

**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ СЕМЕНА КУЗНЕЦЯ**

(повне найменування вищого навчального закладу)

**ФАКУЛЬТЕТ МЕНЕДЖМЕНТУ І МАРКЕТИНГУ**

(назва факультету)

**КАФЕДРА МЕНЕДЖМЕНТУ, ЛОГІСТИКИ ТА ЕКОНОМІКИ**

(повна назва кафедри)

**Пояснювальна записка**

до дипломної роботи

**МАГІСТРА**

(освітній ступінь)

на тему Управління якістю послуг закладів охорони здоров'я

Виконав: студент 2 року навчання за  
освітнім ступенем «магістр»,  
групи 8.03.073.010.19.1  
спеціальності 073 «Менеджмент»  
освітньо-професійної програми «Менеджмент  
організацій і адміністрування»

Шумейко С.О.

(прізвище та ініціали)

Керівник к.е.н., доц. Пасько М.І.

(прізвище та ініціали)

Рецензент Пасюра І.М.

(прізвище та ініціали)

Харків - 2020 рік

## РЕФЕРАТ

Дипломна робота складається зі 110 сторінок; 21 таблиці; 17 рисунків; 76 джерел літератури, розміщених на 8 сторінках; 6 додатків.

Метою роботи є дослідження теоретичних і методичних положень щодо управління якістю медичних послуг та розроблення прикладних рекомендацій щодо їх реалізації.

Об'єктом дослідження є процес управління якістю медичних послуг в закладі охорони здоров'я. Предметом дослідження є якість медичних послуг як складова системи управління медичним закладом.

В розділі 1 розглянуто розглянуто теоретичні засади поняття медичної послуги або послуги закладів сфери охорони здоров'я. Досліджено сутнісне наповнення поняття «послуга», визначено його ключові ознаки. Розглянуто поняття «якість» та запропоновано визначати якість як концепцію, що забезпечує постійне надання послуги, яка базується на технічному і функціональному аспектах. На основі виокремлених складових якості медичної послуги розроблено структуру якості медичної послуги як об'єкту управління за системоутворюючими чинниками як універсальними вимірниками зусиль медичних закладів у досягненні запланованого результату. Розглянуто методи, що застосовуються для оцінювання якості медичних послуг, серед яких найбільшого поширення набув метод експертних оцінок, оскільки для сфери послуг найважливішими є суб'єктивні оцінки споживачів.

В розділі 2 проведено комплексний аналіз діяльності ТОВ «Небозвід» за 2017-2018 рр. Досліджено діючу систему управління якістю послуг ТОВ «Небозвід». Проаналізовано організаційну структуру підрозділу управління якістю, що наявна в організаційній структурі медичного центру «Еввіва» ТОВ «Небозвід». Організація проведення контролю якості медичної допомоги у медичному центрі «Еввіва» ТОВ «Небозвід» передбачає досягнення мети контролю шляхом виконання його завдань суб'єктами організаційної структури з використанням методів і технічних засобів контролю на основі визначених критеріїв.

В розділі 3 для ТОВ «Небозвід» розроблено рекомендації щодо удосконалення управління якістю послуг ТОВ «Небозвід». З метою удосконалення ефективності управління якістю медичних послуг запропоновано запровадити у діяльність медичного центру «Еввіва» ТОВ «Небозвід» службу внутрішнього аудиту, що забезпечить моніторинг й регулярну (циклічну) перевірку фактичного впровадження стратегії управління ТОВ «Небозвід» у сфері якості, підвищить ефективність функціонування системи контролю якості. Визначення інтегрального показника проведено із застосуванням багатофакторної економічної моделі, що враховує значення фактичних параметрів профілю стратегічного розвитку медичного закладу і дозволяє прогнозувати ефективність управління в залежності від впливів зовнішнього середовища.

Ключові слова: медична послуга, якість медичної послуги, управління якістю медичних послуг, внутрішній аудит, інтегральний показник якості.

Рік виконання роботи 2020 р.

Рік захисту 2020 р.

## ABSTRACT

Diploma work consists of 110 pages; 21 tables; 17 drawings; 76 sources of literature, placed on 8 pages; 6 applications.

The aim of the work is to study the theoretical and methodological provisions for quality management of medical services and to develop applied recommendations for their implementation.

The object of the research is the process of quality management of medical services in a health care institution. The subject of the study is the quality of medical services as a component of the management system of a medical institution.

Section 1 discusses the theoretical foundations of the concept of medical service or health care services. The essential content of the concept of "service" is investigated, its key features are defined. The concept of "quality" is considered and it is proposed to define quality as a concept that provides continuous service, based on technical and functional aspects. Based on the selected components of the quality of medical services, the structure of the quality of medical services as an object of management by system-forming factors as universal measures of the efforts of medical institutions in achieving the planned result has been developed. The methods used to assess the quality of medical services are considered, among which the method of expert evaluations has become the most widespread, as subjective evaluations of consumers are the most important for the service sector.

Section 2 provides a comprehensive analysis of the activities of LLC "Nebozvid" for 2017-2018. The organizational structure of the quality management unit, which is available in the organizational structure of the medical center "Evviva" LLC "Nebozvid", is analyzed. The organization of quality control of medical care in the medical center "Evviva" LLC "Nebozvid" provides for the achievement of the goal of control by performing its tasks by the subjects of the organizational structure using methods and technical means of control based on certain criteria.

Section 3 for Nebozvid LLC has developed recommendations for improving the quality management of Nebozvid LLC services. In order to improve the efficiency of quality management of medical services, it is proposed to introduce an internal audit service in the activities of the medical center "Evviva" LLC "Nebozvid", which will monitor and regular (cyclical) verification of the actual implementation of management strategy of LLC "Nebozvid" in the field of quality. quality control. The definition of the integrated indicator was carried out using a multifactor economic model that takes into account the value of the actual parameters of the profile of strategic development of the medical institution and allows to predict the effectiveness of management depending on environmental influences.

Key words: medical service, some medical services, quality management of medical services, internal audit, integrated quality indicator.

Year of work performance 2020

Year of protection 2020

## ЗМІСТ

ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ПОСЛУГ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	11
1.1. Сутність поняття медичної послуги або послуги закладів сфери охорони здоров'я	11
1.2. Управління якістю послуг закладів охорони здоров'я	21
1.3. Оцінювання і контроль якості медичної послуги в закладах охорони здоров'я	32
Висновки до розділу 1	43
РОЗДІЛ 2. КОМПЛЕКСНИЙ АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ ТОВ «НЕБОЗВІД»	45
2.1. Загальна характеристика та аналіз основних техніко-економічних показників діяльності підприємства	45
2.2. Фінансовий аналіз діяльності підприємства	52
2.3. Аналіз управління якістю послуг підприємства	63
Висновки до розділу 2	71
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ТОВ «НЕБОЗВІД»	73
3.1. Пропозиції щодо управління якістю медичних послуг	73
3.2. Удосконалення управління якістю медичних послуг	84
3.3. Економічна ефективність запропонованих заходів	94
Висновки до розділу 3	100
ВИСНОВКИ	102
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	104
ДОДАТКИ	111

## ВСТУП

У сучасних економічних умовах забезпечення високої якості медичної допомоги та належних кінцевих результатів діяльності окремих лікарів, підрозділів і лікувально-профілактичних закладів у цілому виходить на перший план. Це пов'язано з тим, що їх діяльність впливає на стан здоров'я населення та ефективність використання кадрових та матеріально-технічних ресурсів галузі.

Питанням якості медичних послуг та актуальності управління присвячено праці таких авторів, як М.М. Білинська, А.Т. Бойко, О.В. Галацан, З.С. Гладун, В.А. Ковальов, В.М. Лехан, Н.З. Мачуга, В.Ф. Москаленко, А.М. Нагорна, Є.І. Полубенцева, Я.Ф. Радиш, І.М. Солоненко, А.В. Степаненко, А.Р. Уваренко та ін.

Метою роботи є дослідження теоретичних і методичних положень щодо управління якістю медичних послуг та розроблення прикладних рекомендацій щодо їх реалізації.

Реалізація поставленої мети визначає необхідність вирішення наступних завдань:

узагальнення теоретичних положень щодо сутнісної характеристики медичної послуги та специфіки якості медичних послуг;

дослідження особливостей сфери та методів управління якістю послуг закладів охорони здоров'я;

систематизація методичних підходів до оцінювання і процесу контролю показників якості послуг у медичному закладі;

дослідження стану управління якістю послуг у медичному закладі;

розроблення пропозицій для удосконалення управління якістю послуг медичного закладу;

моделювання оцінювання якості медичних послуг за інтегральним показником.

Об'єктом дослідження є процес управління якістю медичних послуг в

закладі охорони здоров'я. Предметом дослідження є якість медичних послуг як складова системи управління медичним закладом.

Дослідження виконувалося із використанням загальнонаукових і спеціальних методів дослідження: методи теоретичного узагальнення, методи логічного та порівняльного аналізу; методи абстрактно-логічного та системного аналізу; метод логічних узагальнень, метод адитивної згортки та факторного аналізу.

Базою дослідження виступає медичний центр «Еввіва» ТОВ «Небозвід».

Основними результатами, що мають теоретичне та практичне значення є: запропоновано визначення поняття якості, яке ґрунтується на концепції постійного надання послуги, відповідної потребам клієнта, і спрямуванні на забезпечення зручності клієнтам, що, на відміну від існуючих точок зору, розкриває зміст якості як основу компетентності;

визначено особливості якості медичної послуги та встановлено, що вона є результатом взаємодії медичної установи та пацієнта і ґрунтується на кваліфікації лікаря як професіонала, оптимальності використання ресурсів медицини і забезпеченні задоволеності пацієнта системою охорони здоров'я;

доповнено перелік сфер управління якістю медичних послуг нормативно-технологічною сферою, що визначає актуальність імплементації клінічних протоколів як нормативно-технологічної документації, яка регламентує організацію медичної допомоги і забезпечення виконання її стандарту при веденні конкретного пацієнта;

розроблено структуру якості медичної послуги, яка визначає ключові показники якості за системоутворюючими чинниками, що дозволяє здійснювати оцінювання та управління якістю медичних послуг за визначеними сферами;

запропоновано процес моніторингу контрольованих показників структури якості медичної послуги медичного центру, який містить вичерпний перелік блоків дій, що сприятимуть розробці ефективних управлінських рішень щодо підвищення якості медичних послуг;

запропоновано та апробовано методику визначення інтегрального показника якості медичних послуг за показниками системоутворюючих чинників, що заснована на методі адитивної згортки та факторному аналізі латентних тенденцій і взаємозв'язку між показниками якості медичних послуг.

Результати дослідження оприлюднено у:

статті «Управління якістю послуг медичних закладів» у збірнику «Молодіжний економічний вісник ХНЕУ ім. С. Кузнеця», 2019 р., №10;

тезах доповідей «Питання якості медичної послуги» на Міжнародній науково-практичній інтернет-конференції студентів, аспірантів і молодих вчених «Інноваційний розвиток та безпека підприємства в умовах неіндустріального суспільства» (Луцьк, 2019 р.); «Структура якості медичної послуги» на ІХ Міжвузівській науково-практичній конференції «Актуальні питання організації та управління діяльністю підприємств в сучасних умовах господарювання» (Харків, 2019 р.).

## РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ПОСЛУГ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### 1.1. Сутність поняття медичної послуги або послуги закладів сфери охорони здоров'я

Сфера послуг є однією з найперспективніших, що швидко розвивається галузю економіки. Практично всі організації в тій чи іншій формі, надають послуги і по мірі насичення ринку товарами зростає попит на послуги [31].

Розвиток менеджменту сфери послуг нараховує майже 40 років. Ключовими завжди були три питання: по-перше, визначення поняття «послуга», по-друге, опис властивих послугам характеристик і нарешті - виявлення відмінностей у діяльності промислових і сервісних підприємств. В середині 80-х років ХХ-го ст. сформувалося загальноприйняте нині у світі положення: надання послуг відрізняється від виробництва товарів. У зв'язку з цим, розвиток здобули два напрямки: з одного боку адаптація «традиційних» методів управління з урахуванням особливостей послуг і з іншого боку розробка специфічних методів управління [8].

Послуга – це продукт праці, який володіє споживчою вартістю, що задовольняє потреби населення, підприємств, організацій та установ. Цінність послуги визначається, в першу чергу, особистісними і професійними якостями продавця послуги або особи, яка її надає, тобто жива праця є визначальним чинником якісних характеристик і ціни послуги [31].

Поняття «послуга» нараховує десятки трактувань. Найбільший огляд існуючих підходів щодо визначення цього поняття представлено у працях Р. Малері, К. Лавлока і М. М. Іванова.

Порівняльний аналіз застосовуваних визначень поняття «послуга» наведено у табл. 1.1.

Аналіз наведених визначень дозволяє виділити два підходи до поняття послуги:

«послуга» як дія, що приносить користь, допомогу іншому;

«послуга» як продукт (результат) діяльності сервісного підприємства.



## Основні визначення поняття послуги

Автор, джерело	Визначення
Р. Малері [9]	Послуги – це нематеріальні активи, що виробляються з метою збуту. Нематеріальні активи (або невідчутна цінність) – це цінність, яка не є фізичним об'єктом, але має вартість – грошову оцінку.
К. Гренроос [60]	Послуга – процес, що складається з серії невідчутних дій, які за необхідності виникають між споживачем і обслуговуючим персоналом, фізичними ресурсами, системою підприємства – постачальником послуг.
К. Маркс [5]	Послугу необхідно розуміти, як особливу споживчу вартість, отриману певною працею, так, як і будь-який інший товар; але особливість споживчої вартості послуги полягає в тому, що праця визначає послуги не як річ, а як діяльність.
Т. Хилл [23]	Послуги – це зміна стану особи або товару, що належать певній економічній одиниці, яка виникає в результаті діяльності іншої економічної одиниці з попередньої згоди першої. Іншими словами, це сукупність робіт, що виконуються для задоволення потреб клієнта і мають певну вартість.
К. Лавлок [20]	Послуга – це вид економічної діяльності, яка створює цінність і забезпечує визначення переваг для споживача в конкретний час і в конкретному місці в результаті відчутних або невідчутних дій, направлених на отримання послуги чи товару.
Р. Норманн [61]	Послуга – це користь, запропонована клієнту організацією сфери послуг.
Ф. Котлер [18]	Під послугою необхідно розуміти будь-який захід або вигоду, що одна сторона може запропонувати іншій і які в основному невідчутні і не призводять до оволодіння будь-чим. Виробництво послуг може бути, а може і не бути пов'язане з товаром у його матеріальному вигляді.
М. М. Іванов [17]	Під послугою розуміється діяльність, направлена на задоволення потреби через надання (виробництво) відповідно до цієї потреби благ.
П. А. Мягков [27]	Послугою можна вважати діяльність, результати якої не мають матеріального вираження, реалізуються і споживаються в процесі здійснення цієї діяльності.

Отже, можна надати таке визначення цього поняття: послуга – це «невидимий товар» – це «те, що можна купити, але не можна фізично відчутити».

Послуги, на відміну від інших товарів, виробляються і споживаються здебільшого одночасно, внаслідок чого виникає ряд особливостей їх виробництва і управління. Розширений перелік з відмінностей послуг представлено у табл. 1.2.

Саме в силу своєї невизначеності або мінливості, сфера послуг потребує державного регулювання більшою мірою, ніж ринки інших товарів.

## Основні відмінності, пов'язані з маркетингом і менеджментом послуг [21]

Відмінність послуг від товару	Ключові аспекти
1	2
Клієнти не отримують послуги у власність	При купівлі послуги клієнт висуває такі критерії, які можуть значно відрізнятися від критеріїв, які застосовуються при купівлі товару
Продукти послуг невідчутні, невлочимі, нематеріальні	Необхідно думати як знайти і пов'язати матеріальні докази, як організувати виконання послуг і керувати кожним кроком у процесі надання послуг
Тісна причетність клієнтів до процесу виробництва послуг	Поведінка клієнта і компетентність можуть допомагати або перешкоджати продуктивності. Клієнти можуть мати потребу у керуванні як службовці (у деякому розумінні). Слід врахувати можливості для самообслуговування. Місце розташування і години роботи сервісного підприємства повинні бути зручними для клієнтів. Дизайн сервісного підприємства має бути привабливим і приємним
Інші люди можуть формувати частину продукту	Поведінка і манери службовців і клієнтів повинні бути керованими, оскільки це впливає на задоволеність клієнта. Продавець послуги – експерт, головний консультант для покупця. Слід приймати на роботу обслуговуючий персонал, який володіє (або може бути навчений) як технічними, так і людськими навичками і якостями, використовувати мотивацію. Може бути нерозсудливим поєднання різних ринкових сегментів і одночасно місця розташування
Велика різноманітність при отриманні і виконанні послуг	Контролю якості (особливо послідовного) найважче досягти. Продуктивність може бути поліпшена стандартизацією послуг. Заміна службовців автоматами може зменшувати різноманітність послуг
Багато послуг клієнтам важко оцінити	Потрібно розвивати довіру між клієнтом і суб'єктом господарювання. Навчання клієнтів допоможе їм робити вдалий вибір
Відсутність знарядь виробництва при виробництві послуг	Після того як послуги вироблені, вони зазвичай не можуть зберігатися, тому підприємства повинні розвивати стратегії, щоб задовольнити рівень попиту. Слід керувати можливими рівнями, щоб відповідати можливим змінам у попиті. Прибутковість підприємств сфери послуг, що змушені були розширити спектр своєї діяльності, часто є функцією правильного ведення бізнесу у правильний час за обґрунтованою ціною
Фактор часу дуже важливий	Необхідно усвідомити обмеженість клієнтів у часі й визначити пріоритети. Втрата часу часто сприймається клієнтами як навмисне затягування часу на надання послуги. Слід шукати способи конкурувати у швидкій доставці послуги, мінімізувати очікування, розширювати години обслуговування, розглянути форму обслуговування 24/7
Системи доставок можуть бути як фізичними, так і електронними	Слід розглянути можливості електронного постачання будь-яких елементів обслуговування на основі інформації. Використовуйте можливості миттєвої доставки послуги по всьому світу Там, де послуги надаються фізичними каналами, відособлене надання і споживання послуг

Найчастіше державне втручання у функціонування ринку послуг викликано не тільки економічними, але й політичними та соціальними причинами. Тому практично у всіх країнах розробляються заходи для державного регулювання сфери послуг і встановлення певних стандартів, що регламентують зміст послуг та якість їх надання. Особливо важливі ці стандарти в таких секторах сфери послуг, як охорона здоров'я, освіта, телекомунікації, діяльність фінансових посередників на фондовому і кредитному ринках тощо. Нині більшість вітчизняних сервісних підприємств уже засвоїли основні правила обслуговування клієнтів, які лежать в основі стандартів, це: максимальна увага до клієнтів; висока якість комплексу послуг; постійне підвищення освітнього і кваліфікаційного рівня спеціалістів та обслуговуючого персоналу.

