR».

У розділі 3 студент має запропонувати методичні підходи щодо покращення надання медичної допомоги в умовах реформування медицини

8. Консультації щодо виконання роботи:

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

9. Дата видачі завдання 29.09.2020 р.

Керівники кваліфікаційної роботи

Смоленніков Д.О.

Сміянов В.А.

Завдання до виконання одержав

Онда А.І.

## АНОТАЦІЯ

У кваліфікаційній роботі відтворено результати досліджень, проведених на основі діяльності лікаря загальної практики КНП «ШМЦПМСД» ШМР амбулаторії №1 в умовах реформи з використанням інформаційної медичної системи «MEDSTAR». Розглянуто структуру самої інформаційної системи та механізм її впровадження у практику лікаря. Виявлено недоліки, які виникають у процесі взаємодії сімейного лікаря та пацієнта в умовах реформування медицини. Підбито підсумки на основі зібраних матеріалів. Запропоновано шляхи вирішення деяких проблем, які виникають при використанні новітніх технологій в сфері медицини. Узагальнено можливості лікаря, пацієнта, лікувального закладу та держави, які можуть вплинути на підвищення якості медичної допомоги в Україні.

## РЕФЕРАТ

*Структура й обсяг роботи.* Дипломна робота складається з титульного аркуша, листа - завдання на кваліфікаційну роботу, анотації, реферату, змісту, переліку умовних позначень, вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 54 найменування. Загальний обсяг роботи становить 45 сторінок, у тому числі 3 таблиці, 4 рисунка.

*Актуальність* роботи полягає у розгляданні проблеми систематизації функцій лікаря та забезпечення якісної допомоги на рівні впровадження інформаційної медичної системи.

*Метою роботи* є теоретичне обґрунтування й визначення практичних рекомендацій щодо підвищення ефективності роботи сімейного лікаря в умовах реформування медицини при використанні інформаційної медичної системи «MEDSTAR».

*Предметом дослідження* є організаційні відносини, що виникають у процесі надання медичної допомоги з урахуванням використання інформаційної системи, що забезпечує взаємодію пацієнтів, лікарів та інших зацікавлених сторін.

*Об'єктом дослідження* є діяльність сімейного лікаря в умовах реформування при впровадженні регіональної медичної системи «MEDSTAR».

У першому розділі «Організація лікарської діяльності в умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні» розглянуто функціональні обов'язки сімейного лікаря в період реформи та механізм роботи інформаційної медичної системи «MEDSTAR», її роль в роботі лікаря загальної практики.

У другому розділі «Підходи до визначення поняття якості надання медичних послуг» розібрано поняття якості та стандартів якості в медицині, а також показники якості роботи сімейного лікаря на прикладі впровадження інформаційної медичної системи «MEDSTAR».

У третьому розділі «Сутність стратегічного плану удосконалення надання медичної допомоги в амбулаторії №1» визначено недоліки у роботі сімейного лікаря та запропоновано методи покращення якості надання медичних послуг.

*Методи дослідження.* Використано системний аналіз, порівняльний, медико - статистичний, соціологічний та метод описового моделювання.

*Наукова новизна* роботи полягає в тому, що запропоновано методи можливого удосконалення медичної інформаційної системи, які могли б покращити якість роботи сімейного лікаря з урахуванням графіка роботи лікаря та побажань пацієнтів; належних умов організації роботи лікаря.

Для дослідження використані дані, отримані в амбулаторії №1 КНП «ШМЦПМСД» ШМР, в якій впроваджена медична інформаційна система «MEDSTAR» .

*Ключові слова:* ІНФОРМАЦІЙНА МЕДИЧНА СИСТЕМА, СІМЕЙНИЙ ЛІКАР, ПАЦІЄНТ, НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, МЕДИЦИНА, ЯКІСТЬ, МЕДИЧНА РЕФОРМА.

## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	8
ВСТУП	9
РОЗДІЛ 1 ОРГАНІЗАЦІЯ ЛІКАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	12
1.1 Аналіз ключових принципів роботи сімейного лікаря	12
1.2 Складові частини інформаційної медичної системи, її роль в роботі лікаря загальної практики.	14
РОЗДІЛ 2 ПІДХОДИ ДО ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	19
2.1 Сутність поняття якості надання медичних послуг	19
2.2 Стандарти якості медичних послуг	20
2.3 Дослідження показників якості роботи сімейного лікаря на прикладі впровадження інформаційної медичної системи «MEDSTAR»	21
РОЗДІЛ 3 СУТНІСТЬ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУ УДОСКОНАЛЕННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В АМБУЛАТОРІЇ № 1	30
3.1 Виявлення існуючих недоліків в роботі сімейного лікаря	30
3.2 Узагальнення методичних підходів щодо покращення надання медичної допомоги в умовах реформування медицини	34
ВИСНОВКИ	37
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	39

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

БАК – біохімічний аналіз крові

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ЗАК – загальний аналіз крові

ЗАС – загальний аналіз сечі

ЕКГ – електрокардіограма

ЕМК - електронна медична картка

КНП «ШМЦПМСД» ШМР – комунальне некомерційне підприємство  
«Шосткинський міський центр первинної медико – санітарної допомоги»  
Шосткинської міської ради

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

МСЕК – медико – соціальна експертна комісія

НСЗУ - Національна служба здоров'я України

ПЛР – полімеразна ланцюгова реакція

РІМС – регіональна інформаційна медична система

ОГК – органи грудної клітки



## ВСТУП

За останні роки медична сфера послуг в Україні переживає складні часи. Вкрай незадовільним є стан медичного обслуговування населення, що обумовлено економічною кризою в країні [49]. Рівні смертності та захворюваності населення зростають, відсутність змоги надання своєчасної кваліфікованої допомоги через недостатність коштів та брак кадрів, дорого вартісне лікування та багато інших проблем, для вирішення яких і було розпочато реформування системи охорони здоров'я України за прикладом європейських держав [2].

Принцип медичної реформи полягає у відокремленні амбулаторно-поліклінічної допомоги, що відповідає первинній ланці, від спеціалізованої допомоги – вторинної ланки та високоспеціалізованої - третинної ланки. Центральне місце відводиться первинній ланці, виконанням основних завдань в якій займається лікар загальної практики - сімейний лікар. Сімейний лікар є спеціалістом широкого профілю, до обов'язків якого входить: спостереження за станом задекларованих пацієнтів, своєчасне виявлення та лікування захворювань, проведення профілактики найпоширеніших хвороб, надання екстреної та невідкладної допомоги, імунізація населення, виконання лікарських маніпуляцій, проведення реабілітаційних заходів, прийняття рішень щодо подальшого направлення пацієнта на інший рівень допомоги, заповнення медичної документації відповідно до вимог МОЗ України [9; 12, с. 74-78].

Впровадження сімейної медицини має покращити медичну систему України. Сімейний лікар в умовах реформи займає місце організатора і менеджера в процесі лікування та охорони здоров'я, функціональними обов'язками якого є моніторинг показників звернення населення, випадків захворювання; розподілення обсягів та резервів медичної допомоги тощо [44].

Актуальним на теперішній час є проблеми систематизації функцій лікаря та забезпечення якісної допомоги на рівні новітніх вимог, тому і були задіяні інформаційні медичні системи. Завдяки комп'ютерному та програмному забезпеченню став можливим моніторинг стану пацієнтів, формування лікарських прийомів, керування зверненнями пацієнтів, розподілення ресурсів, контроль процесів лікування з дотриманням стандартів протоколів [18]. Автоматизація великого обсягу роботи лікаря є цінним, але й існують недоліки ще невідосконалених систем. Сучасні технології є невід'ємною частиною нашого життя і більшість українців мають доступ до всесвітньої інформаційної комп'ютерної мережі, що дасть можливість самостійно реєструватися на прийом до лікаря, заздалегідь обираючи час та спосіб спілкування для вирішення питань.

Використання інформаційних систем в медицині дає змогу державі контролювати використання коштів, що виділяються на охорону здоров'я завдяки обліку кількості пацієнтів та надані їм послуги, а також оцінювати якість роботи лікарів, що оплачуватиметься в залежності від навантаження [51].

Якість роботи лікаря - важливий показник, він повинен оцінюватися за допомогою професійної експертизи, показники якої можна отримати завдяки інформаційним медичним системам, та аналізу думки пацієнтів [1; 3, с. 27-32].

*Метою роботи* є теоретичне обґрунтування й визначення практичних рекомендацій щодо підвищення ефективності роботи сімейного лікаря в умовах реформування медицини при використанні інформаційної медичної системи «MEDSTAR» [22; 53]. У відповідності до поставленої мети необхідно вирішити такі *завдання*:

- аналіз теоретичних та методичних підходів щодо організації лікарської діяльності та формування системи прийому пацієнтів в амбулаторії;
- аналіз показників діяльності сімейного лікаря у відповідному звітному періоді, порівнюючи з попереднім режимом роботи до реформування;
- отримання висновків анкетування пацієнтів щодо задоволення якістю

- надання медичної допомоги;
- виявлення причин низької якості медичного обслуговування;
- розроблення та обґрунтування комплексу заходів щодо коригуванні недоліків організації медичної допомоги, що виникають при роботі з інформаційною системою.

*Предметом дослідження є організаційні відносини, що виникають у процесі надання медичної допомоги з урахуванням використання інформаційної системи, що забезпечує взаємодію пацієнтів, лікарів та інших зацікавлених сторін.*

*Об'єктом дослідження є діяльність сімейного лікаря в умовах реформування при впровадженні регіональної медичної системи «MEDSTAR».*

*Методи дослідження.* Для написання роботи було використано системний аналіз, порівняльний, медико - статистичний, соціологічний та метод описового моделювання.

*Наукова новизна роботи полягає в тому, що запропоновано методи можливого удосконалення медичної інформаційної системи, які могли б покращити якість роботи сімейного лікаря з урахуванням графіка роботи лікаря та побажань пацієнтів; належних умов організації роботи лікаря.*

Для дослідження використані дані, отримані в амбулаторії №1 КНП «ШМЦПМСД» ШМР, в якій впроваджена медична інформаційна система «MEDSTAR».

## РОЗДІЛ 1 ОРГАНІЗАЦІЯ ЛІКАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

### 1.1 Аналіз ключових принципів роботи сімейного лікаря

Згідно з медичною реформою України головна роль в наданні медичних послуг відведена амбулаторно - поліклінічним закладам. Сімейні лікарі знаходяться в центрі цієї системи, бо саме з них починається маршрут пацієнта від моменту звернення в медичний заклад, і саме тут надається первинна медична допомога. Близько 80-90% населення за сучасними даними отримують допомогу на цьому рівні, що є вигідним для держави, бо затрати мінімальні - 30% від ресурсів, які виділяються на систему охорони здоров'я [44; 45].

Сімейний лікар має обмежену кількість задекларованих пацієнтів, що обрали цього лікаря за власним бажанням. Така схема обслуговування надає можливість лікарю краще орієнтуватися в психологічному, соціальному, фізіологічному стані пацієнта за рахунок тривалого і безперервного спостереження та вивчення людини, і це знижує ймовірність призначення додаткових методів обстеження та непотрібних лікарських засобів, що зменшує витрати як самого пацієнта, так і держави [44].

Профілактична направленість в роботі лікаря є складовою частиною забезпечення громадського здоров'я [27]. Рівень імунізації населення від інфекційних хвороб залежить від якості контролю за виконанням щеплень сімейним лікарем. Флюорографічне обстеження досі лишається скринінговим для виявлення туберкульозу, а за останні роки і для випадкового виявлення безсимптомної стадії бронхо - легеневих форм онкологічних захворювань. Онкологічні профілактичні огляди жінок у гінеколога контролюються лікарем загальної практики з метою раннього виявлення серйозних захворювань [48].

Графік роботи лікаря складений так, щоб часу вистачило і на прийом записаних пацієнтів, і на обслуговування викликів на дому. На теперішній час додана функція телемедицинського консультування, але цей вид обслуговування пацієнтів узгоджується з лікарем [26].

Зрозуміло, що навіть висококваліфікований сімейний лікар самостійно не може надавати допомогу при всіх зверненнях, тому скеровує потік пацієнтів до вузьких спеціалістів поліклінік або в лікарні в залежності від стану хворого, при цьому видає направлення. До спеціалістів вторинної ланки пацієнт може звернутися без направлення від сімейного лікаря тільки у разі необхідності екстреної спеціалізованої медичної допомоги [20].

В обов'язки сімейного лікаря входить виписка рецептів за пільговими умовами або за державною програмою «Доступні ліки» пацієнтам із захворюваннями серцево - судинної системи, бронхіальною астмою та цукровим діабетом. Спостереження хворих, що відносяться до диспансерних груп, їх своєчасне обстеження з метою зміцнення здоров'я та лікування. Ведення вагітних з гінекологом до пологів. Діти різних вікових груп також знаходяться під наглядом сімейного лікаря та отримують відповідну допомогу, що стосується лікування або профілактики. Проведення реабілітаційних заходів входить до плану роботи лікаря загальної практики [9; 13].

Велику частку обсягу роботи сімейних лікарів займає документообіг. Заповнення консультаційних довідок, виписок, направлень на обстеження, санаторно - курортних карт, довідок на отримання путівок на санаторно - курортне лікування, довідок про стан здоров'я, посильних листів на МСЕК для оформлення групи інвалідності та інше [29; 40].

Основними принципами роботи сімейних лікарів – дотримання стандартів лікування та обстеження відповідно до встановленого діагноза згідно з протоколами надання допомоги, затверджених Міністерством охорони здоров'я України та локальних клінічних протоколів, що є у кожному амбулаторно – поліклінічному закладі [33; 34].

У час конкурентоспроможності та попиту на лікарів загальної практики з'являється необхідність постійного вдосконалення своїх кваліфікаційних навичок та знань, тому однією з вимог роботодавців є проходження курсів підвищення кваліфікації, відвідування семінарів, конференцій, лекцій, за які нараховуються бали, що впливають на проходження атестації й одержання сертифіката лікаря [43, с. 21-22].

Багатопрофільність первинної медичної допомоги ускладнює процес надання якісної допомоги сімейними лікарями через значну завантаженість та брак часу, тому реформа медичної галузі передбачає використання сучасних комп'ютерних технологій з використанням медичних інформаційних систем [11, с. 11-12].

1.2 Складові частини інформаційної медичної системи, її роль в роботі лікаря загальної практики.

Інноваційним елементом медичної реформи є використання сучасного комп'ютерного та програмного забезпечення для спрощення роботи лікаря при виконанні поставлених завдань. КНП «ШМЦПМСД» працює в медичній інформаційній системі MEDSTAR [53].

Ця система має такі особливості:

- належить до персоніфікованих, тобто містить інформацію щодо кожної окремої людини – пацієнта;
- місткісна: вміщує великий обсяг даних про пацієнта;
- побудована за принципом технічної уніфікації щодо внесення інформації;
- використовує метод кодифікації: кожний пацієнт має свій індивідуальний код;
- працює за принципом стандартизації: використовує кодифікатор ІСРС, який кодує дії: причини звернення відповідно до систем організму ( N – нервова система, N01- головний біль), дії по відношенню до пацієнта ( N50 –

лікування неврологічного захворювання ) та діагнози (K87 – Гіпертонія з ускладненням);

- характерна дистанційність передачі інформації по модемному зв'язку в медичні бази інших лікувальних закладів та отримання від них необхідних даних [25].

Медична система дозволяє здійснювати контроль за медичними процесами, в яких беруть участь пацієнти, лікувальні заклади та лікарі (рис. 1.1) [54].

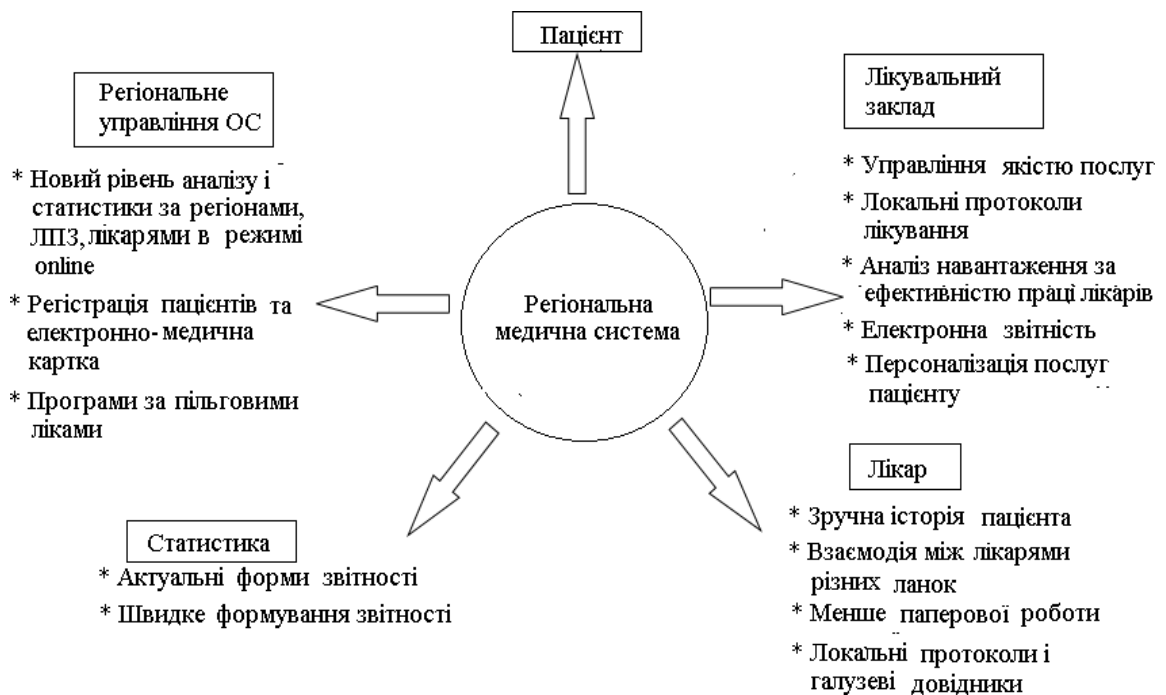


Рисунок 1.1 - Взаємодія регіональної системи з учасниками медичного процесу

Внесення інформації до медичної бази здійснюється шляхом ручного набору. Заповнюються загальні дані про пацієнта та основні медичні відомості про нього: група крові, пільгова категорія, група динамічного спостереження, група ризику, інфекційні захворювання, алергія, несприйняття лікарських засобів, страховий анамнез, анамнез життя, вакцинація, рентгенографія, зубна формула, виписані рецепти, первинна документація, епізоди та історія епізодів, що дають змогу нагадати, з приводу чого звертався пацієнт.