Послуги охорони здоров'я – не звичайний товар, виробництво і споживання якого визначаються співвідношенням платоспроможного попиту і пропозиції. Це свідоме благо має бути надано людині будь-що, незалежно від того, багата вона чи бідна, здатна вона його оплатити чи ні: адже якщо це благо не надається, рано чи пізно припиняється всяке виробництво, оскільки в сучасних умовах епідемії та усіякі інші напасті здатні знищити все людство [5].

Медична послуга у широкому розумінні – це діяльність, яка має корисні властивості, що споживаються під час її здійснення, направлена на підтримку чи покращення здоров'я особи. Безпосереднім об'єктом, на який впливає медична послуга, є здоров'я людини. Відповідно до Закону України «Про основи законодавства України про охорону здоров'я» [14], здоров'я – це стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів. Виходячи з того, що метою медичної послуги є досягнення позитивного результату, або запобігання негативному, то результатом успішного надання медичної послуги є покращення або не погіршення здоров'я пацієнта.

Медична послуга – це вид взаємовідносин щодо надання медичної

допомоги, врегульований договором на надання медичної послуги. Можна вважати, що медична послуга - це одна із складових медичної допомоги, яка не тотожна медичній допомозі, оскільки медична допомога є ширшою за своїм змістом [14].

Окремі науковці вважають медичну послугу медичною допомогою певного виду і обсягу, що надається медичною установою пацієнту в певних правових формах. На думку інших вчених медична послуга є одним з різновидів послуг, сферою застосування якої є ті суспільні відносини, в яких громадяни для задоволення своїх особливих потреб, як правило, за станом здоров'я, одержують особливу споживчу вартість у вигляді спеціалізованої медичної діяльності медичної організації або окремого фахівця у сфері медицини [32].

Отже, спираючись на подані визначення, можна зробити наступні висновки:

з одного боку медична послуга є частиною медичної допомоги, а з іншого – медична допомога є основою медичної послуги;

медична допомога складається з базових частин медичних послуг, самопомоги, взаємодопомоги та інших дій валеологічного призначення (психологічних послуг, послуг фізкультури і спорту, нетрадиційної медицини);

медична послуга має вартість і оплачується її споживачем (фізичною особою), організацією чи державою;

оскільки медична послуга має вартість, вона може надаватися тільки організацією чи іншим суб'єктом господарювання, які мають на це дозвіл відповідно до чинного законодавства – наявність ліцензії, державної реєстрації та ін. (звідси і вимоги щодо наявності медичної освіти з боку основного персоналу, що надають ці послуги);

медична допомога може бути надана у будь-яких обставинах, як в організаціях, так і поза ними.

Отже, з одного боку, медична допомога як основа медичної послуги повинна мати вартість, оскільки при її наданні використовується праця лікаря,

яка має свої норми оплати. А з іншого може і не мати вартості, тобто бути безоплатною. Так, у випадку надання невідкладної медичної допомоги постраждалому в автомобільній аварії випадковим перехожим-лікарем медична допомога не має вартості (оскільки людина, що надала допомогу не є суб'єктом господарювання).

М. М. Шутов навів ще такі особливості медичної послуги [7, с. 287]:

збудована на довірі споживача до виконавця;

споживач послуги бере участь або присутній при її виконанні до досягнення цілі;

оцінка якості суб'єктивна, залежить від особистості споживача;

при наданні медичної послуги присутній ризик смерті.

Розглядаючи медичну послугу з позицій маркетингу, варто звернути увагу на її багаторівневий склад [21, с. 11-12; 14]. Перший рівень розуміння послуги – основний, послуга за задумом. Для медичної послуги цей рівень є саме медичною допомогою. Другий рівень – послуга у реальному виконанні. До неї належать визначений рівень якості надання медичної допомоги, торгова марка (іншими словами назва конкретної лікарні, у якій надається ця послуга), комфорт та естетика при її наданні, сервіс чи додаткові послуги. Третій рівень - це всі інші рівні плюс підтримка інструментами маркетингу, а саме цінова політика, якщо послуга не є безкоштовною для споживача; політика розподілення; маркетингова політикою комунікацій. Четвертий рівень, на якому інколи акцентують дослідники, є отримання споживачем послуги не за основним її призначенням, а за прихованими мотивами.

Рівні медичної послуги наведено на рис. 1.1.

Отже, медична послуга з позицій маркетингу містить безліч складових і обставин, які є важливими з точки зору споживача, але не є обов'язковими з позицій державних стандартів чи ліцензійних вимог.

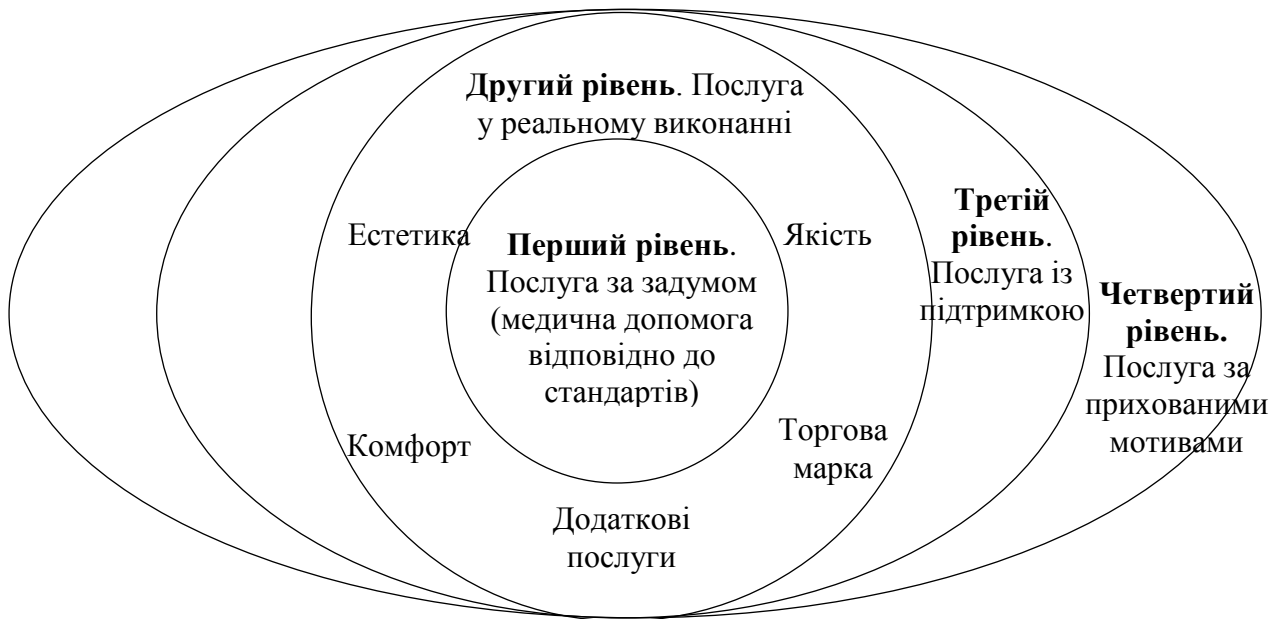


Рис. 1.1. Рівні медичної послуги з позиції маркетингу (складено за [21])

Таким чином, медична послуга – це послуга лікувально-профілактичного характеру, в основі якої лежить медична допомога відповідно до існуючих медичних стандартів, підкріплена системою конкурентних переваг. У наданні послуг найважливішу роль відіграють питання якості. Є різноманітні підходи до тлумачення якості послуг.

По-перше, поняття якості сприймається як сукупність зазначених властивостей і характерних рис послуги, що задовольняє запити споживача. Відповідно до Закону України «Про соціальні послуги», «якість послуги» - сукупність характеристик послуги, які мають здатність задовольняти встановлені або ймовірні потреби споживача» [15].

По-друге, під якістю розуміється відсутність недоліків, які посилюють почуття задоволення у клієнта. Згідно із Законом України «Про захист прав споживачів» «недолік послуги – невідповідність послуги або обов'язковим вимогам, які передбачено законом чи у встановленому ним порядку або умовам договору чи цілям, про які продавець (виконавець) поставив до відома споживача під час укладання договору» [13].

По-третє, якість може розглядатися як технічна та функціональна. Функціональна якість – відповідно до Закону України «Про захист прав споживачів», розуміється як «сукупність характеристик процесу умов

обслуговування, які забезпечують задоволення встановлених чи бажаних потреб споживача» [13]. Функціональна якість надає послугам таку характеристику, як мінливість якості, оскільки якість залежить від того, хто й за яких умов надає послуги.

Різноманітність підходів до проблеми трактування поняття «якість» представлено в табл. 1.3.

Таблиця 1.3

## Сутність поняття якості [28]

Автор	Трактування
Платон	розумів якість як «об'єктивний ідеалізм», тобто ступінь досягнутої через предмет досконалості
Арістотель	якість є одною з основних категорій думки, яка означає сукупність певних ознак, що відрізняють один предмет від іншого із зазначенням тих відмінностей
Г. Гегель	твердив про тотожність якості буття та наголошував, що при її втраті воно (буття) перестає бути тим, чим воно є
Дж. Локке	звернув увагу на дуалістичне трактування якості із розрізненням як первинної, так і вторинної якості
В. Демінг	визначав якість як очікуваний ступінь однорідності і надійності при мінімально можливих витратах та відповідності вимогам ринку
Дж. Юран	пропонував розглядати якість як рівень, досягнувши якого певний виріб (послуга) задовольняє потреби окремо взятого консумента та ступінь відповідності виробу встановленій моделі чи вимогам, вказівкам покупця виробу (послуги)
Ван Еттінгер	розумів якість як ступінь, у якому виріб задовольняє поставлені до нього вимоги для виконання свого кінцевого призначення
Фейгенбауман	стверджував, що якість є кумулятивною характеристикою продуктів і послуг, включаючи маркетинг, проектування, реалізацію і технічне обслуговування
П. Кросбі	визначав якість як відповідність специфіці, однак не як добрий продукт
Т. Вавак	акцентує на економічному підході до якості, що вимагає трактування суті цього поняття з погляду її службових функцій щодо споживача
Е. Скшипек	якість – це спосіб мислення, котрий спричиняє безперервні пошуки найкращого розв'язання та їх застосування.

Проаналізувавши теоретичні підходи до визначення якості можна виділити три групи схожих подібностей:

якість як ознака виробу;

якість як ступінь відповідності очікуванням клієнтів;

якість як те, що може бути виправлене чи покращене.

Якість – це в першу чергу відчуття задоволення клієнта від обслуговування, а якісна послуга – це послуга, що відповідає потребам клієнта. Рівень якості, у свою чергу, залежить від міри збігу представлень клієнта про реальне і бажане обслуговування [62].

Ґрунтуючись на вищевикладеному, можна так визначити зміст поняття «якість»:

це певні потреби клієнтів; береться до уваги концепція, згідно якої необхідно надавати послуги, відповідні потребам клієнтів. Якщо конкуренти не надають ще такої послуги, то в компанії з'являється можливість досягти переваги, ставши першою на ринку;

це правильно надані послуги; комбінується дві концепції: послуги повинні не лише відповідати потребам клієнта (технічний аспект), але і вся система обслуговування має бути сконструйована так, щоб забезпечувати і зручність клієнтам, і хороші між особові стосунки персоналу.

це постійність; мається на увазі необхідність надавати послуги на одному і тому ж рівні мільйони разів.

Враховуючи викладене, пропонується наступне визначення змісту поняття «якість» – це концепція, що забезпечує постійне надання послуги, що відповідає потребам клієнтів (технічний аспект), і відповідно якої вся система обслуговування має бути спрямована на забезпечення зручності клієнтам (функціональний аспект). У цьому значенні якість – це основа компетентності.

Як відомо, лікар та пацієнт по-різному оцінюють якість наданої медичної послуги. За твердженням авторів [5, 214] пацієнт оцінює якість медичної допомоги з позицій стану свого здоров'я після лікування та ставлення до нього лікаря. Система взаємовідносин лікаря і пацієнта має свої особливості та специфіку, які наведено на рис. 1.2.

Якісна медична послуга – це та, що точно відповідає визначеним вимогам, з використанням сучасних знань і ресурсів, та забезпечує очікувану максимальну користь від її надання і зниження ризику до мінімального [25].



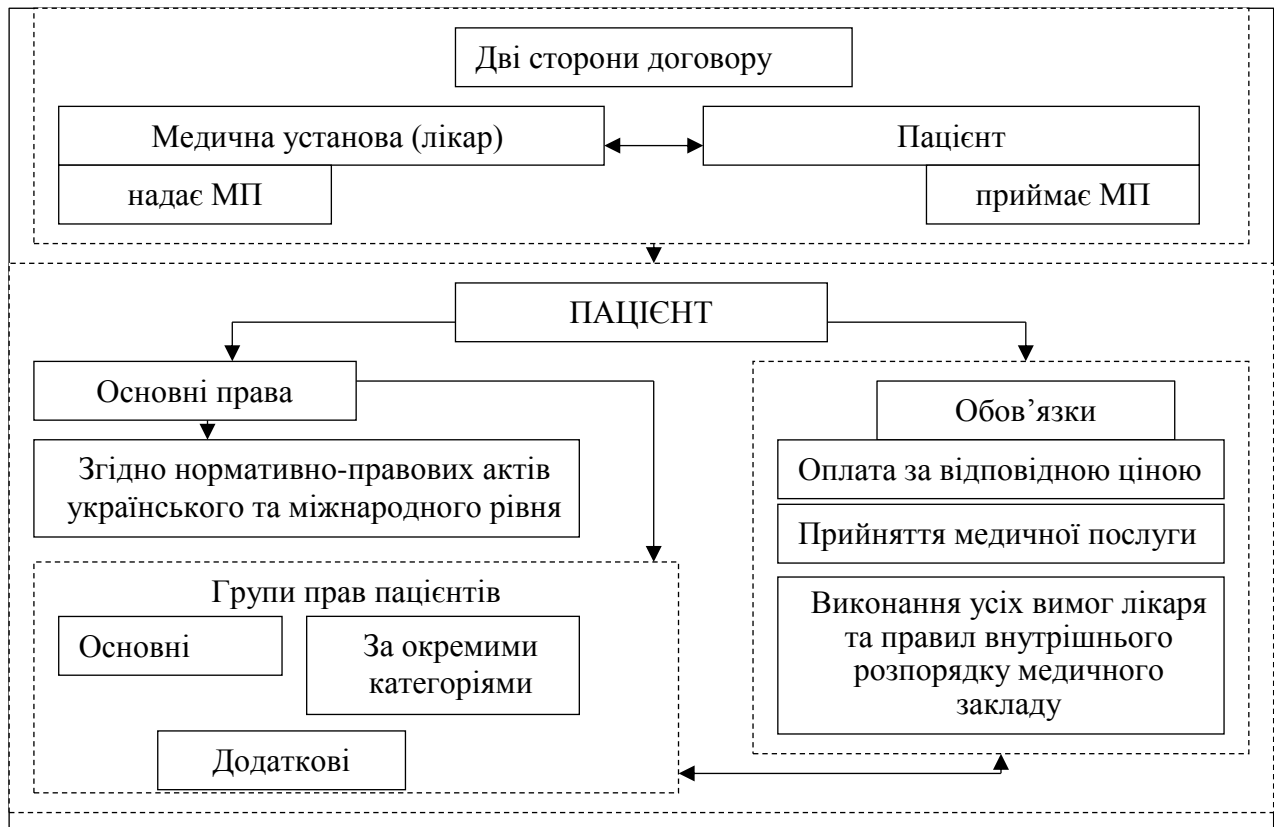


Рис. 1.2. Система взаємовідносин медичної установи та пацієнта щодо медичної послуги [43]

Якість медичної послуги – це зміст взаємодії лікаря і пацієнта, який ґрунтується на кваліфікації професіонала, тобто його здібності зменшувати ризик прогресування захворювання, яке є у пацієнта, і виникнення нового патологічного процесу, оптимальності використання ресурсів медицини і забезпеченні задоволеності пацієнта системою охорони здоров'я.

Більшість авторів виокремлюють такі складові якості медичної послуги:

- ефективність;
- економічність;
- оптимальність

Проте, деякі автори додають до наведеного переліку інші складові якості медичної послуги. В табл. 1.4 представлено порівняння складових якості медичної послуги, які надані авторами Vuory X. V [76] та A. Donabedian [72].