Електронна картка пацієнта має підрозділи, заповнення яких не викликає питань у лікаря, бо принцип схожий із роботою з паперовою амбулаторною картою. В медичній інформаційній системі передбачений швидкісний набір даних в картці пацієнта за допомогою вже введених кодів з розшифровками у діалогових вікнах, що з'являються при внесенні інформації. При кожному відвідуванні пацієнта картка поповнюється причинами звернень, даними обстежень, консультацій, основними, супутніми діагнозами, призначеним лікуванням, рекомендаціями, позначками наступного запису на прийом. Така систематизація даних полегшує роботу лікаря, пришвидшує написання виписок, підготовку звітів [26; 53].

Електронна медична картка є джерелом інформації для самого пацієнта та усіх ланок надання медичної допомоги (рис. 1.2) [54].



Рисунок 1.2 – Електронна карта як засіб зв'язку між різними ланками медичної допомоги

Першочергово пацієнт записується на прийом до лікаря, обираючи зручний спосіб: за телефоном, зверненням до реєстратури або за записом через особистий кабінет. Прийом сімейного лікаря може здійснюватися в різних формах : за телефоном, на дому або в амбулаторії. Обсяги медичної допомоги в загальній системі можна оцінити за кількістю відвідувань



пацієнтів, що вираховуються за кодами установ, які обслуговували пацієнтів, кодами лікарів, які надавали допомогу, кодами встановлених діагнозів, кодами видів наданих послуг та інше. Це дає можливість державі контролювати фінансові витрати на кожного пацієнта та лікаря, який забезпечував надання медичної допомоги [25].

Потік пацієнтів, направлених на консультації, госпіталізації, дослідження відстежується за допомогою системи, що формує звітність в цілому та за окремим пацієнтом. Результати процедур доступні для ознайомлення лікарем [26; 53].

Для зручності користування системою виведена інформація на екрані комп'ютера зліва з розділами : головна – містить інформацію щодо запису на прийом пацієнтів; декларації – кількість декларацій з переліком паспортних даних людини та статус декларації; статистика – фіксує зміни, що відбуваються в кількості декларацій; записи на прийом – відображення прізвищ пацієнтів з часом запису та вказанням людини, яка здійснила запис; розклад – за ним можна отримати інформацію про години прийому будь – якого лікаря; пацієнти – інформація про пацієнтів; реєстр направлень – дані про призначені обстеження з уточненням кому, коли і що саме виписано лікарем; телемедичні послуги – містять задачі, запити, відповіді; журнали та звіти – звітність по пацієнтам: діагнози, флюорографія, пацієнти без флюорографії, листки непрацездатності, динамічне спостереження, відомість обліку відвідувань пацієнтів (ф. 039), надані послуги, рецепти, лабораторні дослідження, пільгові категорії, група ризику, електронні медичні записи; журнали для лікарів: журнал реєстрації амбулаторних пацієнтів (ф.074), журнал викликів додому, вакцинація (ф.064); новини – інформація про зміни в системі MEDSTAR; інструкція з користування РІМС «MEDSTAR» для лікаря та розділ - повідомити про помилку [53].

Основна мета створення унікальної бази медичних даних полягає в отриманні, переробці, сортуванні, згрупуванні інформації та формуванні звітності, що дає можливість побудувати статистичні дані на прикладі

реєстру померлих, листків непрацездатності, планувати роботу на рік за кількістю нещеплених осіб або обстеження диспансерних груп населення та багато іншого [25].

Використання баз даних організовує діяльність лікаря загальної практики. Якщо домогтися функціонування інформаційної системи на повну потужність, держава зможе правильно розподілити кошти на надання медичних послуг та розвиток лікувальних установ, які задіяні в сфері охорони здоров'я та зможе побудувати високоякісну організацію надання медичної допомоги [36].

## РОЗДІЛ 2 ПІДХОДИ ДО ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

### 2.1 Сутність поняття якості надання медичних послуг

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) (1998), «якість - це точне (відповідно до стандартів) виконання різних видів медичного втручання, які вважаються безпечними, доступні у фінансовому відношенні для даного суспільства і здатні здійснити позитивний вплив на рівень смертності, захворюваності, непрацездатності і нераціонального харчування» [16].

Існує багато тлумачень поняття якості медичної допомоги. Наведемо інтерпретування В.Ф. Чавпецова (2000): «Якість медичної допомоги як об'єкт дослідження і управління являє собою властивість процесу взаємодії лікаря і пацієнта, обумовлену кваліфікацією професіонала, тобто спроможністю виконувати медичні технології, зменшувати ризик прогресування наявних у пацієнта захворювань і виникнення нового патологічного процесу, оптимально використовувати ресурси медицини і забезпечувати задоволеність пацієнта від його взаємодії з медичною системою» [35].

Суспільство розуміє, що медичні послуги, надані навіть в одному лікувальному закладі, але різними лікарями мають відмінності. Призначене лікування та дообстеження також відрізняються і тягнуть за собою іноді більше коштів, тому кожен пацієнт хоч раз у житті замислювався, як отримати більш якісну допомогу, витрачаючи на це мінімум грошей [37; 41].

В якості медичного обслуговування зацікавлені не лише споживачі, а й надавачі послуг. Сімейні лікарі вдосконалюють свої знання та навички завдяки безперервному підвищенню кваліфікації шляхом відвідування семінарів, конференцій, курсів. Ще більше стимулює покращення надання медичних послуг система моніторингу, опитування, звітності [43].

В глобальному сенсі для покращення якості надання медичних послуг слід не зупинятись на окремих випадках, лікарях, установах, а починати з системи охорони здоров'я в цілому [5, с. 26-29; 50]. Українці повинні відчуті ці зміни у доступності лікування, зниженні захворюваності, смертності, поліпшенні санітарно – епідеміологічної ситуації. Поняття дефіциту медичних кадрів не має бути. Можливо щось із перерахованого було включено при запровадженні медичної реформи.

Нашим завданням є оцінка тих показників діяльності, які можна охопити, працюючи сімейним лікарем в амбулаторно – поліклінічному закладі з використанням інформаційних технологій. Але не завжди наші реальні умови праці можуть співпадати з очікуваними навіть при додатковому оснащенні місць роботи [19, с. 202-204].

## 2.2 Стандарти якості медичних послуг

У розвинених країнах світу для систематизації вимог щодо оцінки якості надання медичної допомоги введено поняття стандартів [15]. В певній мірі стандарти поділяють процес надання послуг на складові частини з подальшим оцінюванням результату у вигляді кількісних або якісних показників [30; 31].

Стандарти – це певні вимоги, які застосовують для оцінки лікування, обстеження або інших дій в кінцевому результаті [32].

Існують декілька видів стандартів.

- Структурні, спрямовані на забезпечення своєчасної, висококваліфікованої, доступної для усіх верств населення медичної допомоги. Сюди відносять нормативи, які відповідають за достатню кількість медичних працівників у закладах, достатнє виділення коштів на утримання установ медичного призначення, необхідне оснащення та взагалі організацію роботи закладів охорони здоров'я тощо [32].

- Стандарти процесу забезпечують оптимальний рівень надання допомоги та відповідну технічну базу. Ці стандарти містять певний список процедур: діагностика, лікування, щеплення й інші [32].

- Стандарти результату забезпечують ефективність лікування, проведення процедур і задоволення потреб населення в отриманні медичної допомоги [32].

Медичні стандарти є основою для затверджених уніфікованих клінічних протоколів, які в свою чергу є базою для створення локальних протоколів в певних медичних закладах, враховуючи особливості і структуру конкретної установи [32].

Стандартизація має високий доказовий рівень ефективності та безпеки, тому при дотриманні клінічних протоколів пацієнти отримують якісні медичні послуги.

### 2.3 Дослідження показників якості роботи сімейного лікаря на прикладі впровадження інформаційної медичної системи «MEDSTAR»

Якість надання медичної допомоги в представлений роботі оцінюється за показниками професійної діяльності та результатами опитування пацієнтів.