## Порівняння складових якості медичної послуги (складено за [72, 76])

Vuory X. V.	A. Donabedian
ефективність (співвідношення між фактичним і максимальним впливом медичного обслуговування на стан здоров'я, який вона може здійснити)	результативність (співвідношення досягнутого результату і максимально можливого, заснованого на наукових даних)
економічність (співвідношення між фактичним впливом медичного обслуговування і його вартістю)	ефективність (економічність, найбільш раціональне використання ресурсів, найменша вартість без зниження результативності)
адекватність (відповідність фактичного обслуговування потребам населення)	оптимальність (оптимальне співвідношення витрат і отриманих результатів в поліпшенні здоров'я)
науково-технічний рівень (рівень застосування сучасних медичних знань і технологій)	сприйнятливність (відповідність наданої допомоги очікуванням, побажанням, надіям пацієнтів і їх родичів)
	законність (відповідність соціальним пріоритетам, вираженим в етичних принципах, законах, нормах, правилах)
	справедливість (доступність для різних верств населення)

В Україні на нормативно-правовому рівні якість медичної допомоги визначена як «належне (відповідно до стандартів, клінічних протоколів) проведення всіх заходів, які є безпечними, раціональними, прийнятними з точки зору коштів, що використовуються в даному суспільстві, і впливають на смертність, захворюваність, інвалідність» [34].

Таким чином, якісна медична допомога, по суті, має забезпечувати певну ступінь досягнення конкретних, відповідних потребам у здоров'ї населення, результатів, зокрема, через найбільш економне, раціональне, тобто ефективне використання ресурсів надавачами медичної допомоги.

## 1.2. Управління якістю послуг закладів охорони здоров'я

Враховуючи наведене вище, визначаючи сутність управління якістю, можна зазначити, що управління якістю – це процес покращення усієї пов'язаної із об'єктом управління сукупності параметрів якості шляхом послідовного наближення їх характеристик до заданих з одночасним зниженням частоти та амплітуди їх коливань у межах цільових значень [59].

Задля розкриття і деталізації системи стратегічного управління якістю послуг у роботі [69] здійснено детальний опис та світоглядний і

методологічний синтез сутнісного визначення базового категоріального апарату, що наведено у табл. 1.5.

Таблиця 1.5

Дефініційне визначення та світоглядно-методологічне трактування базового категоріального апарату стратегічного управління якістю [69]

Стратегія управління якістю	Планування якості	Складова стратегії управління якістю, що направлена на встановлення цілей у сфері якості. Передбачає необхідні операційні процеси життєвого циклу продукту, супутніх робіт та послуг і відповідні ресурси для досягнення цілей в сфері якості
	Управління якістю	Складова стратегії управління якістю, яка направлена на виконання вимог до якості
	Забезпечення якості	Складова стратегії управління якістю, що направлена на створення впевненості, що вимоги до якості будуть виконані
	Покращення якості	Складова стратегії управління якістю, що направлена на збільшення здатності виконати вимоги до якості. Вимоги можуть відноситись до будь-яких аспектів таких як результативність, ефективність тощо

Сутність будь-якого управління полягає у виробленні управлінських рішень та подальшої їх реалізації на певному об'єкті управління. При управлінні якістю продукції безпосередніми об'єктами управління, як правило, є процеси, від яких залежить якість продукції. Вони організуються і протікають як на довиробничій, так і на виробничій і після виробничій стадії життєвого циклу продукції.

Нормативну документацію, що регламентує значення параметрів або показників якості продукції (технічні завдання на розробку продукції, стандарти, технічні умови, креслення, умови поставки), слід розглядати як важливу частину програми управління якістю продукції [31]. Таке управління охоплює коригування відносин між учасниками процесу надання послуг, підприємством і споживачами послуг, формами та методами впливу на процес виробництва й реалізації послуг, організаційною структурою управління, умовами стимулювання персоналу.

Розглянемо класифікацію методів менеджменту якості. Перелік основних класичних і «нових» методів управління якістю наведено на рис. 1.3.

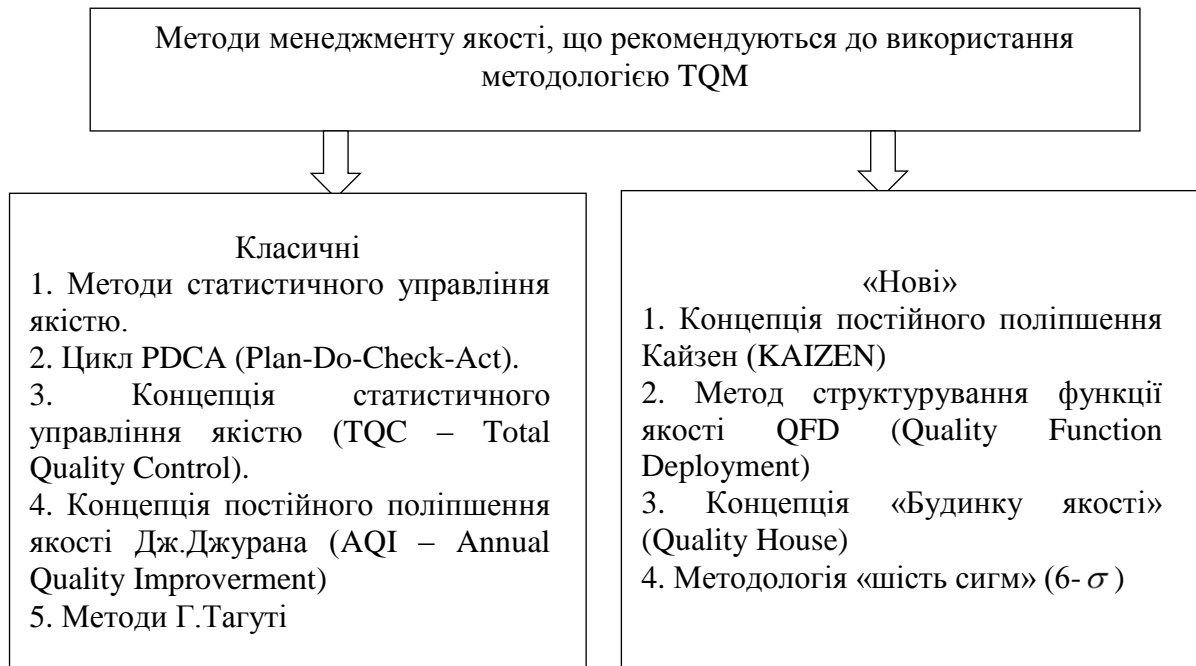


Рис. 1.3. Методи менеджменту якості [51]

Слід зазначити що, такий підхід до класифікації є досить умовним, оскільки значна кількість методів має багато спільного у структурі й методиці застосування, завдяки чому вони можуть розглядатися не відокремлено один від одного, а як частини єдиної методології управління якістю (TQM) [55].

Згідно з твердженнями існують так звані «сфери управління якістю медичної послуги», такі як медичної опіки, економіко-адміністративна, маркетингу, технічна, інформаційна, управлінська [75].

У роботі [28] до вказаних сфер додано етичну сферу, тому що медики навчилися лікувати саму хворобу (окрім невиліковних), залишаючи поза увагою пацієнта. В цьому аспекті етична сфера дозволить виправити згаданий недолік та встановити міцний контакт із хворим. В той же час, поза увагою авторів залишилась не менш важлива і на сьогодні актуальна сфера управління якістю медичних послуг як нормативно-технологічна, що включає розробку і впровадження нормативно-технічної документації, яка регламентує організацію медичної допомоги і забезпечення виконання її стандарту при веденні конкретного пацієнта. Доповнений перелік сфер управління якістю медичних послуг наведено на рис. 1.4.

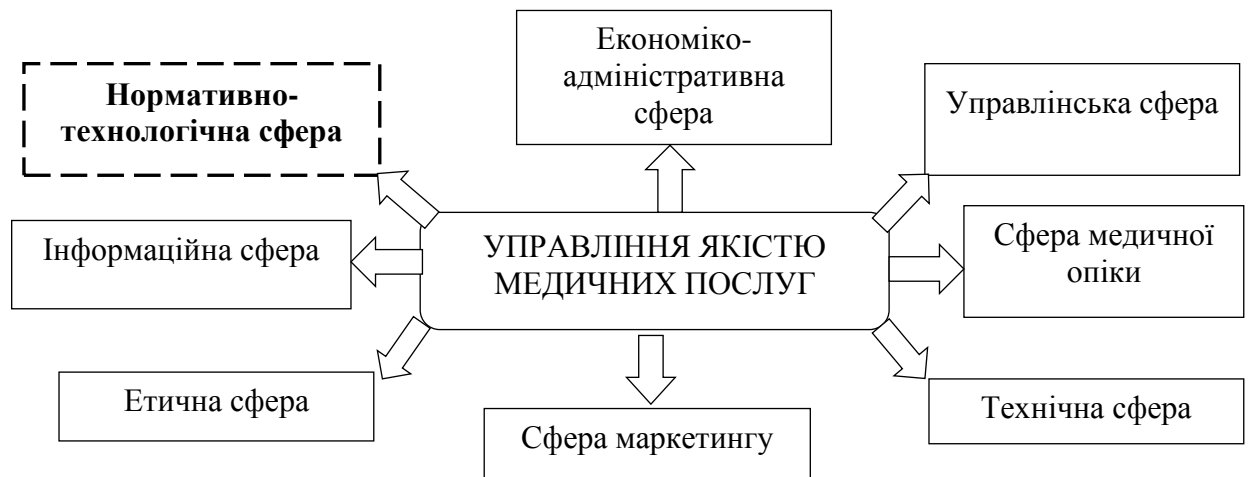


Рис. 1.4. Сфери управління якістю медичних послуг (доповнено до [28])

Розробка і запровадження системи управління якістю медичної послуги можливі за результатами аналізу застосування інструментів моніторингу, оцінки і прийняття управлінського рішення.

Універсальними вимірниками зусиль в організаційно-економічних системах підприємств є: якість стандартизації, якість праці, якість персоналу, якість технології організації медичної послуги, якість роботи обладнання, якість модернізації, якість інформації, якість інвестицій [13]. Використовуючи даний підхід та враховуючи визначені вище сфери управління якістю медичних послуг, структуру якості медичних послуг як об'єкту управління можна визначити такими складовими елементами якісного функціонування медичної установи і параметрами вимірювання якості за показниками системоутворюючих чинників, які представлено на рис. 1.5.

До нормативно-технічних документів, призначених безпосередньо для лікарів, середнього медичного персоналу та організаторів охорони здоров'я, належать протоколи медичної допомоги, які регламентують організацію медичної допомоги і забезпечення виконання її стандарту при веденні конкретного пацієнта. Клінічний протокол складається з таких елементів: ознаки та критерії діагностики захворювання; умови при яких повинна надаватися медична допомога (у якому відділенні); діагностична та лікувальна програми; характеристика кінцевого очікуваного результату лікування;

тривалість лікування; можливі побічні дії та ускладнення; рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги.

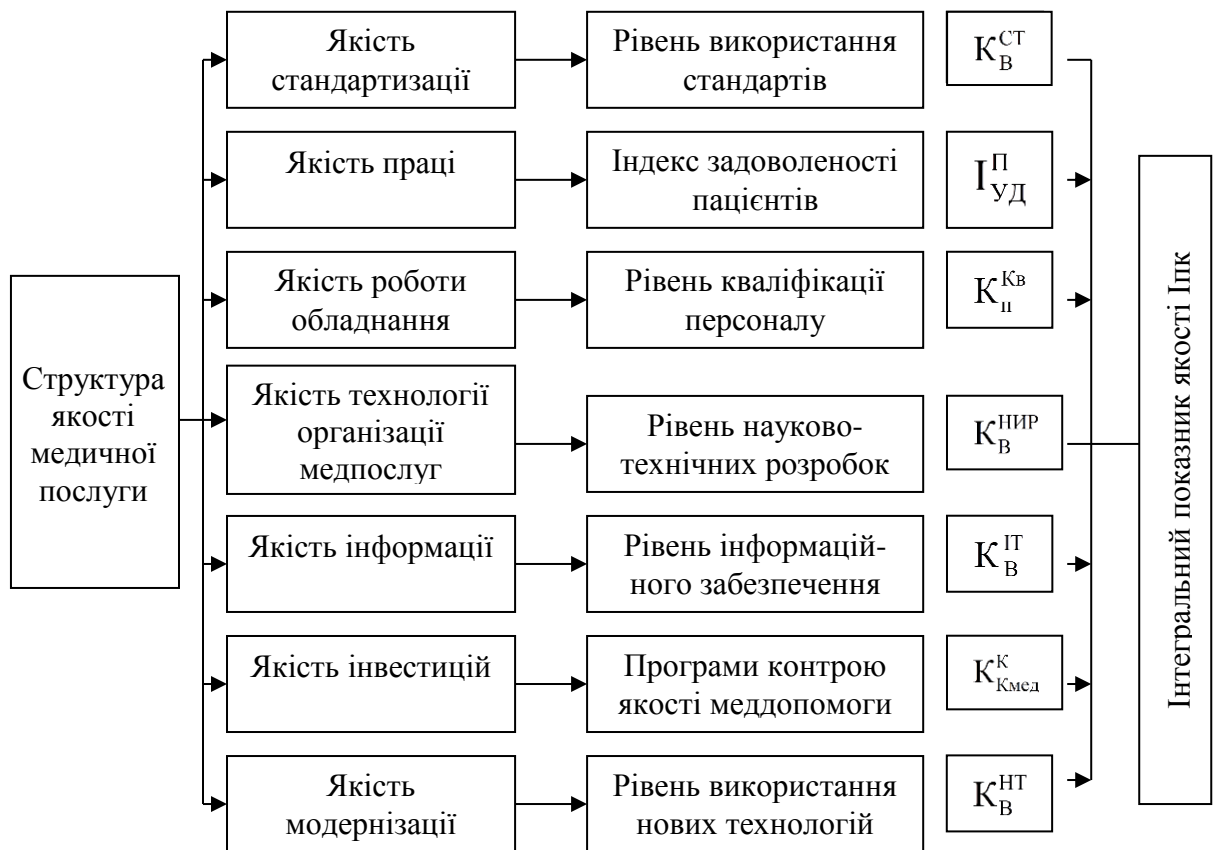


Рис. 1.5. Структура якості медичної послуги як об'єкту управління за системоутворюючими чинниками (складено на основі [28, 50])

Отже, медичні стандарти й описують сутність медичної допомоги, що отримує пацієнт у закладі охорони здоров'я, у кожному окремому випадку.

Існують декілька видів клінічних протоколів: уніфікований, локальний та клінічний маршрут пацієнта як частина останнього [45].

Наступним нагальним питанням має стати вибір методів визначення значень кожної відповідної складової структури якості медичної послуги. На сьогодні найбільш типовим для медичних установ є експертний аудит, що базується на вибірковому або тотальному опрацюванні первинної медичної інформації кваліфікованим експертом.

Система управління якістю є ефективною моделлю управління. Серед

основних переваг від її реалізації можна відмітити [6, с. 29]:

іміджеві ознаки (підвищення конкурентоспроможності клініки; зміцнення іміджу клініки у населення та у професійних колах; збільшення довіри з боку страхових компаній під час оформлення відповідних договорів зі страхування; отримання конкурентних переваг під час участі у тендерах; збільшення довіри з боку інвестиційних компаній);

внутрішні удосконалення (поліпшення керованості клініки шляхом чіткого розподілу повноважень та відповідальності персоналу; підвищення мотивації персоналу; забезпечення прозорості внутрішніх процесів; постійне підвищення компетентності персоналу; оптимізація документообігу клініки; безперервне поліпшення діяльності клініки);

успішна діяльність в цілому (поліпшення якості медичних послуг, що надаються; підвищення результативності й ефективності діяльності та скорочення витрат на медичну допомогу; підвищення виробничої та фінансової дисципліни; можливість укладання довготривалих відносин із постачальниками).

Контроль ефективності системи управління якістю, що була впроваджена, можна оцінити завдяки таким показникам як [18, с. 82]:

цільові показники планування (проектування) медичної допомоги (кількість одиниць проектів, відповідна галузевим медико-технологічним документам);

планові витрати на ресурсне забезпечення медичної допомоги;

кількісні цілі в процесах соціологічних досліджень (очікуваний рівень задоволеності респондентів; планова репрезентативна кількість респондентів);

цілі в сфері навчання персоналу (кількість персоналу, яка підлягає підвищенню кваліфікації в закладах післядипломної освіти і на робочих місцях; кількість і теми навчальних матеріалів, що плануються до розробки);

плановий обсяг матеріального заохочення персоналу;

цілі в сфері взаємодії з партнерами (кількість укладених угод на виконання сторонніх процесів);

цільові показники аудитів (згідно плану-графіку);  
планові показники обсягу ринку (кількість пацієнтів, яку планується охопити певними видами послуг);  
кількість новітніх методик (діагностичних, лікувальних, профілактичних, організаційних), які планується впровадити.

Таким чином, успішний менеджмент якості у сфері охорони здоров'я матиме результативні характеристики як для конкретного медичного закладу, так і для всій галузі країни, адже матиме демонстративний ефект. За рахунок поліпшення документування, контролю, критичного аналізування та періодичного перегляду ключових виробничих та управлінських процесів забезпечується прозорість, краща керованість та безперервне вдосконалення діяльності клініки.

Охоплення служби охорони здоров'я системою індикаторів якості медичної допомоги можна представити як послідовний циклічний процес, що базується на наявності вихідних (первинних) даних та послідовній оптимізації їх обсягу, підвищенні якості та адекватності наявному стану речей.

В роботі [45] описано послідовність побудови та запровадження індикаторів якості медичних послуг:

1. Планування. Визначення аспектів, що підлягають вимірюванню, визначення наявних вихідних даних, визначення індикатора.
2. Запровадження індикатора. Визначення того, хто має обчислювати індикатор, забезпечення наявності вихідних даних, забезпечення можливості обчислення індикатора.
3. Аналіз. Розробка настанови щодо належного використання індикатора, оприлюднення та обговорення результатів пілотного тестування.
4. Корегування. Запровадження змін до первинних документів та до технологій збору та обробки даних, вдосконалення опису та алгоритму обчислення індикатора. Ініціювання створення додаткових індикаторів для взаємопов'язаних аспектів якості медичної допомоги.