Інформаційна медична система MEDSTAR виступає джерелом даних для виконання порівняльного аналізу. Ця система містить первинну медичну документацію, в яку внесено інформацію про звернення пацієнтів та дії, що проводилися відносно їх [53].

Розглядаючи діяльність сімейного лікаря в ракурсі дійсного прийому при використанні медичної системи MEDSTAR, можна зробити висновки щодо недоліків та переваг реформи України в медицині. Підсумовуючи отримане необхідно запропонувати рішення, які можна впровадити для підвищення ефективності роботи сімейного лікаря, враховуючи потреби пацієнта, в часи перебудови медичної системи.

Основні показники, які будемо враховувати в представленій роботі, є кількість відвідувань пацієнтів за вересень 2020 року та за відповідний місяць 2018 року, коли ще не була впроваджена медична система MEDSTAR; обстежуваність цих пацієнтів; підсумки отриманого анкетування пацієнтів щодо задоволення якістю надання медичної допомоги. Вже на прикладі цих даних можна виявити причини низької якості медичного обслуговування. Якщо знайдені недоліки, які виникають в роботі сімейного лікаря в умовах медичної реформи при використанні інформаційної системи MEDSTAR, слід їх усувати, шукаючи більш прийнятні способи

В амбулаторно - поліклінічних закладах реалізується прийом пацієнтів, тому основний показник, з яким ми будемо працювати, це – потужність амбулаторії. Цей показник представлений кількістю відвідувань пацієнтів в певному досліджуваному періоді. Висновки необхідно робити на основі аналізу змін потужності, беручи окремий період у різні роки. Оцінка вказує на відповідність кількісного прийому пацієнтів відносно потреб населення в медичній допомозі [6]. Хочеться зазначити, що стало легше аналізувати діяльність сімейного лікаря в умовах використання інформаційної медичної системи системи MEDSTAR. Якщо регулярно поповнювати інформаційну базу стосовно звернень, обстежень, лікування, щеплень та інших даних пацієнта, то систематизувати роботу лікаря стало простіше. Існує навіть окремий розділ програми : «звіти та журнали» [53]. Вирішення питань звітності за допомогою системи MEDSTAR наближує до більш швидкого прийняття рішень з покращення діяльності сімейного лікаря та амбулаторно – поліклінічного закладу.

У відомості обліку відвідувань пацієнтів за вересень 2020р. та 2018р. (до дії медичної реформи в амбулаторії № 1) (табл. 2.1) звертаємо увагу на загальну кількість відвідувань та відвідувань вдома.

Таблиця 2.1 – Відомість обліку відвідувань пацієнтів за вересень 2020 р. та 2018 р.

Порядковий номер робочого дня	Загальна кількість відвідувань за вересень		Кількість відвідувань вдома за вересень	
	2020 рік	2018 рік	2020 рік	2018 рік
1	15	19	1	4
2	14	26	0	3
3	12	18	1	2
4	18	29	6	3
5	15	31	3	4
6	14	29	3	5
7	12	24	2	0
8	10	19	4	2
9	15	28	5	6
10	15	27	6	5
11	15	22	4	3
12	14	25	2	1
13	11	21	0	4
14	15	8	3	4
15	15	24	3	2
16	17	27	3	4
17	17	22	1	3
18	14	28	1	2
19	16	26	3	4
20	2	25	0	3
21	15	-	2	-
22	16	-	3	-
23	16	-	0	-
Всього	323	478	56	64

Джерело: узагальнено автором на основі електронної документації за 2020 рік, вилученої з системи MEDSTAR та внутрішньої документації амбулаторії № 1, вилученої з амбулаторного журналу сімейного лікаря та журналу викликів на дому.

Враховуючи всі надані показники для їх згрупування та наглядності прикладу побудували графік (рис. 2.1)

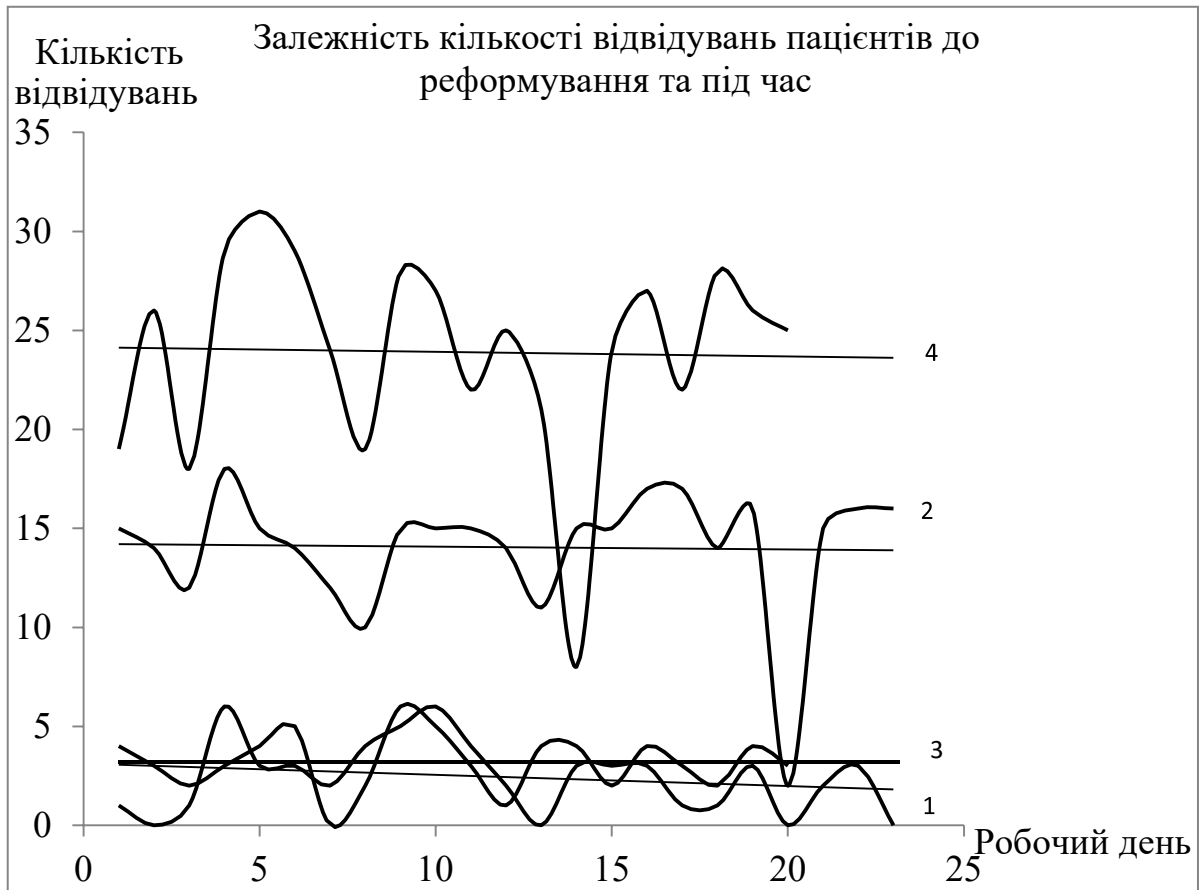


Рисунок 2.1 – Графік залежності кількості відвідувань пацієнтів до реформування та під час (1 - графічне зображення відвідувань на дому у вересні 2020 р.; 2 – графічне зображення відвідувань у вересні 2020 р.; 3 – графічне зображення відвідувань на дому у вересні 2018 р.; 4 – графічне зображення відвідувань у вересні 2018 р.)

У відсотковому співвідношенні загальна кількість відвідувань за вересень поточного року зменшилася на 32,4% (478 100 (478 323)). Показник відвідувань на дому зменшився на 5,12% (64 100 (64 56)).

За результатами першого розділу дипломної роботи, можна зробити висновок, що фактична потужність в умовах амбулаторії та на дому значно знижується в 2020 році порівняно з 2018 роком. Нові умови праці лікарів призведуть до дисбалансу між потребою населення в медичній допомозі і реальним її наданням. Відхилення в показниках вимагають роз'яснення причин та шляхи вирішення цього питання.



Другий етап дослідження полягає в обстеженні пацієнтів, що звернулися за медичною допомогою у вересні 2020 р. (табл. 2.2) та цього ж місяця 2018 р.

Таблиця 2.2 – Відомість виписаних направлень пацієнтам за вересень 2020р. та 2018р.