На сьогоднішній день визначальною складовою медичної сфери є



стандартизація та уніфікація.

Для медичної галузі на основі стандартів ISO створено документ міжнародної робочої угоди IWA (International Workshop Agreement) 1:2005, з яким гармонізовано національний стандарт ДСТУ IWA 1:2007 «Системи управління якістю. Настанови щодо поліпшування процесів в організаціях охорони здоров'я» (Держспоживстандарт України, 2008). Дійсний ДСТУ IWA 1:2007 відповідає чинному законодавству України, заснований на положеннях міжнародних стандартів 9001:2000 і 9004:2000 і містить додатковий матеріал, що стосується діяльності саме організацій охорони здоров'я.

Але на нашу думку, до розглянутого циклу слід додати сертифікацію медичних послуг, що позитивно вплине на управління якістю медичних послуг. Доповнену схему побудови та запровадження індикаторів якості медичної допомоги наведено на рис. 1.6.

Призначення стандарту – допомогти організаціям охорони здоров'я розробити або покращувати систему управління якістю, що забезпечить постійне поліпшення, попередження помилок або несприятливих результатів, зменшення відхилів і втрат організації, наприклад внаслідок нераціонального використання ресурсів.

Наявність системи управління якістю медичних послуг можлива також за вимогами ДСТУ ISO 9001 [22], який надає закладам сфери охорони здоров'я значні конкурентні переваги. Один із важливих моментів – це підвищення чіткості та прозорість діяльності. Стандарт якості серії ISO 9001 можна використовувати в медичних закладах як базовий, з обов'язковою розробкою і запровадженням внутрішніх документів, в залежності від специфіки роботи медичного закладу.

Внутрішня документація по якості описує взаємодії процесів та послуг у відповідних протоколах, положеннях, інструкціях і т.д., а також передбачає обов'язковий моніторинг і контроль всіх процесів з аналізом отриманих результатів, метою якого є постійне покращення якості і вибору оптимальних і ефективних методик надання послуг [34].



Рис. 1.6 Схеми побудови та запровадження індикаторів якості медичної допомоги (доповнено до [45])

Стандарт ISO 9001 базується на двох методологічних аспектах:

1. процесному підході та орієнтації на споживача (пацієнта);
2. забезпеченні очікувань споживачів (пацієнтів).

Принциповою умовою в розробці внутрішніх стандартів якості є слідування нормативним вимогам законодавства України: враховуються нові закони, постанови, накази, протоколи та інші нормативні документи, в тому числі, санітарно-гігієнічного, правового та економічного характеру. Стандарти можуть бути розроблені як для структури, так і для процесу та результатів діяльності медичного закладу

Однією з особливостей системи управління якістю є попередження — прагнення вирішити проблему до її появи. Такий підхід дозволяє істотно підвищити ефективність лікування за рахунок своєчасного і правильного

надання допомоги. Просування філософії управління на основі якості у сферу медичних послуг має супроводжуватися, як це спеціально підкреслюється в меморандумах ISO та IWA, зменшенням вартості цих послуг унаслідок оптимізації процесів їх організації, надання та контролювання. При цьому основна економія досягається за рахунок практичного виключення витратних за часом і матеріальними ресурсами процедур виправлення (коригування) та усунення наслідків помилково встановлених діагнозів і неправильно призначеного лікування, включаючи судові процедури [18].

У межах системи управління якістю клініки результати лікувальних, діагностичних та інших клінічних заходів поєднуються у двох взаємопов'язаних процесах: організаційному та лікувальному. Такий взаємозв'язок є одним із елементів стратегічного розвитку клініки.

Системи управління якістю в медичних закладах дозволяє вирішити внутрішні проблеми, поліпшити якість послуг, що надаються, та передбачити очікування пацієнтів. У випадку впровадження системи управління якістю зменшуються витрати медичних закладів, в основному за рахунок упорядкування діяльності та усунення зайвих або неефективних процесів, зовнішніх і внутрішніх втрат, викликаних дефектами та невідповідностями.

Система охорони здоров'я в Україні не забезпечує рівного доступу населення до якісних медичних послуг. Це виявляється в таких проблемах [12]:

низька якість медичних послуг. Очікувана тривалість життя населення України складає 68,2 року, що в середньому на 10 років нижче, ніж у країнах ЄС. Коефіцієнт дитячої смертності в 2,5 рази вища, ніж у «старих» країнах ЄС. Рівень передчасної смертності втричі перевищує показник ЄС, рівень смертності від туберкульозу – в 20 разів вищий;

нерівний доступ до послуг охорони здоров'я. Бідні верстви населення страждають через відсутність можливості одержання необхідної медичної допомоги. Відомча медицина (з обмеженим доступом) ускладнює досягнення мети рівного доступу. Існують диспропорції у доступі до медичних послуг міських і сільських мешканців. Високим є тягар особистих витрат населення на послуги охорони здоров'я. Згідно з офіційною статистикою, витрати населення

перевищують третину загального обсягу фінансування галузі (40% у 2008 р.) і здійснюються безпосередньо під час одержання медичних послуг.

Причинами виникнення зазначених проблем є [11]:

відсутність зв'язку між якістю медичних послуг й видатками на її фінансування, а також відсутність мотивації медичних кадрів до якісної праці;

низький рівень профілактики й частки первинної медико-санітарної допомоги у структурі медичних послуг;

неефективне використання бюджетних коштів на охорону здоров'я. На 100 тис. населення в Україні припадає 5,6 лікарень, тоді як у країнах ЄС цей показник – 2,6; кількість ліжко-місць в Україні – 868 на 100 тис. населення, а в ЄС-10 – 644; кількість лікарів на 100 тис. населення в Україні – 302, у ЄС-10 – 261. 86% бюджетних коштів, що виділяється на охорону здоров'я, йде на утримання медичних закладів та оплату праці лікарів;

дублювання медичних послуг на різних рівнях надання медичної допомоги, відсутність механізму управління потоками пацієнтів на різних рівнях надання медичних послуг.

Причини виникнення зазначених проблем наведено на рис. 1.7.



Рис. 1.7 Причини виникнення проблем в сфері медичних послуг

Тому вдосконалення та забезпечення високого рівня якості медичних послуг в медичній галузі України є дуже важливим питанням та потребує негайного вирішення з використанням найсучасніших управлінських та

організаційно-економічних заходів щодо вдалого управління якістю послуг закладів охорони здоров'я.

### **1.3. Оцінювання і контроль якості медичної послуги в закладах охорони здоров'я**

Зростання вимог до якості обслуговування у медичних закладах та посилення конкуренції в них призводять до необхідності оцінювання якості медичних послуг.

Експертний метод у системі охорони здоров'я дозволяє одержати експертні оцінки й експертні висновки шляхом ретроспективного дослідження процесів, предметів, явищ професійно компетентними фахівцями. Завданнями експертизи в сфері якості передбачається встановлення ступеня відповідності проміжних і остаточних результатів медичній допомозі, організації лікувально-діагностичного процесу встановленим стандартам, нормативам, інструкціям.

Проведення експертизи може здійснюватися одноосібно, одним експертом - індивідуальна експертиза, і групою експертів - колективна експертиза.

Стандартами акредитації закладів охорони здоров'я передбачене проведення експертизи якості лікувально-діагностичного процесу завідувачами відділень (стаціонару, поліклініки, амбулаторії) по даним первинних медичних документів. Експертизу, таким чином, необхідно здійснювати шляхом визначення видів і кратності проведених діагностичних, лікувальних, профілактичних процедур, організаційних заходів для хворих з конкретним діагнозом, яким надана медичний допомога за певний період часу [10]. Далі отримані результати порівнюють із видами й кратністю застосування процедур і заходів, рекомендованих діючими стандартами, нормативами, інструкціями й підраховують кількість відхилень від положень регламентів по кожному випадкові медичний допомоги й взагалі по всій групі хворих у відсотках. Результати аналізу отриманих даних надалі використовують як вхідну

інформацію для ухвалення управлінського рішення по поліпшенню якості медичної допомоги. Використання в процесі експертизи положень стандартів, нормативів, інструкцій як еталонів надає експертизі об'єктивний характер. Результати експертизи представляють в «Карті експертного контролю».

Колективна форма експертизи здійснюється експертами – членами клініко-експертних комісій закладів охорони здоров'я. Предметом розгляду клініко-експертних комісій, згідно їх призначення в існуючій системі контролю, є, переважно, несприятливі результати медичної допомоги (летальні випадки, випадки дитячої й материнської смертності, запущені випадки захворювань на туберкульоз і онкологічні хвороби, випадки внутрішньолікарняних інфекцій, порушень санітарно-епідемічного режиму та інші) [10]. Методичні підходи до проведення колективної експертизи медичної допомоги аналогічні індивідуальній експертизі. Разом з тим, у випадках нетипового ходу захворювання може виникнути потреба в індивідуальних судженнях кожного експерта щодо адекватності вибору й дотримання лікарем стандартизованої технології в межах нормативного документа. У таких умовах для об'єктивізації експертизи важливий склад експертної групи, рівень кваліфікації експертів і погодженість їх суджень.

Експертизи якості медичної допомоги можуть бути первинними й повторними; суцільними й вибірковими, поточними і тематичними [10].

Повторну експертизу потрібно проводити у випадку, коли результати первинної викликають сумніви й необхідно досягти погодженості думок експертів.

Експертиза всіх випадків медичної допомоги за певний період часу (суцільна) проводиться в стаціонарах і носить поточний характер. Вибіркова експертиза здійснюється шляхом формування репрезентативної вибірки медичних документів у закладах амбулаторно-поліклінічного типу.

Тематична експертиза стосується сукупності випадків медичної допомоги, об'єднаних певною загальною ознакою: нозологічна форма, однаковий характер ускладнень. Даний вид експертизи повинен зайняти

провідне місце в умовах впровадження медико-технологічних документів, які створюються за клінічною темою (діагнозом) [10].

До сучасних методів клініко-економічного аналізу відносять основні, за допомогою яких можливо розрахувати співвідношення між витратами й отриманими результатами (аналіз «витрати-ефективність», «мінімізація витрат», «витрати-корисність (утилітарність)», «витрати-вигода»), і допоміжні, зокрема, метод оцінки вартості «типової практики», методи оцінки структури витрат (частотний аналіз, ABC-аналіз, Ven-аналіз).

Саме допоміжні методи є простими й тому найбільш доступними для широкого використання в закладах охорони здоров'я.

Оцінка вартості «типової практики» дозволяє визначити всі витрати, пов'язані з веденням хворих з певною нозологічною формою як на окремих, так і на всіх етапах надання медичної допомоги й надалі оптимізувати планування ресурсів [10].

ABC-аналіз дозволяє встановити, на які послуги або групи лікувальних засобів переважно витрачаються засоби (бюджетні, страхування, власні кошти громадян), розподіляючи їх на три групи: група А - група, на яку витрачається 80% засобів, група В - група, на яку витрачається 15% усіх засобів, і група З - група, на яку витрачається 5% засобів [10].

Частотний аналіз доповнює ABC-аналіз за рахунок ранжирування послуг або лікувальних засобів по кратності їх використання, що допомагає з'ясувати, витрачаються засоби переважно на дорогі ресурси, які рідко призначаються, або на дешеві, але такі, що використовуються дуже часто.

Ven-аналіз дозволяє розподілити послуги або лікувальні засоби, які використані, на життєво важливі (V), необхідні (E) і другорядні (N). Як правило, до V-групи відносять послуги або лікарські препарати, необхідні для лікування основного захворювання, до E-групи – послуги або лікарські препарати для лікування супутніх захворювань і/або ускладнень основного, а до N-групи – лікувальні засоби, не рекомендовані до застосування стандартами/протоколами або формулярами лікувальних засобів [10].

Даний вид аналізу дозволяє зробити висновок про адекватність використання ресурсів при певному захворюванні.

Соціологічні методи контролю передбачають вивчення думки пацієнтів щодо якості отриманої ними медичної допомоги, а також виявлення очікувань, які є стійкими побажаннями або запитам пацієнтів. Об'єктами соціологічних опитувань у системі контролю якості медичної допомоги виступають і медичні працівники, як учасники лікувально-діагностичного процесу й виробниками медичної допомоги [10]. Вивчення задоволеності медичних працівників професійною діяльністю дозволяє надати, у комплексі з іншими даними, оцінку умов роботи, інформаційного забезпечення, соціального захисту співробітників, залучення персоналу до участі в керуванні якістю медичної допомоги.

Метод спостереження використовується для безпосереднього контролю вповноваженим суб'єктом за дотриманням нормативів, інструкцій, правил, протоколів, стандартів у системі управління якістю медичної допомоги. Спостереження здійснюється шляхом адміністративних обходів керівником закладу і його заступниками, обходів відділення/структурного підрозділу лінійними керівниками, спілкування керівників з підлеглими під час виконання ними функціональних обов'язків [10]. Сучасною формою спостереження є впровадження системи передачі інформації з відео-телекамер на обмежену кількість моніторів і/або записуючих пристроїв для одержання інформації з місць, які потребують постійного моніторингу ситуації (наприклад, відділення екстреної/ невідкладної допомоги, реанімації й інтенсивної терапії, приміщення для зберігання наркотичних речовин) або у випадку небезпечного для співробітників середовища (наприклад, відділення радіаційної діагностики й терапії).

Складність об'єкта контролю в системі якості, поєднання формалізованої й неформалізованої інформації обумовлює необхідність застосування методів системного підходу й системного аналізу при проведенні контролю якості [7]. Зазначені методи дозволяють структурувати отриману інформацію,



встановлювати на її основі зовнішні й внутрішні взаємозв'язки об'єкта контролю, прогнозувати його поведінку в умовах невизначеності й безперервних змін і формувати моделі вдосконалювання й розвитку з наступним прийняттям адекватних управлінських рішень.

При здійсненні контролю доцільно використовувати метод процесного підходу, враховуючи, що будь-яка діяльність носить процесуальний характер. Метод процесного підходу дозволяє здійснювати контроль над розробкою структури всіх процесів у закладі охорони здоров'я (протоколів, формулярів, інструкцій, алгоритмів дій), а також за наданням медичної допомоги конкретному хворому на основі критеріїв в «ключових точках» процесу [10]. «Ключові точки» доцільно зв'язувати з такими етапами робіт, які з високою вірогідністю можуть вплинути на очікуваний результат і в яких є найвища вірогідність відхилень, дефектів, невідповідностей.

Носіями інформації про рівень якості, якого треба досягти (критерії), служать нормативи, стандарти, інструкції, методики, інші директивні й розпорядчі документи.

Джерелами – носіями інформації про фактичний рівень досягнень у сфері якості об'єктами контролю є обліково-звітні форми первинної медичної документації, карти експертних оцінок, матеріали галузевої статистичної звітності, дані соціологічних опитувань, відеозаписи, дані за результатами безпосереднього контролю (спостереження). Індикатори якості створюють інформаційну базу даних із власних джерел закладу охорони здоров'я, яка характеризує його досягнення на шляху до якості медичної допомоги [10].

До технічних засобів, які використовують для виконання завдань контролю, відносять: комп'ютерну техніку, програмне забезпечення для автоматизованого збору й обробки даних, відеообладнання.

Контроль покликаний забезпечити відповідність функціонування об'єктів контролю прийнятим управлінським рішенням у сфері якості. Процес контролю можна представити класичними компонентами: «вхід» - «сукупність видів діяльності, які додають цінності» - вихід (рис. 1.8) [10].

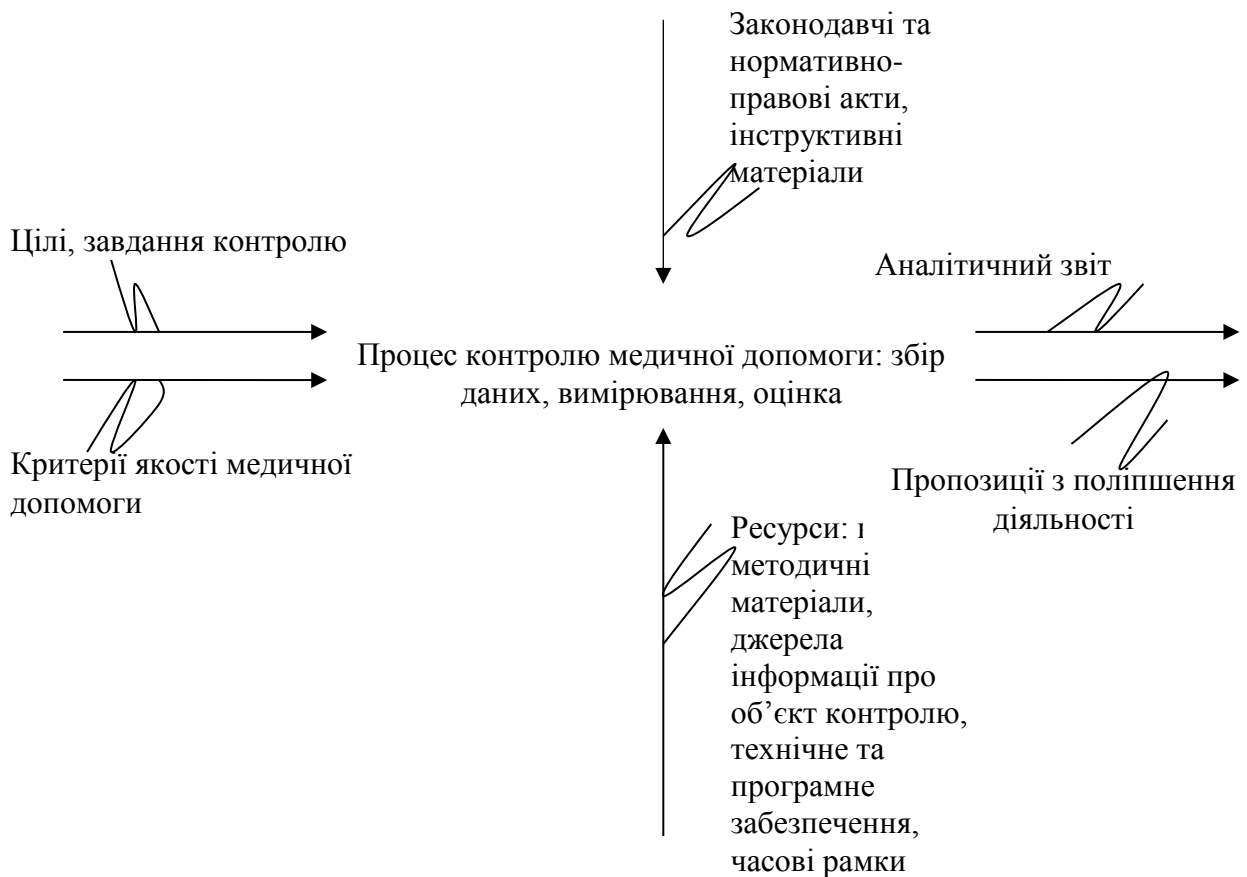


Рис. 1.8. Схема процесу контролю якості медичної допомоги

На «вході» процесу визначається мета контролю – потреба в управлінській інформації для прийняття рішень з поліпшення якості, а також встановлюються критерії якості, щодо яких буде проводитися контроль.