Порядковий номер робочого дня	ЗАК		ЗАС		Аналіз крові на глюкозу		БАК (холестерин)		ЕКГ		Рентгенографія ОГК		Інші	
	2020 рік	2018 рік	2020 рік	2018 рік	2020 рік	2018 рік	2020 рік	2018 рік	2020 рік	2018 рік	2020 рік	2018 рік	2020 рік	2018 рік
1	1	6	1	6	1	6	0	3	1	7	0	3	0	4
2	2	9	1	7	1	7	1	4	1	5	0	2	0	8
3	2	7	2	7	2	5	2	2	2	3	0	1	1	4
4	3	12	3	10	2	9	1	4	2	5	1	3	5	7
5	2	13	2	8	1	6	2	3	1	4	1	2	0	5
6	4	12	3	6	1	6	0	3	0	3	0	1	3	6
7	1	8	1	4	1	5	0	2	0	1	0	2	0	4
8	0	7	0	5	0	5	0	1	0	3	0	0	0	6
9	0	14	0	11	0	9	0	4	2	6	0	1	2	7
10	1	12	1	8	1	7	1	2	1	4	0	1	2	4
11	4	9	3	7	2	7	1	4	3	4	0	2	1	1
12	0	11	0	9	0	8	0	4	0	3	0	3	0	5
13	1	9	1	7	1	5	1	2	1	6	0	1	0	4
14	1	3	1	2	0	1	0	2	0	2	0	2	2	3
15	1	11	1	8	0	9	0	4	0	5	0	2	0	6
16	1	13	0	8	0	6	0	2	0	4	0	2	0	5
17	1	8	2	5	1	4	0	4	1	3	0	3	0	4
18	2	14	2	11	2	14	1	5	2	7	0	4	1	6
19	2	12	2	9	0	8	0	4	0	4	0	1	1	4
20	1	9	1	7	0	6	0	2	0	5	1	3	0	3
21	2	-	2	-	0	-	0	-	1	-	0	-	2	-
22	4	-	4	-	4	-	4	-	5	-	0	-	0	-
23	3	-	1	-	0	-	0	-	2	-	1	-	1	-
Всього	39	199	34	145	33	133	14	61	25	84	4	45	20	96

Джерело: узагальнено автором на основі електронної документації за 2020р., вилученої з системи MEDSTAR та внутрішньої документації амбулаторії № 1, вилученої з амбулаторних карток пацієнтів.

За основу дослідження враховувалися показники кількості направлень на обстеження, включені в безкоштовний соціальний пакет за медичною реформою [47]. В нього ввійшли: загальний аналіз крові (ЗАК), загальний

аналіз сечі (ЗАС), аналіз крові на глюкозу, біохімічний аналіз крові (холестерин), електрокардіограма (ЕКГ). Взяла ще 2 показника для розширення дослідження: рентгенографію органів грудної клітки, тому що осінь – початок епідемії гострих респіраторних захворювань з ускладненнями: бронхітами, пневмоніями [7]. Інші дослідження включають рентгеноскопію шлунка, ультразвукове обстеження органів черевної порожнини, малого тазу, нирок, направлення на коагулограму, біохімічний аналіз крові, визначення групи крові та резус – належності і т.п.

Зробивши певні розрахунки відносно всіх показників бачимо регресію щодо кількості обстежених. У вересні 2020 року назначено ЗАК 12,1% відвідуваним пацієнтам (39 323 100)), ЗАС - 10,5% (34 (323 100)), глюкоза крові – 10,2% (33 (323 100)), БАК (холестерин) – 4,3% (14 (323 100)), ЕКГ – 7,7% (25 (323 100)), рентгенографія ОГК – 1,2% (4 (323 100)), інші – 6,2% (20 ( 323 100)). У вересні 2018 року виписано направлень на ЗАК 41,6% пацієнтів (199 (478 100)), що на 29, 5% більше ніж після реформи; на ЗАС – 30,3% (145 (478 100)), що на 19,8% ніж у 2020 році; на глюкозу крові – 27,8% (133 (478 100)), що на 17,6% більше ніж у цьому році; на БАК (холестерин) – 12,8% (61 (478 100)), що на 8,5% більше ніж у 2020 році; на ЕКГ – 17,6% (84 (478 100)), на рентгенографію ОГК - 9,4% (45 (478 100)), що на 8,2% більше ніж до реформування системи охорони здоров'я України; інші – 20,1% (96 (478 100)), що на 13,9% більше ніж у цьому році.

Звісно, ці дані відносні, бо причини звернення пацієнтів можуть відрізнятися і потребують різних підходів тактики ведення. Але, враховуючи огріхи, обстежуваність населення знижується, що спричиняє несвоєчасне виявлення захворювань, недоцільність призначення деяких ліків, показники профілактичної направленості та ефективності лікування падають. На такий результат вплинули режим та умови праці, графік роботи та людський фактор.

Під час перетворень в галузі медицини надання медичної допомоги має вдосконалюватися, пропозиції розглянемо більш детально пізніше.

Переходимо до останнього методу дослідження - анкетування пацієнтів різних вікових груп щодо умов та якості надання медичної допомоги (табл. 2.3)

Таблиця 2.3 - Опитування пацієнтів щодо надання медичної допомоги в умовах реформи

Критерії оцінки	Вік до 40 років		Вік 40-60 років		Вік понад 60 років	
	задоволені	незадоволені	задоволені	незадоволені	задоволені	незадоволені
Графік роботи лікаря	28	2	29	1	30	0
Умови прийому	27	3	22	8	11	19
Автоматизування медицини	26	4	17	13	1	29
Скерованість медицини	5	25	3	27	0	30
Доступність медицини	22	8	24	6	11	19

Джерело: узагальнено автором на основі анкетування пацієнтів.

За даними таблиці побудована гістограма (рис. 2.2)



Рисунок 2.2 – Результати опитування пацієнтів щодо надання медичної допомоги в умовах реформи

Метод анкетування запроваджений ще з травня 2020 року директором КНП «ШМЦПМСД», тому складнощів отримання результатів з додаткового моніторингу не виникло.

Для дослідницької групи взято 90 пацієнтів: по 30 в кожній з вікових груп. На запропоновані питання однозначних відповідей майже не було. 96,7% від опитуваних задоволені графіком роботи лікаря (31,1% від загального відсотка пацієнти до 40 років; 32,3% від загального відсотка пацієнти віком 40 – 60 років; 33,3% від загального відсотка пацієнти віком понад 60 років), 3,3% залишилися незадоволеними (2,2% від загального відсотка пацієнти до 40 років; 1,1% від загального відсотка пацієнти віком 40 – 60 років). Трагування цих показників очевидне, тому що до реформи в амбулаторії № 1 було 4 години прийому лікаря, залишок часу розподілявся на відвідування пацієнтів на дому та заповнення документації, а зараз прийом складає 5 годин.

Що стосується умов прийому задоволеними залишаються 66,7% пацієнтів (30% від загального відсотка пацієнти до 40 років; 24,4% від загального відсотка пацієнти віком 40 – 60 років; 12,3% від загального відсотка пацієнти віком понад 60 років), 33,3% залишилися незадоволеними (3,3 від загального відсотка пацієнти до 40 років; 8,9% від загального відсотка пацієнти віком 40 – 60 років; 21,1% від загального відсотка пацієнти віком понад 60 років). Незадоволеність більш властива людям похилого віку, тому що на прийом відведено на кожного пацієнта 20 хвилин незалежно від причини звернення, а у них найчастіше декілька діагнозів і скарг відповідно більше.

Питання автоматизування медицини спонукало відповісти одобрюючи 48,9% (28,9 від загального відсотка пацієнти до 40 років; 18,9% від загального відсотка пацієнти віком 40 – 60 років; 1,1% від загального відсотка пацієнти віком понад 60 років), 51,1% залишилися незадоволеними (4,4% від загального відсотка пацієнти до 40 років; 14,5% від загального відсотка пацієнти віком 40 – 60 років; 32,2% від загального відсотка

пацієнти віком понад 60 років). Пацієнтам вікової категорії майже неможливо самотійно записатися на прийом та увійти в електронну карту через відсутність вмінь користування комп'ютером, тому незадоволеність характерна саме для цієї категорії людей.

Скерованість медицини охоплює такий показник задоволеності 8,9% (5,6% від загального відсотка пацієнти до 40 років; 3,3% від загального відсотка пацієнти віком 40 – 60 років), 91,1% залишилися незадоволеними (27,8% від загального відсотка пацієнти до 40 років; 30% від загального відсотка пацієнти віком 40 – 60 років; 33,3% від загального відсотка пацієнти віком понад 60 років). Багатьом не подобається, що з питань направлення до інших спеціалістів необхідно спочатку звертатися до сімейного лікаря, особливо це стосується літніх людей.

Доступність медицини - спірне питання. Задоволені з цього приводу 63,3% (24,4% від загального відсотка пацієнти до 40 років; 26,7% від загального відсотка пацієнти віком 40 – 60 років; 12,2% від загального відсотка пацієнти віком понад 60 років), 36,7% залишилися незадоволеними (8,9% від загального відсотка пацієнти до 40 років; 6,7% від загального відсотка пацієнти віком 40 – 60 років; 21,1% від загального відсотка пацієнти віком понад 60 років). Реформа України передбачає деякий перелік безкоштовних медичних досліджень, тому більшість пацієнтів залишаються задоволеними. Хворі з більш високими потребами, що мають необхідність в детальнішому або спеціалізованому обстеженні бажають розширення переліку безкоштовних послуг.

Розглянуті проблеми потребують вирішення, деякі з варіантів запропоновані в наступному розділі.

## РОЗДІЛ 3 СУТНІСТЬ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУ УДОСКОНАЛЕННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В АМБУЛАТОРІЇ № 1

### 3.1 Виявлення існуючих недоліків в роботі сімейного лікаря

Сімейний лікар є першою сходинкою на шляху пацієнта при зверненні за медичною допомогою [9]. Невипадкова тема цієї роботи, бо хочеться висвітлити хоча б деякі з проблем, які виникають в роботі лікаря первинної ланки та запропонувати можливі шляхи вирішення. З розумінням медичний персонал відноситься до людей, що звертаються до амбулаторії за допомогою, бо більшість з них – це хворі люди, і їм нелегко буває навіть прийти до лікувального закладу [23, с.50-52].

Медицина України недосконала, реформування за європейським типом часто не вкладається в розуміння українських людей [28]. Ефекти реформування відчували всі лікарі, особливо ті, що працюють в амбулаторно - поліклінічних закладах. Звісно, що в реформі медицини проглядається мета систематизувати потоки пацієнтів, діяльність лікарів, розробити алгоритм певних дій, розмежувати обов'язки, забезпечити новим обладнанням, автоматизувати робоче місце, налаштувати пацієнтів на доступну медицину, але існують реалії життя, які унеможливають здійснення цих заходів в певній мірі [42].

Існують недоліки як у роботі сімейних лікарів – надавачів послуг, так і у пацієнтів – споживачів цих послуг, що знижують ефективність надання медичних послуг лікувальним закладом в цілому [38]. З цього погляду доцільно окремо розглянути проблеми, які виникають в учасників медичного процесу.

Пацієнт часто не може потрапити на прийом до лікаря в день звернення до лікувальної установи, якщо його стан не потребує надання негайної допомоги. Ця проблема виникає через обмежену функцію лікаря: на кожного пацієнта виділений відповідний час; через відсутність навиків користування

комп'ютером, більша ймовірність самостійного запису на прийом людей молодого віку [46].

Виклики додому згідно реформи обслуговуються на розсуд лікаря: засобами зв'язку або відвідуванням. Пацієнти незадоволені такими вповноваженнями лікаря, бо у більшості випадків розцінюють свій стан як критичний [14].

Виникають емоції обурення у пацієнтів з приводу умов прийому. Деяких не влаштовують виділені для нього 20 хвилин, бо складність випадку звернення буває різна або, навпаки, хтось попередній зайняв більше часу, що може бути виною не тільки пацієнта, а й з технічних причин: відсутність інтернету, збій в медичній системі, або треба негайно надати допомогу іншій людині [46].

Пацієнти вважають недоліком 5 годин прийому, з побажанням збільшити кількість годин, не розуміючи, що лікар теж людина.

Обстежуваність за даними дослідження знизилася, бо за реформою диспансерним групам населення достатньо проходити повне обстеження 1 раз на 2 роки [51]. Незадоволеність серед пацієнтів викликає малий перелік безкоштовних досліджень з побажанням його розширення. Існує недовіра до державної лабораторії через застаріле обладнання, тому перевага надається приватним за фінансової спроможності пацієнта.

Найбільше суперечностей викликає у населення запровадження автоматизованої медицини. З одного боку зручність запису на прийом, отримання електронних направлень на консультацію до лікарів інших спеціальностей та госпіталізацію, навіть не приходячи до амбулаторії, отримання електронних рецептів та одержання необхідної інформації з особистої електронної картки [25]. Але таку можливість мають не всі, бо це вимагає додаткових знань та вмінь, враховуючи, що великий відсоток населення, яке звертається до лікувальних установ, пенсіонери. З іншого боку недосконалість системи у вигляді затримки або ненадходження смс – повідомлень на телефон з електронним направленням чи рецептом, викликає

масу невдоволення у пацієнтів. Є й така категорія, що зовсім не мають мобільного телефона і це викликає значні складнощі для пацієнта. Зміна номеру телефона при втраті його або заміні на інший також має ступінчастий характер: спочатку робиться запит до НСЗУ, а потім здійснюється перезаключення декларації [26]. Така послідовність дій пацієнта не влаштовує. Залежність надання медичної допомоги від швидкості інтернета та справності інформаційної медичної системи бентежить українців.

Скерованість пацієнтів до вузьких спеціалістів також є проблемою. Поняття людини, що якщо виникають симптоми неврологічного або ендокринологічного чи іншого захворювання, вона має звертатися до цього спеціаліста, а не йти до сімейного лікаря за направленням або допомогою. Лікар загальної практики не сприймається населенням як багатопрофільний спеціаліст, існує упередження, що спеціалізовану якісну допомогу може надати лише конкретний спеціаліст навіть при легкому ступені якогось захворювання.

Можна ще багато перераховувати недоліків у наданні медичної допомоги в очах пацієнтів, але треба зупинитися й на самому надавачі послуг – сімейному лікарі.

Працювати під час медичної реформи стало важко, завантаженість лікарів загальної практики значно зросла, проблем з'явилося багато при виконанні завдань, що були поставлені перед лікарями первинної ланки [21, с. 6-1].

Вирішення питання про функціональне навантаження. Можливості лікаря небезмежні, бо існує обов'язковий прийом, для якого розписані всі 5 годин, «жива черга» та ургентний прийом, входять у цей же загальний прийом, хоча для них часу не виділяється, за рахунок чого доводиться скорочувати прийом деяких пацієнтів, що призводить до зниження ефективності надання медичної допомоги. В ці ж робочі години додатково необхідно з'їздити на огляд трупа, якщо настала смерть задекларованого пацієнта, виписати лікарське свідоцтво про смерть, написати направлення на



ПЛР та екстрене повідомлення в лабораторний центр, що стало актуальним в часи епідемії коронавірусної інфекції. Під час прийому обов'язково відповідати на телефонні дзвінки та питання пацієнтів, що заважає продуктивній праці та зосередженні на проблемі людини, яка звернулася. Робочий процес повинен бути сконцентрованим.

Сімейні лікарі надають допомогу задекларованому населенню, за кількістю яке не менше 1800 осіб [47]. Виходячи з обов'язків лікаря повноцінно забезпечити якісну допомогу неможливо. При запровадженні реформи медицини запозичено досвід європейських країн, але не враховано, що кількість осіб на одного лікаря дорівнює не більше 1000, а в деяких країнах не більше 500 [39, с. 101-103]. Тому для підвищення надання якості послуг необхідно знаходити якісь рішення.

Використання новітніх технологій має допомагати лікареві працювати, але в умовах амбулаторно - поліклінічних закладів, які розташовані на різній відстані від великих міст всесвітня інформаційна комп'ютерна мережа функціонує не з такою швидкістю, як хотілося або навіть виникають перебої, що паралізує роботу лікаря. Інформаційна медична система MEDSTAR, якою користуються в амбулаторії № 1 також працює зі змінним успіхом, хоча всі розділи, які включені в цю систему реально допомагають в сортуванні даних, вилученні необхідної інформації. Через такі проблеми втрачається час лікаря на з'ясування причин виникнення цих проблем. В кінцевому результаті для здійснення поставлених задач лікар повертається до письмового заповнення документів, що збільшує навантаження медичного працівника, маючи 2 екземпляра документів: паперового та електронного. Вирішенням питань ненадходження повідомлень на телефони пацієнтів при надсиланні електронних направлень чи рецептів займається також сімейний лікар.

В таких умовах праці втрачається значення лікаря як функціональної одиниці надавача медичних послуг. Зміни, які можна внести треба сконцентрувати на вимоги пацієнтів та відновлення продуктивної праці сімейного лікаря [52].

### 3.2 Узагальнення методичних підходів щодо покращення надання медичної допомоги в умовах реформування медицини

Виявлення недоліків в роботі амбулаторно – поліклінічного закладу, враховуючи побажання пацієнтів та лікарів загальної практики спонукає до знаходження шляхів їх вирішення. Розумію, що все перераховане вище - це дрібниці робочого процесу, але з таких незначних частин, що потребують розв'язання, складається успішне функціонування системи надання медичних послуг.

Почнемо з розглядання питання щодо невдоволення пацієнтів стосовно запису на прийом. Вирішити це можна шляхом скорочення кількості пацієнтів, яких обслуговує сімейний лікар, але це уповноважена зробити тільки держава, або збільшити кількість працюючих лікарів, це теж на місцевому рівні змінити не можна. Ще одна пропозиція: обмежити кількість самостійних записів на прийом, внести зміни до інформаційної системи, які дадуть змогу в рівній кількості записуватися на прийом самостійно та через реєстратуру закладу.

Щодо викликів на дому необхідно провести роз'яснювальну роботу на рівні закладу з пацієнтами. На інформаційних стендах закладу вивісити перелік станів, які потребують викликів лікаря додому, дані щодо вповноважень сімейного лікаря.