Процес контролю полягає у виконанні дій, які представляють контроль як функцію керування: систематичний збір (моніторинг) інформації про діяльність, вимір (при можливості) отриманих даних і порівняння результатів з певними критеріями (оцінка). Результатом процесу контролю («виходом») є виявлені розбіжності між досягнутими й запланованими результатами, аналіз їх причин, розробка пропозицій по усуненню невідповідностей лінійним керівникам або вищому рівню управління по проведенню коригувальних дій для змісту об'єктів, процесів, системи якості в межах заданих параметрів [16]. Результатами контролю може бути відсутність невідповідностей, тоді пропозиції повинні містити заходи щодо застосування заохочувальних стимулів

до виконавців і розгляду питань підвищення планових показників діяльності й поширення позитивного досвіду на інші ділянки роботи.

Контроль як процес відбувається на основі регулюючих його проведення нормативів, розпоряджень, положень, вказівок і підтримується необхідними ресурсами (особами, які здійснюють контроль, джерелами інформації, технічними засобами, встановленими часовими границями й ін.).

Організація оперативного контролю якості на різних рівнях управління в закладах охорони здоров'я.

Перший рівень оперативного контролю якості забезпечується завідувачами відділень/структурних підрозділів. Використовуються методи експертизи первинної медичної документації, порівняльного аналізу, статистичної обробки інформації, спостереження, клініко-економічного аналізу, соціологічне опитування, опис яких представлено вище.

Керівник закладу охорони здоров'я може подати на розгляд медичної ради будь-які питання якості медичної допомоги, виявлені за результатами оперативного контролю на інших рівнях управління, а також за результатами внутрішнього аудита й самооцінки системи управління якістю в закладі. Рішення медичної ради можуть бути враховані керівником при ухваленні управлінського рішення (наказу, розпорядження, вказівки) по поліпшенню якості медичної допомоги [10].

У національній системі охорони здоров'я задекларований клінічний аудит як необхідна умова поліпшення якості [16]. Клінічний аудит спрямований на поліпшення процесів і результатів допомоги пацієнтам через систематичний перегляд складових медичної допомоги в порівнянні з певними критеріями й впровадження змін там, де допомога або її результати не досягають очікуваного рівня.

Клінічний аудит потрібно розглядати як компонент внутрішнього аудита; ціль, завдання й функції останнього носять всеохоплюючий характер, зачіпаючи не тільки клінічні, але й усі інші аспекти діяльності закладу охорони здоров'я, які впливають на якість медичної допомоги. Саме тому, у тісному

зв'язку із клінічним аудитом, спрямованим переважно на встановлення правильності ведення пацієнтів, логічно проводити управлінський аудит – аудит дотримання організаційних технологій, раціональності використання ресурсів, ефективності функціонування системи контролю якості на рівні лінійних керівників, ефективності самоконтролю якості, відповідності й результативності неклінічної діяльності (рис. 1.9) [10].



Рис. 1.9. Компоненти внутрішнього аудиту

Метою внутрішнього аудиту, відповідно до мети внутрішнього контролю якості, є вдосконалювання функціонування системи управління якістю закладу охорони здоров'я, виявлення й мобілізації резервів його поліпшення [20].

Цільовими завданнями внутрішнього аудиту можуть бути встановлення й оцінка:

результативності й ефективності лікувально-діагностичного процесу,

допоміжних процесів, процесів управління;

відповідності очікувань пацієнтів щодо результатів діагностики й лікування;

ефективності профілактичних заходів щодо несприятливих подій (дефектів) і безпеки пацієнтів/співробітників;

дотримання прав пацієнта;

дотримання прав медичних працівників;

координації дій лікувально-діагностичних відділень, залучених у виконання одного процесу;

наступності в діяльності з іншими закладами охорони здоров'я;

адекватності й точності виміру показників якості лінійними керівниками;

дотримання вимог медико-технологічних документів;

ефективності впровадження новітніх методик лікування, діагностики, профілактики, організації медичній допомоги та інші [10].

Умовою розв'язання кожного з поставлених завдань повинні бути точне встановлення стандартів і інших регламентів, на відповідність яким буде проводитися аудит, використання функцій, методів і технічних засобів контролю під час проведення аудита, формування функціонально-організаційної структури аудиту.

Останнє вимагає від керівника ухвалення управлінського рішення щодо створення відповідної організаційної матричної структури – служби внутрішнього аудиту.

Діяльність служби забезпечується власними силами закладу охорони здоров'я в межах штатного розкладу шляхом залучення компетентних у сфері аудита співробітників [10].

Наказом по закладу потрібно розробити й затвердити Положення про службу з визначенням мети її діяльності, завдань, функцій, призначенням керівника служби й особового складу, розподілом повноважень і відповідальності, затвердженням порядку діяльності й форм звітності про роботу.

Служба внутрішнього аудита повинна планувати свою роботу на основі річної програми аудита. Програмою визначаються [16]:

види аудита, які плануються на поточний рік (горизонтальний - аудит процесу з охопленням усіх задіяних в один процес відділень, вертикальний - аудит діяльності певних відділень по певному обсягу питань, комплексний - горизонтальний і вертикальний);

літній графік проведення аудитів у відділеннях/структурних підрозділах;

теми аудитів;

критерії аудита по кожній темі;

порядок проведення аудита й методи аудитування;

форми й строки подання звітності (протокол аудита);

персональний склад груп аудита і їх керівників відповідно темам аудита.

Аудит проблемних питань, процесів, структур доцільно планувати частіше, чим тих, діяльність яких добре налагоджена. Регулярність аудита необхідно планувати на підставі результатів минулих аудитів, скарг і побажань пацієнтів, співробітників, а також наявних можливостей для поліпшення якості. Усі сфери й періоди медичного обслуговування й інших видів діяльності треба вносити в програми аудита.

Із програмою аудитів необхідно ознайомлювати на початку поточного року керівників усіх структурних підрозділів медичної установи й інформувати всіх співробітників.

Особи, зараховані в групи внутрішнього аудита, - внутрішні аудитори - призначаються із числа співробітників закладу, спеціально підготовлених з питань виконання функцій внутрішнього аудиту для знаходження компетентності при проведенні аудита [10].

Відповідальною особою за організацію підготовки внутрішніх експертів-аудиторів потрібно призначити одного із заступників керівника закладу, який має вищу категорію за фахом «Організація й управління охороною здоров'я».

Порядок проведення аудита передбачає виконання наступних послідовних дій [10]:

підготовка плану аудита керівником групи аудиторів за відповідною темою;

підготовка робочих документів, необхідних для реєстрації інформації в процесі аудита (форм контрольних листків);

здійснення збору даних і перевірки інформації згідно цілями завданням і критеріям даного аудита;

встановлення відповідності зібраної інформації критеріям аудита з виявленням основних і супутніх причин невідповідностей;

здійснення аналізу отриманих даних, підготовка рекомендацій з розробки й впровадження, якщо буде потреба, корегуючих і попереджувальних дій;

підготовка протоколу аудита;

проведення наради з керівником/ми й співробітниками структурного/их підрозділу/ів, де проводився аудит, за підсумками перевірки;

підготовка звіту керівництву закладу охорони здоров'я за результатами аудита;

проведення повторної перевірки щодо усунення невідповідностей;

пропозиції керівництву щодо поліпшення діяльності за підсумками даного аудита, винагороди й заохочення співробітників у випадку досягнення високих показників діяльності.

Потрібно звернути увагу на особливості завдань аудита виконання управлінських функцій лінійними керівниками, процесів керування якістю медичної допомоги на оперативному рівні. При проведенні аудита по зазначеній темі перевіряються обсяги, види й рух інформації, що використовується в процесі управління, регулярність і обсяги експертної діяльності лінійного керівника, взаємозв'язок і наступність самоконтролю й контролю на вищих рівнях керування, планування й дотримання погодженості дій з учасниками тих самих процесів у різних відділеннях/структурних підрозділах, залучення пацієнтів до контролю якості, впровадження новітніх методик у діяльність структурного підрозділу/відділення [10].

Правильна організація аудита не приведе до значного навантаження на

співробітників-аудиторів, але надасть їм можливість брати участь у поліпшенні якості роботи й впроваджувати знання й навички, отримані під час аудиторської діяльності, у свою повсякденну діяльність на робочому місці.

### **Висновки до розділу 1**

У розділі 1 розглянуто теоретичні засади поняття медичної послуги або послуги закладів сфери охорони здоров'я.

Досліджено сутнісне наповнення поняття «послуга», визначено його ключові ознаки. Виокремлено основні відмінності, пов'язані з маркетингом і менеджментом послуг. Розглянуто особливості медичних послуг та виділено основні їх рівні.

Розглянуто поняття «якість» та запропоновано визначати якість як концепцію, що забезпечує постійне надання послуги, яка базується на технічному і функціональному аспектах. Проаналізовано систему взаємовідносин медичної установи та пацієнта щодо медичної послуги, так як пацієнт оцінює якість медичної допомоги з позицій стану свого здоров'я після лікування та ставлення до нього лікаря, тому система взаємовідносин лікаря і пацієнта має свої особливості та специфіку. Визначено складові якості медичної послуги та проведено порівняння точок зору на структуру складових.

Розглянуто методи менеджменту якості, що рекомендуються до використання технологією TQM. Досліджено сфери управління якістю медичних послуг та запропоновано додати до наявного переліку нормативно-технологічну сферу, що включає розробку і впровадження нормативно-технічної документації, яка регламентує організацію медичної допомоги і забезпечення виконання її стандарту при веденні конкретного пацієнта.

На основі виокремлених складових якості медичної послуги розроблено структуру якості медичної послуги як об'єкту управління за системоутворюючими чинниками як універсальними вимірниками зусиль медичних закладів у досягненні запланованого результату.

На сьогоднішній день діяльність закладів охорони здоров'я



регламентується стандартами якості, в яких чинне місце займають індикатори якості. Проаналізовано процес побудови та запровадження індикаторів якості медичної допомоги та запропоновано доповнити існуючий процес етапом сертифікації, який суттєво вплине на ефективність управління якістю послуг медичних закладів.

Виділено основні проблеми в сфері медичних послуг, так як вдосконалення та забезпечення високого рівня якості медичних послуг в медичній галузі України є дуже важливим питанням та потребує негайного вирішення з використанням найсучасніших управлінських та організаційно-економічних заходів щодо вдалого управління якістю послуг закладів охорони здоров'я.

Розглянуто методи, що застосовуються для оцінювання якості медичних послуг, серед яких найбільшого поширення набув метод експертних оцінок, оскільки для сфери послуг найважливішими є суб'єктивні оцінки споживачів.

Проаналізовано схему процесу контролю якості медичної допомоги, який полягає у виконанні дій, що представляють контроль як функцію керування: систематичний збір (моніторинг) інформації про діяльність, вимір (при можливості) отриманих даних і порівняння результатів з певними критеріями (оцінка).

Виділено компоненти, основні завдання та порядок проведення внутрішнього аудиту. Відповідно до мети внутрішнього контролю якості, є вдосконалювання функціонування системи управління якістю закладу охорони здоров'я, виявлення й мобілізації резервів його поліпшення

## РОЗДІЛ 2. КОМПЛЕКСНИЙ АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ ТОВ «НЕБОЗВІД»

### **2.1. Загальна характеристика та аналіз основних техніко-економічних показників діяльності підприємства**

Сьогодні ТОВ «Небозвід» багатопрофільна клініка європейського рівня для клінічного комплексного лікування і оздоровлення людини. На базі ТОВ «Небозвід» функціонують: лікувально-діагностичний центр; стоматологічний центр; центр еферентної терапії; клініка естетичної косметології; відділення невідкладної медичної допомоги на дому. Перевагою ТОВ «Небозвід» є надання пацієнтам і клієнтам повного обсягу лікувально-діагностичної, лікувально-консультативної, стоматологічної, косметологічної допомоги, сконцентрованої в одному місці [42].

Підприємство було створено в 1992 році. В 1996 році воно розрослася до повноцінного медичного центру, що складається з стоматологічного, лікувально-діагностичного, косметологічного центрів і відділень невідкладної допомоги на дому. ТОВ «Небозвід» розташований в окремому триповерховому будинку в центрі міста. Режим роботи клініки - семиденний, а відділення невідкладної допомоги функціонує цілодобово. На даний момент ТОВ «Небозвід» – одна з найвідоміших приватних клінік в Харкові. Висококваліфіковані фахівці, які використовують у своїй роботі найбільш ефективні методики, потужна діагностична база, сучасне обладнання, можливість комплексного обстеження і лікування - ось основні переваги медичного центру. Безсумнівною перевагою його є і те, що вся робота установи комп'ютеризована.

Свідченням відмінної якості послуг, що надаються ТОВ «Небозвід», є сертифікат вищої категорії акредитації. В даний час в ТОВ «Небозвід» працюють понад 70 лікарів, щорічно до нас звертаються понад 30 тисяч пацієнтів, серед яких є як приватні особи, так і організації. І для тих, і для інших в центрі передбачені вигідні варіанти лікування і обстеження.

Згідно з чинним українським законодавством комерційні структури в сфері медицини працюють медичні установи з наступними організаційно-правовими формами господарювання: акціонерні товариства; товариство з обмеженою відповідальністю; товариство з додатковою відповідальністю; повне товариство; командитне товариство, які мають відмінності і свої особливості.

Товариство з обмеженою відповідальністю - це господарське товариство, яке функціонує в Україні згідно з двох основних документів статут і установчий договір.

Статут це основний документ будь-якого суб'єкта господарювання в Україні будь-яких організаційно-правових форм господарювання, в якому наводиться підстава (законодавчо-правова база) його створення, основні напрямки діяльності, тобто положення його створення, функціонування і розвитку. Цей документ розробляється при створенні, реєструється і може лише доповнюватися у виняткових (форс-мажорних) обставин відповідно до чинної законодавчо-нормативній базі. У ньому наведено обраний предмет діяльності - це виробництво, надання послуг, виконання робіт, торгівля і т.п., також це є законною основою діяльності новостворюваного, чинного і реорганізованого суб'єкта господарювання в Україні.

Установчий договір це права і обов'язки власників і їх відповідальність у всіх сферах діяльності, функціонування і розвитку, а саме втрата коштів (майна) товариства в разі його ліквідації, реорганізації та інших заходів по самому суб'єкту господарювання. В установчому договорі для власників (засновників) товариства відповідно до їх внеску коштів (у %) відзначені відповідні права і обов'язки при вирішенні питань управління та прийняття управлінських рішень відповідно до кількості (розміру внеску) голосів засновників. Медичний центр «Еввіва» це структурний підрозділ товариство з обмеженою відповідальністю.

Організаційну структуру ТОВ «Небозвід» наведено у Додатку А.

Виходячи з структури підприємства можна дійти висновку, що дана

модель є лінійно-функціональною. Лінійно-функціональна організаційна структура управління передбачає розподіл повноважень і відповідальності за функціями управління й прийняття рішень по вертикалі. При цьому управління організоване за лінійною схемою, а функціональні підрозділи апарату управління допомагають лінійним керівникам вирішувати управлінські завдання

Основні органи управління ТОВ – це Правління діяльністю товариства і Наглядова рада. Управління може здійснюватися як безпосередньо власниками, так і найнятими робітниками.

Наглядова рада контролюючий орган, що складається не менше ніж з 3-х осіб, які здійснюють контроль витрачання коштів; надходження коштів; за дотриманням законів управління згідно нормативній базі; та інше в усіх напрямках діяльності протягом певного періоду (рік, квартал, півріччя), а в разі необхідності, і частіше.

У ТОВ «Небозвід» функціонують наступні відділення:

1. Діагностичне, де здійснюється: ультразвукова діагностика (УЗД); ЕКГ дослідження; ендоскопічні дослідження; колоноскопія; відеофіброгастро-дуоденоскопія; ректорманоскопія.

2. Терапевтичне, в якому працює сімейний лікар. У відділенні здійснюється первинний консультативний огляд і визначається доцільність призначення додаткових досліджень. Проводиться: купірування невідкладних терапевтичних станів; підбір адекватного лікування при серцево-судинних захворюваннях, добовий моніторинг АТ і ЕКГ, велгометрія, ЕКГ дослідження і т.п. Призначаються і проводяться курси проти рецидивного лікування при загостреннях хронічних захворювань в палатах денного стаціонару.

В даному відділенні надаються висококваліфіковані консультаційні послуги такими спеціалістами:

гастроентерологом по лікуванню захворювань шлунково-кишкового тракту;

педіатром щодо діагностики та лікування дитячих соматичних і

інфекційних захворювань. Для діагностування використовується сучасне обладнання, прилади, пристрої європейського рівня;

психотерапевтом надається психотерапевтична і психокоригуюча допомога і курс лікування;

невропатологом для повного обстеження та лікування неврологічних захворювань;

офтальмологом здійснюється лікування зорових розладів, визначення гостроти зору;

дерматовенерологом;

алергологом.

3. Дерматологічне відділення, де забезпечується комплексна діагностика (лабораторні дослідження, гістологія, сучасна дерматоскопія). Застосування дерматоскопа HEINE DELTA ® 20 Plus дозволяє безпомилково діагностувати дерматологічні захворювання і контролювати клінічну картину в процесі лікування. У відділенні проводиться лазерне видалення родимок, папілом, неусів, судинних зірочок і т.п.

4. Хірургічне відділення, де здійснюється: видалення неусів, ліпом, атером, врослих нігтів, комплексне лікування геморою і анальних тріщин і т.п.; ЕКГ дослідження, скринінгова лабораторна діагностика, консультативна допомога всіх фахівців з виїздом на будинок до пацієнта.

5. Стоматологічне відділення, в якому надаються послуги з профілактики, лікування, протезування, реставрації, хірургії, ортодонтології, імплантації, гігієні порожнини рота, відбілювання зубів, пародонтології, комп'ютерного та панорамного рентгену;

6. Поліклінічне відділення

Головне завдання техніко-економічного аналізу – показати динаміку зміни основних показників діяльності підприємства за два роки (2017–2018 рр.). Техніко-економічний аналіз відображає зміну показників в абсолютному і відносному значенні. Фінансова звітність наведена в Додатку Б. Всі розрахунки проведено в MS Excel, скріншоти розрахунків додано в

Додатку В.

Основні техніко-економічні показники діяльності ТОВ «Небозвід» представлені у табл.2.1.

Таблиця 2.1

Основні техніко-економічних показників діяльності ТОВ «Небозвід»

№ з/п	Показники	Од. виміру	Період		Зміна	
			2017	2018	в абс. виразі (+,-)	в %
1	Обсяг товарної продукції без ПДВ в діючих цінах	тис. грн	45,0	73,0	28,0	62,2
2	Собівартість реалізованої продукції	тис. грн	9 536,0	11 752,0	2 216,0	23,2
3	Адміністративні витрати	тис. грн	1 762,0	2 230,0	468,0	26,6
4	Витрати на збут	тис. грн	2 263,0	2 964,0	701,0	31,0
5	Інші операційні витрати	тис. грн	55,0	47,0	-8,0	-14,5
6	Середньоспискова чисельність працівників	осіб	204	194	-10	-4,9
7	Фонд оплати праці	тис. грн	1 620,0	2 024,0	404,0	24,9
8	Чистий прибуток	тис. грн	693,0	556,0	-137,0	-19,8
9	Основні засоби	тис. грн	1 999,0	2 916,0	917,0	45,9
10	Матеріальні витрати	тис. грн	4 297,0	5 656,0	1 359,0	31,6

Потрібно відзначити, що компанія ТОВ «Небозвід» збільшила обсяг товарної продукції в 2018 році на 62,2% в порівнянні з 2017 роком. В 2018 році собівартість реалізованої продукції збільшилась на 23,2% в порівнянні з 2017 роком. Матеріальні витрати збільшилися на 31,6% в 2018 році в порівнянні з 2017 роком. Середньоспискова чисельність працівників знизилася на 4,9% в 2018 році в порівнянні з 2017 роком і становила 194 працівника.

Собівартість реалізованої продукції в 2018 році збільшився на 23,2% внаслідок зростання адміністративних витрат на 26,6 %, витрат на збут на 31% та збільшення фонду оплати праці на 24,9%. Внаслідок чого чистий прибуток підприємства у 2018 році знизився на 19,8%, проте відбулося суттєве збільшення основних засобів на 45,9 % у 2018 році в порівнянні з 2017 роком.

Для більш детального аналізу діяльності підприємства необхідно

розрахувати наступні показники: продуктивність праці, матеріаловіддача, матеріалоємність, фондівіддача, фондоємність, витрати на 1 гривню товарної продукції, рентабельність виробництва, продукції. Розглянемо їх більш детально.

1. Продуктивність праці характеризується кількістю продукції (об'ємом робіт, послуг) в грошовому або натуральному вимірюванні, що виробляється одним працівником:

$$ПП = \frac{V}{Ч}; \quad (2.1)$$

де ПП – продуктивність праці, тис.грн./особу;

V – обсяг товарної продукції, тис. грн.;

Ч – середньоспискова чисельність працівників, осіб

2. Матеріаловіддача характеризує віддачу матеріалів, тобто скільки випущено продукції з кожної гривні застосованих матеріальних ресурсів (сировини, палива, енергії і т. д.):

$$M_T = \frac{ВП}{МВ}; \quad (2.2)$$

де M<sub>T</sub> – матеріаловіддача, грн./грн.;

МВ – сума матеріальних витрат, тис. грн.;

ВП – вартість випущеної продукції, тис. грн.

3. Матеріаломісткість показує, скільки матеріальних витрат припадає фактично на виробництво одиниці продукції:

$$M_T = \frac{МВ}{ВП}; \quad (2.3)$$

де M<sub>T</sub> – матеріалоємність, грн./грн.;

МВ – сума матеріальних витрат, тис. грн.;

ВП – вартість випущеної продукції, тис. грн..

4. Фондовіддача – показник ефективності використання основних виробничих фондів, який характеризує обсяг виробленої підприємством продукції у вартісних вимірниках одиницею основних виробничих фондів:

$$\Phi_{\text{В}} = \frac{Q}{\text{ОФ}}; \quad (2.4)$$

де  $\Phi_{\text{В}}$  – фондовіддача, грн./грн;

$Q$  – обсяг товарної продукції, тис. грн.;

$\text{ОФ}$  – середньорічна вартість основних виробничих фондів, тис. грн.

5. Фондомісткість – показник, зворотний показнику фондовіддачі, тобто він показує на співвідношення вартості основних виробничих фондів до обсягу випущеної продукції:

$$\Phi_{\text{Є}} = \frac{1}{\Phi_{\text{В}}}; \quad (2.5)$$

де  $\Phi_{\text{Є}}$  – фондоємність, грн./грн;

$\Phi_{\text{В}}$  – фондовіддача, грн./грн

6. Витрати на одну гривню продукції визначаються як відношення планових чи фактичних витрат на виготовлення продукції до її вартості в порівняльних цінах підприємства.

7. Рентабельність продукції характеризує ефективність реалізації продукції (товарів, робіт та послуг).

Результат техніко-економічного аналізу основних показників діяльності ТОВ «Небозвід», за наведеними формулами, представлений у табл.2.2.



## Показники ефективності діяльності підприємства

№	Показники	Од. виміру	Період		Зміна	
			2017	2018	в абс. виразі (+,-)	у %
1	Продуктивність праці	грн./особа	0,22	0,38	0,16	70,58
2	Матеріаловіддача	грн./грн.	95,49	77,48	-18,01	-18,86
3	Матеріалоємність	грн./грн.	0,01	0,01	0,00	23,24
4	Фондовіддача	грн./грн.	0,02	0,03	0,00	11,21
5	Фондоємність	грн./грн.	44,42	39,95	-4,48	-10,08
6	Рентабельність виробництва, продукції.	%	11,50	6,86		

Показники матеріалоємності та матеріаловіддачі в двох аналізованих роках мають приблизно однакові значення, адже показники товарної продукції та оборотних коштів виросли приблизно пропорційно.

Продуктивність праці в 2018 році збільшилася на 70,58% в порівнянні з 2017 роком, матеріаловіддача знизилась на 18,86% у 2018 році. Матеріалоємність залишилася незмінною.

З однієї сторони діяльність ТОВ «Небозвід» в 2018 році порівняно з 2017 роком була не такою успішною, це зумовлено зниженням рівня прибутку та рентабельності продукції. Але за 2018 рік підприємство досягло значного збільшення вартості основних фондів, що привело до підвищення показників фондоємності та фондоозброєності більш ніж в два рази. Тобто компанія пожертвувала короткостроковим прибутком заради покращення матеріальної та виробничої баз.

## 2.2. Фінансовий аналіз діяльності підприємства

Горизонтальний аналіз базується на вивченні динаміки окремих фінансових показників у часі. В процесі використання цієї системи аналізу розраховуються темпи зростання (приросту) окремих показників фінансової

звітності за ряд періодів і визначаються загальні тенденції їх зміни. Найбільшого поширення набули такі види горизонтального аналізу:

1. Зіставлення фінансових показників звітного періоду з показниками попереднього періоду.

2. Зіставлення фінансових показників звітного періоду з показниками аналогічного періоду минулого року. Застосовується на підприємствах з яскраво вираженими сезонними особливостями господарської діяльності.

3. Зіставлення фінансових показників за ряд попередніх періодів. Метою даного аналізу є виявлення тенденцій зміни окремих показників.

Результати горизонтального аналізу дозволяють не тільки аналізувати зміну окремих показників, але і прогнозувати їх значення. Цінність результатів горизонтального аналізу істотно знижується в умовах інфляції.

Вертикальний (структурний) аналіз базується на структурному розкладанні окремих показників фінансової звітності підприємства. Найбільшого поширення набули такі види вертикального аналізу:

1. Структурний аналіз активів. В процесі цього аналізу визначається питома вага оборотних і необоротних активів, їх елементний склад. Результати аналізу використовуються в процесі оптимізації складу активів підприємства.

2. Структурний аналіз капіталу. У процесі аналізу визначаються питома вага використовуваного підприємством власного і позикового капіталу за складом, видами та періодами надання. Результати аналізу використовуються для оцінки фінансового левериджу (важеля), визначення середньозваженої вартості капіталу, оптимізації структури джерел формування позикових фінансових ресурсів та інших випадках.

3. Структурний аналіз грошових потоків. В процесі цього аналізу в складі загального грошового потоку виділяють грошові потоки по операційній, інвестиційній та фінансовій діяльності підприємства, в складі кожного з цих видів грошового потоку більш глибоко структурується надходження і витрачання грошових коштів, склад залишку грошових активів по окремих його елементів.

Результати горизонтального та вертикально аналізу розміщено в табл. 2.3.

Таблиця 2.3

## Результати горизонтального та вертикально аналізу

Актив	2017	2018	Горизонтальний аналіз		Вертикальний аналіз		
			2018	Зміна	2017	2018	Зміна
1	2	3	4	5	6	7	8
I. Необоротні активи							
Нематеріальні активи	3,0	2,0	66,67	-33,33	0,02	0,01	-0,01
первісна вартість	7,0	7,0	100,00	0,00	0,06	0,05	-0,01
накопичена амортизація	4,0	5,0	125,00	25,00	0,03	0,04	0,00
Незавершені капітальні інвестиції	429,0	438,0	102,10	2,10	3,55	3,17	-0,38
Основні засоби	1 999,0	2 916,0	145,87	45,87	16,53	21,09	4,56
первісна вартість	6 583,0	8 306,0	126,17	26,17	54,44	60,07	5,63
знос	4 584,0	5 390,0	117,58	17,58	37,91	38,98	1,07
Довгострокові фінансові інвестиції:			100,00	0,00	0,14	0,12	-0,02
які обліковуються за методом участі в капіталі інших підприємств	17,0	17,0					
Усього за розділом I	2 448,0	3 373,0	137,79	37,79	20,24	24,39	4,15
Запаси	45,0	73,0	162,22	62,22	0,37	0,53	0,16
Виробничі запаси	45,0	73,0	162,22	62,22	0,37	0,53	0,16
Інша поточна дебіторська заборгованість	9 462,0	10 145,0	107,22	7,22	78,25	73,37	-4,88
Гроші та їх еквіваленти	49,0	84,0	171,43	71,43	0,41	0,61	0,20
Рахунки в банках	40,0	79,0	197,50	97,50	0,33	0,57	0,24
Витрати майбутніх періодів	3,0		0,00	-100,00	0,02	0,00	-0,02
Усього за розділом II	9 644,0	10 454,0	108,40	8,40	79,76	75,61	-4,15
Баланс	12 092,0	13 827,0	114,35	14,35	100,00	100,00	
Пасив							
I. Власний капітал							

1	2	3	4	5	6	7	8
Зареєстрований (пайовий) капітал	2 640,0	2 640,0	100,00	0,00	21,83	19,09	-2,74
Нерозподілений прибуток (непокритий збиток)	1 667,0	1 572,0	94,30	-5,70	13,79	11,37	-2,42
Неоплачений капітал	769,0	769,0	100,00	0,00	6,36	5,56	-0,80
Усього за розділом I	5 076,0	4 981,0	98,13	-1,87	41,98	36,02	-5,95
Довгострокові кредити банків	4 103,0	2 828,0	68,93	-31,07	33,93	20,45	-13,48
Усього за розділом II	4 103,0	2 828,0	68,93	-31,07	33,93	20,45	-13,48
Дебіторська заборгованість за товари, роботи, послуги	8 182,0	10 348,0	126,47	26,47	67,66	74,84	7,17
розрахунками з бюджетом	5,0	29,0	580,00	480,00	0,04	0,21	0,17
у тому числі з податку на прибуток		19,0		19,00	0,00	0,14	0,14
розрахунками зі страхування	22,0	18,0	81,82	-18,18	0,18	0,13	-0,05
розрахунками з оплати праці	48,0	66,0	137,50	37,50	0,40	0,48	0,08
Інші поточні зобов'язання	320,0	1 050,0	328,13	228,13	2,65	7,59	4,95
Усього за розділом III	8 577,0	11 530,0	134,43	34,43	70,93	83,39	12,46
Баланс	12 092,0	13 827,0	114,35	14,35	100	100	

Проаналізувавши отримані дані горизонтального та вертикального аналізу активів, можна дійти висновку, що на підприємстві відбулося збільшення необоротних активів на 37,79% за рахунок суттєвого зростання основних засобів на 45,87% в 2018 році в порівнянні з 2017 роком та зростання первісної вартості на 26,17%. Проте знизилися нематеріальні активи на 33,33% в 2018 році в порівнянні з 2017 роком.

Оборотні активи також зросли в 2018 році на 8,4% в порівнянні з 2017 роком за рахунок збільшення запасів на 63,22%, іншої поточної дебіторської заборгованості на 7,22%, грошей на 71,43% та рахунків в банку на 97,5% в 2018 році в порівнянні з 2017 роком.

Розглядаючи частку окремих категорій в активі, можна зробити висновок, що найсуттєвішу частину активів займають основні засоби (16,53% у

2017 році, 21,09% у 2018 році), та інша поточна дебіторська заборгованість (78,25% у 2017 році, 73,37% у 2018 році).

Проаналізувавши дані пасиву можна зробити висновок, що власний капітал у 2018 році знизився на 1,87% в порівнянні з 2017 роком, довгострокові зобов'язання знизилися на 31,07%, короткострокові зобов'язання зросли на 34,43%.

Найсуттєвішу частку в пасиві займає зареєстрований капітал (21,83% в 2017 році, 19,09% в 2018 році), довгострокові кредити банків (33,93% в 2017 році, 20,45% в 2018 році) та дебіторська заборгованість за товари, роботи, послуги (67,66% в 2017 році, 74,84% в 2018 році).

Показники оцінки платоспроможності та ліквідності. Дані показники характеризують можливість підприємства своєчасно розраховуватися за своїми поточними фінансовими зобов'язаннями за рахунок оборотних коштів різного рівня ліквідності. Основними показниками цієї групи є:

загальний коефіцієнт покриття (нормативне значення  $1 \div 2$ ):

$$K_1 = \frac{OA}{ПЗ} \quad (2.6)$$

де OA – оборотні активи;

ПЗ – поточні зобов'язання.

Дозволяє встановити поточний фінансовий стан підприємства і виявити чи здатне воно погасити свої короткострокові зобов'язання за рахунок оборотних коштів. Якщо  $K_1 < 1$ , то у підприємства немає достатньої кількості коштів для погашення своїх поточних зобов'язань, а це свідчить про наявність фінансового ризику і загрози банкрутства. Низький рівень показника може бути наслідком труднощів у реалізації продукції.

Якщо  $K_1 > 3$ , то у підприємства коштів більше, ніж воно може ефективно використовувати. Це може свідчити також про нерациональну структуру капіталу і наявності дорогих фінансових ресурсів;

поточний коефіцієнт покриття (норма більше 1). Показує відношення високоліквідних коштів до короткострокової заборгованості і свідчить про здатність підприємства швидко погасити свої поточні зобов'язання:

$$K_2 = \frac{OA - З}{ПЗ} \quad (2.7)$$

де З – запаси.

показник абсолютної платоспроможності (норма  $\geq 0,2$ ). Показує, в якій мірі всі поточні зобов'язання підприємства забезпечені наявними в нього готовими засобами платежу:

$$K_3 = \frac{ГК}{ПЗ} \quad (2.8)$$

де ГК – грошові кошти.

показник співвідношення дебіторської та кредиторської заборгованості (норма  $> 1$ ). Характеризує співвідношення розрахунків за цими видами заборгованості підприємства:

$$K_4 = \frac{ДЗ}{КЗ} \quad (2.9)$$

де ДЗ – дебіторська заборгованість;

КЗ – кредиторська заборгованість.

Також в даній групі розраховується значення абсолютного показника – розмір власних оборотних коштів (ВОК). Він показує, яку кількість власних коштів вкладено в фінансування оборотних коштів і визначається за формулою:

$$ВОК = ВК - НА \quad (2.10)$$

де ВК – власний капітал;

НА – необоротні активи.