Для вирішення проблеми тривалості прийому можна запропонувати вказувати причину звернення пацієнта, з цією метою в інформаційній системі встановити певний час для кожного підпункту звернень. Це дасть можливість змінити кількість пацієнтів, записаних до лікаря, і виділити час, необхідний для надання допомоги конкретній особі.

Перелік безкоштовних послуг необхідно розширити, але це має вирішувати держава, бо потребує залучення додаткових коштів. Покращити технічне забезпечення лабораторій, щоб повернути довіру пацієнтів.

Покращити якість надання послуг інтернет – провайдерами, використовуючи більш швидкісний інтернет. Змінити на рівні інформаційної системи поетапність зміни номера телефона чи перезаключення декларації, скасовуючи запити, момент очікування, додатковий виклик пацієнта, або ці обов'язки перекласти на програміста. В інформаційній системі слід запровадити альтернативу для тих, у кого відсутній мобільний телефон з можливістю надходження повідомлень з кодами рецептів та направлень до електронної картки пацієнта.

Рекомендую запровадити перелік найбільш поширених захворювань, при яких лікування надає лікар загальної практики та донести це до відома пацієнтів та перелік захворювань, які виключно підлягають лікуванню лікарем певної спеціалізації, для яких направлення не виписувати, а щоб зверталися пацієнти напряму до спеціалістів. Таке рішення посприяло б зменшенню навантаження на сімейного лікаря.

Існує необхідність розмежування годин робочого дня лікаря з чітким алгоритмом дій. Наприклад: робочий день складає 8 годин, з них 4 години – прийом по запису, 1 година – прийом пацієнтів з «живої черги», 3 години – робота з документацією, обслуговування викликів на дому, консультації пацієнтів за допомогою телефона.

Завданням лікаря є – надання якісної своєчасної допомоги, що включає збір анамнезу захворювання, скарг, огляд пацієнта, призначення додаткових методів обстеження та призначення лікування. Саме приділення часу проблемі, з якою звернулася людина, грає роль в отриманні ефекту від призначень лікаря [10, с. 74-79]. Тому бажано зменшити кількість населення на 1 сімейного лікаря, вносячи зміни до реформи медицини.

На рівні Міністерства охорони здоров'я покращити роботу в інформаційних системах, щоб не існувало перебоїв і відпала необхідність заповнення паперових носіїв. При неможливості виконати запропонованого, збільшити кількість спеціалістів з програмного забезпечення, які б швидко усували неполадки.

Якщо Україною прийнято рішення йти в ногу з європейськими державами, то на ній лежить основна відповідальність за впровадження всього нового та забезпечення кращих умов праці, що в подальшому дасть гарні результати [8, с. 69-72].

## ВИСНОВКИ

Амбулаторія № 1 – підрозділ КНП «ШМЦПМСД» на момент проведення досліджень надає первинну медичну допомогу близько 15 тисячам людей. У штаті закладу 32 медичних працівника, які злагоджено виконують свої функціональні обов'язки згідно з посадовими інструкціями кожного.

Відбулися зміни в діяльності лікувальної установи після реформування системи охорони здоров'я. На основі даних, отриманих з досліджень, простежується негативна тенденція в показниках функціонування закладу, які знижують якість надання медичної допомоги. Серед них слід виділити наступні:

- зменшення кількості відвідувань пацієнтів за вересень 2020 року в порівнянні з відповідним місяцем 2018 року, який припадає на період до реформи;

- зменшення кількості відвідувань пацієнтів на дому у вересні 2020 року в порівнянні з тим же періодом 2018 року;

- зниження обстежуваності пацієнтів після запровадження реформи, враховуючи результати дослідження за вересень 2020 та 2018 років;

- зростання незадоволеності пацієнтів умовами прийому, автоматизуванням медицини, впровадженням принципу скерованості, доступністю медицини.

Ситуація, що складається в амбулаторії № 1 потребує прийняття рішень. Отже, зниження показників відвідування в закладі та на дому зумовлено нераціональним використанням робочого часу лікаря. Обстежуваність зменшилася через неякісне технічне забезпечення лабораторії, яке спонукає до недовіри показників лабораторних досліджень. Незадоволеність населення за показниками опитування в основному викликана змінами, які відбулися в медицині при реформуванні системи охорони здоров'я.

Зрозуміло, що для отримання бажаного від медицині у розрізі поглядів пацієнта та лікаря загальної практики, важливо удосконалити методи надання медичної допомоги [4; 17].

Для покращення показників ефективності амбулаторії слід запропонувати таке. Внести деякі зміни в роботі медичної інформаційної системи: прийом розділити на он-лайн запис та через реєстратуру в рівних частинах; виділити графу, в якій вказується причина звернення, що розподілить відведений час на прийом; вибрати якіснішого інтернет - провайдера; спростити дії при зміні номера телефона, перезаклученні декларації; додати функцію надходження номерів електронних направлень та рецептів до електронної картки пацієнта.

Побажаннями пацієнтів є розширення переліку безкоштовних досліджень та медичних препаратів, що входять до програми «доступні ліки», заміна обладнання лабораторії на сучасне, відмінити отримання направлень до вузьких спеціалістів через сімейного лікаря шляхом розподілення функціональних обов'язків кожного. Запровадити чіткий погодинний графік роботи лікаря з вказанням, в які часи здійснюється прийом за записом, прийом «живої черги», виклики на дому, консультування за телефоном та заповнення документації.

Запропоновано зменшити кількість задекларованого населення на 1 лікаря, щоб в повному обсязі задовольняти потреби пацієнтів в медичній допомозі.

Таким чином, змінюючи умови праці в амбулаторії № 1, можна підвищити рівень надання медичної допомоги.

Актуальність виконаної роботи полягає в доцільності розгляду запропонованих способів вирішення представлених проблем з метою корекції умов реформування медицини [24].

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Александрова А.Л. Методика моніторингу результативності послуг здравоохранення на муниципальному рівні / Александрова А.Л., Колесник А.Ю., Якимович М.В. – 2005. – 80 с.
2. Бізнес-планування в охороні здоров'я : навчально-методичний посібник для керівників закладів охорони здоров'я за спеціальністю «Організація та управління охороною здоров'я» / Ю. В. Вороненко, В. М. Пащенко ; за заг. ред. Ю.В. Вороненка. - Київ: Генеза, 2016. - 334 с.
3. Вороненко Ю.В. Запровадження сімейної медицини як наукової спеціальності — необхідна умова розвитку сімейної медицини в Україні / Ю.В. Вороненко, Г.І. Лисенко // Український медичний часопис. — 2007. — № 62(6). — С. 27 — 32.
4. Гойда Н.Г., Матюха Л.Ф., Слабкий В.Г., Полікова Л.В. Оптимізація первинної медико-санітарної допомоги населенню України / Методичні рекомендації. – Київ, 2010. – 25с.
5. Гойда Н.Г. Якість медичного забезпечення – основна мета охорони здоров'я в Україні / Н.Г. Гойда // Охорона здоров'я України. – 2005. – №3-4 (18-19). – С. 26-29.
6. Грицько Р. Управління якістю медичної допомоги та критерії її оцінки у закладах родинної медицини. «Демократичне врядування»: науковий вісник. - 2012. Вип. 9.  
URL: [http://lvivacademy.com/vidavnitstvo\\_1/visnik9/fail/Grytsko.pdf](http://lvivacademy.com/vidavnitstvo_1/visnik9/fail/Grytsko.pdf) (дата звернення: 21.10.2020).
7. Громадське здоров'я: підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. / [В.Ф. Москаленко, О.П. Гульчій, Т.С. Грузева та ін.]; за ред. В.Ф. Москаленка. – 3-тє вид. – Вінниця: Нова книга, 2013. – 560 с.
8. Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України № 208 від 17.02.2010 р. // Управління закладами охорони здоров'я [Текст]. — 2010. — № 3. — С. 69-72.

9. Думанский Ю.В. Семейный врач (врач общей практики) / Ю.В. Думанский, О.В. Синяченко, Г.А. Игнатенко. — Донецк: Изд-во медунивер., 2013. — 253 с.
10. Жилка Н.Я. Забезпечення умов праці лікаря загальної практики-сімейного лікаря для ефективної професійної діяльності / Н.Я. Жилка, А.В. Кудря // Теоретичні та практичні проблеми розвитку сучасної медичної науки: матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Одеса, 3–4 квітня 2015 р. – Одеса: ГО «Південно - українська медична наукова організація», 2015. – С. 74–79.
11. Жилка Н.Я. Матеріально - технічне забезпечення робочого місця лікаря загальної практики - сімейного лікаря в Україні / Н.Я. Жилка, А.В. Кудря // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 3 (35). – С. 11–12.
12. Жилка Н.Я. Первинна медична допомога: нормативно-правовий аспект / Н.Я. Жилка, А.В. Кудря // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 1–2 (37–38). – С. 74–78.
13. Загальна практика — сімейна медицина. Общая практика — семейная медицина / за ред. О.В. Синяченко. — Донецьк: ТОВ «Норд-Пресс», 2011. — 670 с.
14. Загальні принципи сімейної медицини. Студопедія: веб-сайт. URL: [https://studopedia.ru/8\\_54685\\_zagalni-printsipi-sImeynoyi-meditsini.html](https://studopedia.ru/8_54685_zagalni-printsipi-sImeynoyi-meditsini.html) (дата звернення: 23.10.2020).
15. Здоровье - 2020 — основы европейской политики и стратегия для XXI века. — Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013. — 221 с.
16. Здоровье населения в Европе – 1997 г. Отчет о третьей оценке прогресса на пути к достижению здоровья для всех в европейском регионе ВОЗ (1996 – 1997 гг.). – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1998. (Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, 38).