Якщо  $ВOK < 0$ , то у підприємства усі оборотні кошти профінансовані за рахунок позикового капіталу, що є негативним фактором.

Таблиця 2.4

Розрахунок показників платоспроможності та ліквідності  
за 2017 та 2018 роки

Показник	2017	2018
Загальний коефіцієнт покриття	1,12	0,91
Поточний коефіцієнт покриття	1,12	0,90
Показник абсолютної платоспроможності	0,01	0,01
Розмір власних оборотних коштів ВОК	2628,00	1608,00

Показники оцінки фінансової стійкості. Показники даної групи дозволяють виявити рівень фінансового ризику, пов'язаного зі структурою джерел формування капіталу підприємства, відповідно і ступінь його фінансової стабільності в процесі майбутнього розвитку. Основними показниками цієї групи є:

коефіцієнт автономії (норматив  $\geq 0,5$ ). Показує, в якій мірі обсяг використовуваних підприємством активів сформований за рахунок власного капіталу і наскільки воно незалежно від зовнішніх джерел фінансування:

$$K_5 = \frac{ВК}{Б} \quad (2.11)$$

де Б – баланс.

Коефіцієнт фінансування (норматив  $< 1$ ). Характеризує обсяг залучених позикових коштів на одиницю власного капіталу, тобто ступінь залежності підприємства від зовнішніх джерел фінансування:

$$K_6 = \frac{ПК}{ВК} \quad (2.12)$$

де ПК – позиковий капітал.

показник поточної заборгованості характеризує частку короткострокового позикового капіталу в загальній сумі капіталу:

$$K_7 = \frac{ПЗ}{Б} \quad (2.13)$$

показник структури довгострокових вкладень показує, яка частина основних фондів та інших необоротних активів профінансована зовнішніми інвесторами, тобто в деякому роді належить їм, а не власникам підприємства:

$$K_8 = \frac{ДЗЗ}{НА} \quad (2.14)$$

де ДЗЗ – довгострокові зобов'язання і забезпечення.

Проаналізовано відносні показники фінансової стійкості підприємства за 2017-2018 рік (табл.2.5).

Таблиця 2.5

## Аналіз відносних показників фінансової стійкості

Показник	2017	2018
Коефіцієнт автономії	0,29	0,26
Коефіцієнт фінансування	0,01	0,02
Показник поточної заборгованості	0,48	0,60

Ще слід відзначити, що в 2018 році відбулося зниження всіх показників ліквідності та платоспроможності. Як бачимо рівень показників ліквідності та платоспроможності за 2017 і 2018 роки є набагато відхиленням від нормативів, тобто знову можна сказати, що підприємство не може вільно погасити свої короткострокові зобов'язання.

Коефіцієнт реальної вартості майна перебуває в нормативному діапазоні. Також слід відзначити, що в 2017 і 2018 роках підприємство не могло на



нормативному рівні забезпечити власними коштами величину оборотних активів.

Коефіцієнт фінансової автономії поступово зменшується и не може наблизитись до нормативного значення. Тому можна констатувати високу залежність від зовнішніх кредиторів. Але все таки, щоб у підприємства не було проблем з отриманням кредитів потрібно вивести даний показник на рівень менший за 1.

Показники оцінки оборотності коштів. Дані показники характеризують наскільки швидко сформовані активи, капітал і його окремі елементи обертаються в процесі господарської діяльності підприємства. Певною мірою вони є індикатором його ділової активності. Основними показниками цієї групи є:

показник оборотності активів свідчить про швидкість оборотності активів протягом року і характеризує ефективність використання підприємством всіх наявних ресурсів незалежно від джерел їх залучення. Цей коефіцієнт показує скільки разів на рік (число обертів) здійснюється повний цикл виробничо-збутової діяльності або скільки грошових одиниць реалізованої продукції припадає на одну грошову одиницю активів:

$$K_9 = \frac{B}{A} \quad (2.15)$$

де  $B$  – виручка;

$\bar{A}$  – середньорічна вартість активів.

показник оборотності дебіторської заборгованості показує наскільки швидко підприємство одержує платежі за рахунками дебіторів, а саме, скільки разів в середньому на рік дебіторська заборгованість перетворювалася в кошти:

$$K_{10} = \frac{B}{\bar{ДЗ}} \quad (2.16)$$

де  $\bar{ДЗ}$  – середньорічна дебіторська заборгованість.

період обороту дебіторської заборгованості. Вимірюється в днях. Підприємства встановлюють свій нормативний термін погашення рахунків, який, як правило, становить 30 днів. Тому реальний термін погашення дебіторської заборгованості зазвичай порівнюється з нормативним терміном і, якщо він набагато перевищує норматив, підприємство вживає відповідних заходів щодо ліквідації дебіторської заборгованості. Даний показник також часто порівнюють з періодом обороту кредиторської заборгованості:

$$K_{11} = \frac{360 \text{ діб}}{K_{10}} \quad (2.17)$$

показник оборотності кредиторської заборгованості показує, скільки потрібно оборотів для оплати виставлених підприємству рахунків і векселів, тобто як швидко підприємство погашає свої зобов'язання перед кредиторами:

$$K_{12} = \frac{C/C}{\overline{KЗ}} \quad (2.18)$$

де  $C/C$  – собівартість;

$\overline{KЗ}$  – середньорічна кредиторська заборгованість.

період обороту кредиторської заборгованості показує оборотність кредиторської заборгованості в днях, тобто розраховується за яку кількість днів відбувається один оборот кредиторської заборгованості:

$$K_{13} = \frac{360 \text{ діб}}{K_{12}} \quad (2.19)$$

Низька оборотність кредиторської заборгованості може мати негативні середньострокові наслідки для підприємства. Також важлива оцінка в динаміці і зміна протягом періоду. В табл. 2.6. наведено результати розрахунків показників оборотності коштів.

## Показники оборотності коштів

Показник	2017	2018
Показник оборотності активів	1,12	2,49
Показник оборотності дебіторської заборгованості	1,54	1,70
Період обороту дебіторської заборгованості	233,68	211,84

В 2018 році коефіцієнт оборотності активів склав 2,49. В 2018 році показник оборотності дебіторської заборгованості склав 1,70, що на 0,16 (10%) більше, ніж у 2017 році. В 2018 році період обороту дебіторської заборгованості склав 211,84 дня, що на 21,82 дня менше, ніж у 2017 році.

Показники оцінки рентабельності. Дані показники характеризують здатність підприємства генерувати необхідний прибуток в процесі своєї господарської діяльності і визначають загальну ефективність використання активів і вкладеного капіталу. Основними показниками цієї групи є:

показник рентабельності активів. Характеризує рівень чистого прибутку, що генерується всіма активами підприємства, що знаходяться у використанні:

$$K_{14} = \frac{\text{ЧП}}{A} \times 100\% \quad (2.20)$$

де ЧП – чистий прибуток.

показник рентабельності власного капіталу. Характеризує рівень прибутковості власного капіталу, вкладеного в підприємство. Зміна цього показника відбивається на котируваннях акцій суб'єкта господарювання на фондових біржах. Він також часто порівнюється з можливим отриманням доходу від вкладення коштів в цінні папери або з відсотками закладами в банку:

$$K_{15} = \frac{\text{ЧП}}{\text{ВК}} \times 100\% \quad (2.21)$$

показник рентабельності продажів. Характеризує прибутковість операційної (виробничо-комерційної) діяльності:

$$K_{16} = \frac{\text{ЧП}}{\text{В}} \times 100\% \quad (2.22)$$

Аналіз показників рентабельності діяльності підприємства переставлений в табл. 2.7.

Таблиця 2.7

Розрахунок рентабельності діяльності підприємства за 2017-2018 роки

Показник	2017	2018
Показник рентабельності активів	15,93	10,80
Показник рентабельності власного капіталу	18,97	15,00
Показник рентабельності продажів	6,61	4,33

Показники рентабельності діяльності підприємства зменшились в 2018 році. Це зумовлено тим, що в 2017 році підприємство отримало найбільш високі показники прибутку порівняно з 2018 роком. На кінець 2018 року показники рентабельності виробництва складають 15%, а рентабельності продаж – 4,33%, що можна вважати задовільним результатом, який дозволяє резервувати кошти на розвиток виробництва.

### 2.3. Аналіз управління якістю послуг підприємства

Вся робота медичного центру спрямована на надання медичної допомоги, збереження і підтримання здоров'я людини, профілактику захворювань і т.п. Висока якість медичного обслуговування підтверджено сертифікатом якості, акредитованих Міністерством охорони здоров'я України по вищій категорії.

Організація проведення контролю якості медичної допомоги в МЦ «Еввіва» ТОВ «Небозвід» передбачає досягнення мети контролю шляхом виконання його завдань суб'єктами організаційної структури з використанням методів і технічних засобів контролю на основі визначених критеріїв. Контроль

повинен носити безперервний характер на рівні самоконтролю, оперативному і стратегічному рівнях управління закладом охорони здоров'я.

На рис. 2.1 представлено організаційну структуру підрозділу управління якістю.

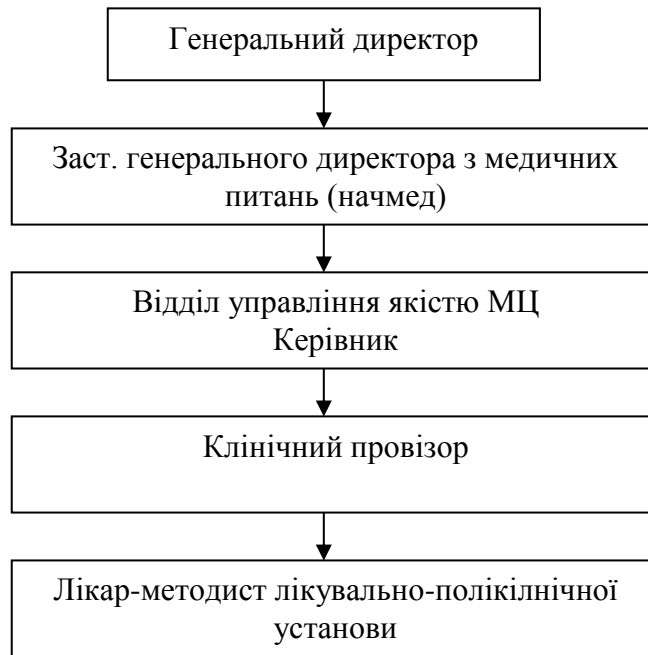


Рис. 2.1 Організаційна структура підрозділу управління якістю МЦ «Еввіва» ТОВ «Небозвід»

В МЦ «Еввіва» ТОВ «Небозвід» розроблено і запроваджено власну систему контролю якості медичних послуг. З метою забезпечення високого рівня якості надання медичної допомоги та підвищення відповідальності за її надання адміністрацією медичного центру виданий наказ «Щодо організації контролю якості медичних послуг». Керівництвом медичного центру проводиться політика в галузі якості, що спрямована на максимальне задоволення вимог споживачів. В закладі створена та діє медична рада у відповідності до Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 №1752 [35].

Робота відділу управління якістю у ТОВ «Небозвід» ґрунтується на ряді принципів, які наведено на рис. 2.2.

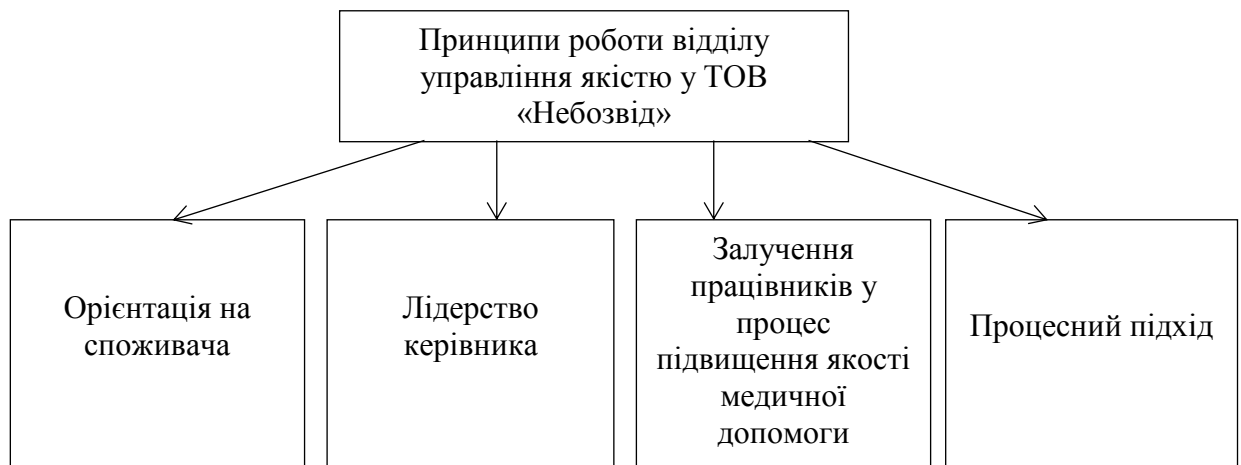


Рис. 2.2 Принципи роботи відділу управління якістю у ТОВ «Небозвід»

### Принцип 1. Орієнтація на споживача

У ТОВ «Небозвід», як і в іншій будь-якій організації, крім кінцевого споживача медичних послуг є численні споживачі допоміжних і проміжних послуг. Так, медичний працівник є споживачем інформації, послуг зв'язку й транспорту, видаткових матеріалів до медичного встаткування і т.д. Успіх діяльності будь-якої організації залежить від споживачів, як зовнішніх, так і внутрішніх, тому необхідно розуміти їхні поточні й прогнозувати майбутні потреби. Без обліку й задоволення запитів внутрішніх споживачів в установах охорони здоров'я неминуче знижується якість лікувально-діагностичного процесу. Без задоволення потреб споживача медичних послуг взагалі губиться зміст функціонування системи охорони здоров'я як такий.

### Принцип 2. Лідерство керівника

Керівник відділу забезпечує високу якість медичної допомоги. Із цією метою формується внутрішнє середовище організації, в якому працівники активно залучені до вирішення зазначеного завдання. Для цього:

розробляється відповідна політика й план дій, визначається стратегія й тактика, основні цілі й завдання в області підвищення культури і якості медичної допомоги,

формується відповідні ідеологія й соціально-психологічний мікроклімат у трудовому колективі;

здійснюється популяризація політики й цілей в області якості медичної допомоги у всій організації для підвищення усвідомлення, мотивації й залучення персоналу;

орієнтація на споживачів у всій організації;

впроваджуються процеси, що дозволяють виконувати вимоги споживачів і інших зацікавлених сторін і досягати цілей в області якості;

розробляється, впроваджується й підтримується в робочому стані ефективна система медичної якості для досягнення цілей в області якості.

Принцип 3. Залучення працівників у процес підвищення якості медичної допомоги.

Працівники всіх рівнів становлять основу організації медичної допомоги, тому визначаються їхні потреби й очікування, задоволеність роботою, бажання професійного росту, що допоможе забезпечити найбільш повне залучення їх у виробничий процес і підвищення трудової мотивації. Підвищення якості медичної допомоги можливо тільки через активне залучення медпрацівників і їх підтримку політики якості. Для цього необхідно заохочувати ініціативну трудову поведінку й професійний розвиток працівників за допомогою:

розробки індивідуальних і групових цілей, менеджменту виконання процесу й оцінювання результатів;

з'ясування причин приходу працівників в організацію і їх звільнення.

Керівником установи охорони здоров'я створено культурне середовище, що сприяє залученню працівників в активний пошук можливостей поліпшення лікувально-профілактичного процесу, показників діяльності й характеристик медичних і інших послуг.

Принцип 4. Процесний підхід. Являє собою потужний методологічний інструмент вивчення й удосконалювання діяльності будь-якої організації. Однак на практиці його реалізація виявляється не такою простою справою. Необхідно розглядати процесний підхід як своєрідну технологію моделювання. Бажаний результат досягається швидше й ефективніше, коли діяльністю й відповідними ресурсами управляють як процесом.

Внутрішній контроль якості в МЦ «Еввіва» ТОВ «Небозвід» організовується на принципах безперервного її підвищення і здійснюється шляхом експертизи відповідності якості наданої допомоги вимогам державних галузевих стандартів медичної допомоги (медичних стандартів, клінічних протоколів, табелів оснащення), нормативів, уніфікованих та локальних клінічних протоколів і здійснюється шляхом моніторингу за визначеними індикаторами використання медико-організаційних технологій та стандартів медичної допомоги.

Система контролю якості в МЦ «Еввіва» ТОВ «Небозвід» є трирівневою та представлена на рис. 2.3.

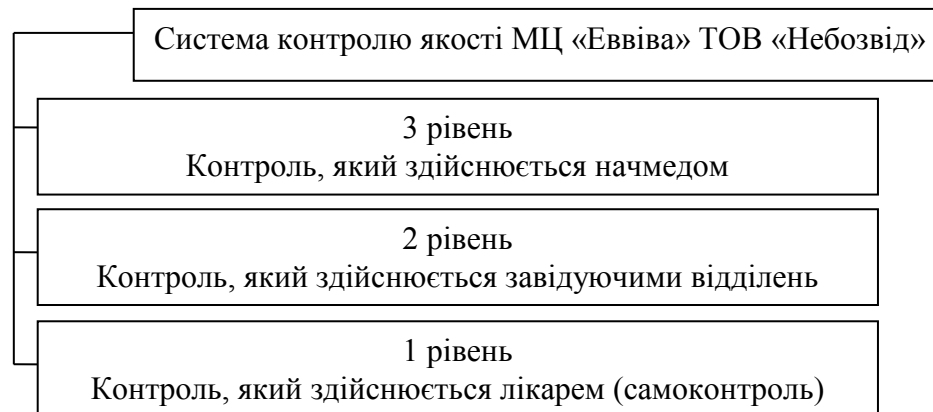


Рис. 2.3 Система контролю якості у МЦ «Еввіва» ТОВ «Небозвід»

Самоконтроль якості покладається на безпосередніх виконавців – лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою згідно профілю діяльності і розподілу відповідальності та повноважень. Принцип самоконтролю заснований на постійному дотриманні виконавцями вимог/рекомендацій діючих регламентів (інструкцій, нормативів, клінічних протоколів, формулярів та інших) і порівнянні фактичних результатів власної діяльності з встановленими нормативами в режимі реального часу [32].