17. Кайгородова Т.В. Качество медицинской помощи / Кайгородова Т.В., Михеев П.А. // Информационный бюллетень для руководителей здравоохранения. – 2005. – Вып.5. – № 6.
18. Качмар В.О. Медичні інформаційні системи – стан розвитку в Україні. //Український журнал телемедицини та медичної телематики. – 2010. – Том 8, № 1
19. Кудря А.В. Деякі проблеми сімейного лікаря в умовах реформування системи охорони здоров'я / А.В. Кудря // Формування нового обліку вітчизняної науки: міжнародна конференція, м. Київ, 28 лютого 2014 р. – Київ: Центр наукових публікацій, 2014. – С. 202–204.
20. Кудря А. Медико – соціальне обґрунтування функціонально – організаційної моделі удосконалення роботи лікаря загальної практики – сімейного лікаря: дис. к.м.н. ДУ «Укр. ін-т стратег. досл. МОЗ Укр.». Київ, 2018. 216с.  
URL:[http://lib.znau.edu.ua/jirbis2/images/phocagallery/2017/Pryklady\\_DST\\_U\\_8302\\_2015.pdf](http://lib.znau.edu.ua/jirbis2/images/phocagallery/2017/Pryklady_DST_U_8302_2015.pdf) (дата звернення: 22.10.2020).
21. Кудря А.В. Основні тенденції моніторингу розвитку сімейної медицини в Україні / А.В. Кудря // Сімейна медицина. – 2015. – № 4. – С. 6–11.
22. Лехан В.М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: Український вимір / Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. – Київ, 2009. – 50 с.
23. Лисенко Г.І. Сімейна медицина — турбота про покоління: огляд подій двадцятої Всесвітньої конференції сімейних лікарів / Г.І. Лисенко, Л.В. Хіміон, С.В. Данилюк // Рациональная фармакотерапия. — 2013. — № 4 (29). — С. 50 — 52.
24. Матюха Л.Ф. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи первинної медико - санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні: автореф. дис. д. мед. н./Л.Ф. Матюха - Київ, 2011, - 45с.

25. Медичне право України: проблеми становлення та розвитку. Матеріали І Всеукраїнської науково - практичної конференції 19— 20.04.2007, м. Львів
26. Медичні інформаційні системи: огляд можливостей і приклади використання. Evergreen: веб-сайт.  
URL: <https://evergreens.com.ua/ua/articles/medical-information-systems.html> (дата звернення: 23.10.2020).
27. Москаленко В. Діяльність галузі охорони здоров'я у 2000 році, завдання щодо подальшого її розвитку та поліпшення рівня здоров'я населення України. // Ваше здоров'я.– №8, 2001.
28. Москалець Г.М. Сучасний стан моніторингу функціонування системи охорони здоров'я в Україні та за кордоном ( огляд літератури) / Г.М Москалець, А.Л. Карлова, Н.В. Якутович та ін. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України – 2003 р. – № 4. – С. 11.
29. Наказ МОЗ України від 08 січня 2004 року № 1 «Про удосконалення моніторингу первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та уніфікації відповідної облікової медичної документації».
30. Наказ МОЗ України від 31.03.2008 №166 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2010 року»
31. Наказ від 25.06.2008 № 340 «Про затвердження плану заходів на виконання Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2010 року»
32. МОЗ України від 25.06.2008 №341 «Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2010 року»
33. Наказ МОЗ України та АМН України від 19.02.2009 №102/18 «Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної

- допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина перша)»
34. Наказ МОЗ України та АМН України від 03.11.2009 №798/75 «Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина друга)»
35. Нагорна А.М. Проблема якості в охороні здоров'я / Нагорна А.М., Степаненко А.В., Морозов А.М. – Кам'янець - Подільський: Абетка-НОВА, 2002. – 384 с.
36. Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И. Управление качеством медицинской помощи. – Медицина, 2000. – 368 с.
37. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / Під заг. ред. В.М. Лехан, В.М. Рудого. - К., Вид-во Раєвського, 2005: 168с.
38. Оцінка ефективності організації та надання первинної медико – санітарної допомоги. Методичні рекомендації / Матюха Л.Ф. та ін. Київ, 2011. 47с .  
 URL:[http://www.ufm.org.ua/wp-content/uploads/Методрозробка\\_показники-якості-17\\_03\\_11.pdf](http://www.ufm.org.ua/wp-content/uploads/Методрозробка_показники-якості-17_03_11.pdf) (дата звернення: 22.10.2020).
39. Підходи до підготовки сімейних лікарів в Україні та країнах Європи / Ю.В. Вороненко, О.Г. Шекера, В.І. Ткаченко [та ін.] // Український медичний часопис. — 2014. — № 3 (101), V/VI. — С. 101 — 103.
40. Поліклінічна справа з основами сімейної медицини: навч. посібник / Л.М. Пасієшвілі, Л.М. Бобро, В.Є. Шапкін [та ін.] ; за ред. проф. Л.М. Пасієшвілі та проф. В.Г. Карпенка. — Харків : ПФ «Антіква», 2009. — 406 с.
41. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / За ред. Ю.В.Вороненка. – Київ: «Здоров'я», - 2002. – 359 с1. Milne A. Musing on quality and organizational culture in primary care /

42. Постанова Кабінету Міністрів України від 20 червня 2000 № 989 «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я».
43. Постійна безпосередня професійна підготовка медичних працівників / Б.Г. Веденко, Ф.В. Мельник, В.Г. Даценко, А.В. Даценко // *Новости медицины и фармации.* — 2011. — № 7. — С. 21 — 22.
44. Реалізація прав сімейного лікаря в умовах реформування системи охорони здоров'я: метод. рек. / Ю.П. Вдовиченко, Н.Я. Жилка, А.В. Кудря, Г.О. Слабкий. — Київ, 2014. — 32 с.
45. Реформування системи охорони здоров'я в Україні. Центр досліджень соціальних комунікацій НБУВ: веб-сайт. URL: [http://nbuviap.gov.ua/index.php?option=com\\_content&view=article&id=752:reformuvannya-sistemi-okhoroni-zdorov-ya&catid=8&Itemid=350](http://nbuviap.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=752:reformuvannya-sistemi-okhoroni-zdorov-ya&catid=8&Itemid=350) (дата звернення: 21.10.2020).
46. Самое главное о медреформе: 5 основных плюсов и 5 минусов. Медична реформа: спецпроект. URL: <https://mind.ua/ru/publications/20173312-samoe-glavnoe-o-medreforme-5-osnovnyh-plyusov-i-5-minusov> (дата звернення: 20.10.2020).
47. Сімейна медицина. Міністерство охорони здоров'я України: веб-сайт. URL: <https://moz.gov.ua/pervunna-lanka> (дата звернення: 28.10.2020).
48. Ткачишин В.С. Роль поліклініки в реалізації профілактичного напрямку медицини / В.С. Ткачишин // *Український терапевтичний журнал.* — 2005. — № 1. — С. 107 — 109.
49. Умови праці, стан здоров'я та медичного обслуговування працюючого населення України. Сучасний стан медицини праці в Україні: веб-сайт. URL: <https://imtuik.org.ua/Sucasnij-stan-medicini-praci-v-Ukraini.html> (дата звернення: 20.10.2020).

50. Управління охороною здоров'я (для післядипломної освіти):  
Навчально-методичний посібник / за ред. Ю.В. Вороненка – К.:  
НМАПО, 2010.– 3670 с.
51. Устінов О.В. Сімейна медицина: нові переваги для пацієнта, лікаря і  
держави. «Український медичний часопис»: журнал. – 2018. Вип. 125  
URL: <https://www.umj.com.ua/article/125508/simejna-meditsina-novi-perevagi-dlya-patsiyenta-likarya-i-derzhavi> (дата звернення: 20.10.2020).
52. Шоу Ч. Основы для разработки национальных политик по обеспечению  
качества в системах здравоохранения / Шоу Ч., Кало И. – Европейское  
региональное бюро ВОЗ. – 2001. – 67 с.
53. MEDSTAR: веб-сайт. URL: <https://medstar.ua/> (дата звернення:  
18.10.2020).
54. MEDSTAR: веб-сайт. URL: <https://medstar.ua/ru/resheniya/regionalnaya-medicinskaya-sistema/> (дата звернення: 15.11.2020).