Результати самоконтролю заносяться до «Карті самоконтролю процесу лікувально-діагностичної допомоги/допоміжного процесу».

Оцінка якості медичних послуг проводиться у відповідності до наступних



індикаторів, встановлених наказом МОЗ України від 28.12.2002 № 507 [34]:

задоволеність наданням медичної допомоги в медичному центрі (за даними опитування пацієнтів);

частота скарг на медичну допомогу.

Рівень задоволеності пацієнтів визначається анкетуванням, вибіркоким опитуванням, тощо. Зазначена система контролю якості медичних послуг забезпечує постійне підвищення рівня якості медичних послуг та належний рівень захисту прав пацієнтів.

Узагальнення і аналіз досвіду роботи МЦ «Еввіва» ТОВ «Небозвід» з розробки та впровадження системи контролю якості дозволили виявити, поряд з позитивними сторонами, і ряд недоліків. Характерними недоліками забезпечення якості послуг МЦ «Еввіва» ТОВ «Небозвід» є:

слабий взаємозв'язок між якістю послуг, що надаються і стимулюванням його підвищення;

відсутність системного підходу до вирішення проблем підвищення якості послуг;

відсутня аналітична робота по виявленню причин незадоволення якістю наданих послуг

відсутнє планування якості

Аналіз проблем в управлінні якістю медичних послуг в МЦ «Еввіва» ТОВ «Небозвід» показав, що проблеми пов'язані з діяльністю менеджера з персоналу та керівника відділу управління якістю.

Ефективні керівники охорони здоров'я постійно прагнуть до вдосконалювання всіх аспектів діяльності організації, не забуваючи концентрувати свою увагу, чинності й ресурси на розв'язання, насамперед, пріоритетних завдань. Вони чітко уявляють собі роботу своїх установ як систему взаємозалежних і взаємодіючих динамічних процесів. Їхній системний підхід до керування спрямований на координацію всіх аспектів діяльності організації. ТОВ «Небозвід» здійснює діяльність на висококонкурентному ринку. З метою з'ясування положення ТОВ «Небозвід» на ринку виділено основні конкуренти

підприємства, які наведено в табл. 2.8.

Таблиця 2.8

Основні конкуренти ТОВ «Небозвід» та їх основні напрямки

Медичний центр	Основні напрямки надання послуг
Доктор Алекс	Педіатрія, хірургія, стоматологія, косметологія, кабінети ультразвукового дослідження; рентгенологічний кабінет
Он Клінік	Урологія; проктологія; гінекологія; дерматологія; трихологія; отоларингологія; терапія; ендокринологія; маммологія; хірургія; неврологія; кардіологія; флебологія; ревматологія; гематологія; інтимна пластика; гастроентерологія; аналізи; інфекційне відділення; ендоскопія.
Нейрон	Ендокринологія, неврологія, психіатрія, кінезотерапія, терапія, педіатрія, ортопедія, ЛОР та полісомнографія
Пульс	Педіатрія, кардіологія, флебологія, гінекологія, отоларинголог (ЛОР), гастроентерологія, хірургія, урологія, дерматологія.

Доктор Алекс - це багатопрофільна клініка в Харкові. У клініці є відділення педіатрії, хірургії, стоматології, косметології. Тут працює лабораторія; кабінети ультразвукового дослідження (три УЗД апарату експертного класу з 3D-зображенням); рентгенологічний кабінет оснащений сучасними рентген апаратами, мультиспіральному комп'ютерним томографом Aquilion 16 виробництва компанії Toshiba (Японія). Крім того, при обстеженні пацієнтів використовуються ЕКГ, добовий моніторинг ЕКГ і АТ, реовазографія, електроміографія, аудіометрія, фіброгастроскоп, кольпоскопія, гістероскопія, спірографія, цистоскопія, електроенцефалографія і багато іншого.

Медичний центр «ОН Клінік Харків» є представником Міжнародної мережі медичних центрів, заснованої в Ізраїлі в 1987 р. Всі кращі методики лікування, останні медичні розробки і сучасне технічне обладнання - доступні кожному жителю Харкова. Медичний центр «ОН Клінік Харків» спеціалізується на безопераційних і безболісних методиках лікування захворювань за такими напрямками: урологія; проктологія; гінекологія; дерматологія; трихологія; отоларингологія; терапія; ендокринологія; маммологія; хірургія; неврологія; кардіологія; флебологія; ревматологія;

гематологія; інтимна пластика; гастроентерологія; аналізи; інфекційне відділення; ендоскопія.

Також медичному центрі можна пройти комплексну діагностику (ВЕГДС, колоноскопія), УЗД і здати аналізи.

Багатопрофільний медичний діагностичний центр «Нейрон» з 2000 року надає допомогу населенню в постановці діагнозів і лікування захворювань в області ендокринології, неврології, психіатрії, кінезотерапії, терапії, педіатрії, ортопедії, ЛОР та полісомнографії. Штат налічує 25 фахівців переважно вищої категорії і кандидатів наук.

Підприємство проводить УЗД діагностику всіх систем і органів, в тому числі нейросонографію, доплерографію, кістково-суглобовий УЗД, в тому числі дітей першого року життя, і ЕНМГ (електронеуроміографія).

На базі центру Нейрон працює лабораторія функціональної діагностики нервових хвороб (ЕЕГ, РЕГ, ЕХО-ЕС). У нас можна пройти тривалий ЕЕГ відеомоніторинг при різних недиференційованих випадках.

За допомогою полісомнографії ви можете вирішити проблеми з порушенням сну, хропінням і нічними апное. Можливо провести пробне дослідження з СПАП і лабораторним парканом аналізів.

Центр надає екстрену допомогу, проводимо внутрішньовенні, внутрішньом'язові ін'єкції, а так само паравертебральну і триггерну терапії методом гомеосінеартрії і блокади.

Медичний центр «Пульс» надає широкий спектр найрізноманітніших медичних послуг від поглибленої діагностики до профілактики і лікування різних захворювань у жінок і чоловіків.

У медичному центрі прийом ведуть фахівці з широкого спектру консультативно-діагностичних і лікувальних напрямків: педіатр, кардіолог, флеболог, гінеколог, отоларинголог (ЛОР), гастроентеролог, хірург, уролог, дерматолог.

Приватна клініка пропонує широкий спектр послуг:

всі види ультразвукової діагностики (шлунка і кишечника, вагітних,

серця, судин, суглобів, молочної залози, органів малого таза у чоловіків і жінок та ін.);

консультації професіоналів в області медицини (педіатр, кардіолог, флеболог, гінеколог, ЛОР, гастроентеролог, хірург, уролог, дерматолог);

сучасне лікування таких хвороб, як варикоз, гіпергідроз, венозна сіточка, мігрень, біль у спині і суглобах;

позбавлення від делікатних проблем: родимок, бородавок, папілом;

послуги медсестри (маніпуляції, дитячий масаж);

функціональна діагностика (спірографія, ЕКГ, ергокардіоспірометрія).

Таким чином, будь-яка діяльність, у якій використовуються ресурси для перетворення входів у виходи, може розглядатися як процес. Щоб ефективно функціонувати, організації повинні управляти численними взаємозалежними й взаємодіючими процесами. Часто вихід одного процесу утворює безпосередньо вхід наступного. Систематична ідентифікація й менеджмент процесів і, насамперед, забезпечення їх взаємодії можуть вважатися «процесним підходом». Для результативного й ефективного функціонування організація повинна управляти численними взаємозалежними видами своєї діяльності.

## **Висновки до розділу 2**

У розділі 2 проведено комплексний аналіз діяльності підприємства ТОВ «Небозвід»:

Наведено загальну характеристику ТОВ «Небозвід», що є одним із основних закладів надання медичних послуг міста Харкова.

Проведено аналіз організаційної структури ТОВ «Небозвід», яку можна визначити як лінійно-функціональну. Зазначено, що деякі структурні підрозділи або окремі фахівці не завжди знаходяться у підпорядкуванні певному керівнику вищої ланки, що має відповідне функціональне призначення.

Результати аналізу основних техніко-економічних показників діяльності ТОВ «Небозвід» засвідчили, що незважаючи на зростання обсягів реалізованої

продукції, прибуток підприємства знизився, що пов'язано із зростанням фонду оплати праці, майже всіх витрат та собівартості в цілому.

Проведено фінансовий аналіз діяльності ТОВ «Небозвід», за результатами якого можна зробити висновок, що на підприємстві відбулося збільшення необоротних активів за рахунок суттєвого зростання основних засобів та зростання первісної вартості. Проте відбулося зниження нематеріальних активів. Оборотні активи також зросли в 2018 році за рахунок збільшення запасів, іншої поточної дебіторської заборгованості на та рахунків в банку.

Досліджено діючу систему управління якістю послуг ТОВ «Небозвід». Проаналізовано організаційну структуру підрозділу управління якістю, що наявна в організаційній структурі медичного центру «Еввіва» ТОВ «Небозвід». Організація проведення контролю якості медичної допомоги у медичному центрі «Еввіва» ТОВ «Небозвід» передбачає досягнення мети контролю шляхом виконання його завдань суб'єктами організаційної структури з використанням методів і технічних засобів контролю на основі визначених критеріїв.

Визначено принципи контролю якості медичних послуг, на яких засновано діяльність відділу управління якістю медичного центру «Еввіва» ТОВ «Небозвід». Проаналізовано діючу систему контролю якості послуг медичного центру «Еввіва» ТОВ «Небозвід», яка наразі представлена трьома рівнями, що з одного боку є дієвим, оскільки контроль здійснюється на усіх рівнях управління, в з іншого, не відповідає принципу системності.

Оскільки медичний центр «Еввіва» ТОВ «Небозвід» здійснює діяльність на висококонкурентному ринку, проведено дослідження конкурентного середовища, що дозволило виокремити основних конкурентів на ринку медичних послуг у м. Харків.

## **РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ТОВ «НЕБОЗВІД»**

### **3.1. Пропозиції щодо управління якістю медичних послуг**

У другій половині двадцятого сторіччя у всіх розвинених країнах світу чітко позначилися тенденції динамічного росту сфери послуг: збільшилася частка доходів від сфери послуг у ВВП і частка зайнятих у ній, зросло кількість сервісних організацій, розширилася міжнародна торгівля послугами. Одним з найбільш великих секторів економіки сьогодні є охорона здоров'я. Очевидна вкрай висока соціальна значимість галузі визначає необхідність ретельного обґрунтування всіх прийнятих рішень в управлінні медичними установами з урахуванням динаміки зовнішнього середовища.

Формування ринку медичних послуг, посилення конкуренції на ньому загострює проблему оцінки якості медичної допомоги. Оцінка якості медичної допомоги служить одним із критеріїв ефективності впровадження різних інновацій у діяльність медичних установ [54].

Виникнення й посилення конкуренції на ринку медичних послуг актуалізує проблему характеристики й оцінки їх якості. Як відзначають дослідники, конкуренція за державне замовлення, за інвестиції юридичних осіб і особисті кошти громадян ставить перед багатьма установами складне для них завдання забезпечення й нарощування конкурентних переваг. При цьому ключовим механізмом надбання конкурентних переваг медичних установ є впровадження в установі адаптованої до умов охорони здоров'я системи безперервного поліпшення якості відповідно до міжнародних стандартів.

Досить розгорнуте визначення якості медичної допомоги - це властивість процесу взаємодії лікаря й пацієнта, обумовлене кваліфікацією професіонала, тобто його здатністю виконувати медичні технології, знижувати ризик прогресування наявного в пацієнта захворювання й виникнення нового патологічного процесу, оптимально використовувати ресурси медицини й забезпечувати задоволеність пацієнта від його взаємодії з медичною системою.

При даному підході якість медичної допомоги можна характеризувати й оцінювати по трьом напрямкам [54]:

за структурою (матеріально-технічні можливості, кадрові ресурси та ін., характеризують умови надання медичної допомоги, але не є гарантією якості);

по результату (залежить як від якості процесу надання медичної допомоги, так і від факторів, не пов'язаних з роботою лікаря, тобто ваги хворого, його віку, особливості захворювання й т.п.);

за процесом надання медичної допомоги, тобто по лікарському процесу (через вплив на процес можна вплинути на результат).

Другий напрямок (оцінка якості по результату), є підсумковим, комплексним стосовно інших. Дійсно, якість медичної допомоги визначається як умовами її надання, так і власне процесом надання (лікарським процесом, що припускають реалізацію найбільш раціональних методів профілактики, діагностики й лікування). Відповідно, загальний результат і буде залежати від даних характеристик якості медичної допомоги. Результат не завжди прямо визначається якістю, оскільки залежить від об'єктивних обставин.

Іноді вплив на результат лікування способу життя, соціальних, економічних факторів, умов навколишнього середовища та ін. набагато сильніше, чим сама якість лікування. В охороні здоров'я сьогодні визначене й кількісне значення факторів ризику для здоров'я. Згідно з розробками, використовуваними ВІЗ, захворюваність на популяційному рівні на 50-55% визначається способом життя, до 20-25% залежить від стану навколишнього середовища, до 15-20% - генетичними факторами й лише на 10-15% визначається якістю роботи системи охорони здоров'я [54].

Професійна медична діяльність споконвічно припускає облік об'єктивних особливостей пацієнта, що відображається як в умовах надання медичної допомоги, так і в лікарському процесі. Таким чином, позицію дослідників відносно якості медичної допомоги, що залежить від суб'єкта її надання, можна охарактеризувати як пропозиція оцінки якості за умовами й по лікарському процесу.

Так, певні характеристики медичної послуги (інформаційні, просторові, комфортності, техніко-економічні) дійсно визначаються в першу чергу умовами надання медичної допомоги. Однак професійні, змістовні нормативні й претензійні характеристики медичної послуги визначаються не тільки умовами її надання, але й, у першу чергу, якістю лікарського процесу. Дані відмінності ілюструє табл. 3.1 [54].

Таблиця 3.1

## Напрямки оцінки характеристик якості медичної допомоги

Характеристики якості послуги	Переважний напрямок оцінки	
	за умовами	за лікарським процесом
Суб'єктивні		
Професійні (чуйність, емпатія, комунікабельність, впевненість, ввічливість, довірчість)		
Інформаційні ( інформація про діяльність організації, інформація про керівництво, інформація про послуги)	+	
Просторові (зовнішнє оформлення, внутрішнє оформлення, інформаційне оформлення)	+	
Претензійні (наявність претензій, регулярність претензій, характер претензій)	+	+
Об'єктивні		
Змістовні (призначення, відчутність, швидкість одержання ефекту)	+	+
Нормативні (безпека, надійність, екологічність, патентно-правова захищеність, стандартизованість і уніфікованість)	+	+
Техніко-економічні (технологічність, економічність)	+	
Комфортності (доступність, ергономічність, естетичність, зручність)	+	

Особливу складність представляє оцінка нормативних характеристик якості медичної послуги.

Виявлення напрямків зміни якості послуги повинна припускати присвоєння характеристикам якості кількісних значень. Кількісна оцінка зазначених властивостей медичної послуги, по суті, означає формування показників її якості. Присвоєння кількісних значень кожній характеристиці якості медичної допомоги може здійснюватися за допомогою традиційних, експертних або соціологічних методів [54].



Стосовно до оцінки якості послуг у цілому визначені пріоритетні методи оцінки різних характеристик якості (табл. 3.2) [54].

Таблиця 3.2

## Методи оцінки одиничних характеристик якості медичної допомоги

Характеристики якості послуги		Традиційний	Експертний	Соціологічний
Суб'єктивні				
Професійні	чуйність			+
	емпатія			+
	комунікабельність			+
	впевненість		+	+
	ввічливість			+
	довірчість			+
Інформаційні	інформація про діяльність організації		+	+
	інформація про керівництво		+	+
	інформація про послуги		+	+
Просторові	зовнішнє оформлення		+	+
	внутрішнє оформлення		+	+
	інформаційне оформлення		+	+
Претензійні	наявність претензій	+		
	регулярність претензій	+		
	характер претензій	+	+	
Об'єктивні				
Змістовні	призначення		+	+
	відчутність		+	+
	швидкість одержання ефекту			+
Нормативні	безпека	+	+	
	надійність	+	+	
	екологічність	+	+	
	патентно-правова захищеність	+		
	стандартизованість і уніфікованість	+		
Техніко-економічні	технологічність	+		
	економічність	+		
Комфортності	доступність			+
	ергономічність			+
	естетичність		+	+
	зручність			+

За даними табл. 3.2, при оцінці більшості характеристик медичної допомоги (за винятком претензійних, нормативних і техніко-економічних)

краще використовувати оцінку споживача. Частина показників (наявність претензій, економічність, стандартизованість, патентно-правова захищеність і т.п.) може бути розрахована співробітниками організації. Залучення експертів у ряді випадків не має сенсу в зв'язку із відносною простотою оцінки показника, або обмежене самою специфікою медичної послуги (невіддільність, неможливість збереження, мінливість) - деякі характеристики якості неможливо оцінити, не будучи споживачем послуги [54].

У ТОВ «Небозвід» організація оперативного контролю якості на різних рівнях управління забезпечується завідувачами структурних підрозділів. Також у ТОВ «Небозвід» уперше в Україні впроваджений механізм по контролю якості діагностики й лікування. Співробітники відділу щодня перевіряють медичну документацію, оцінюючи роботу лікарів, їх призначення. Безпосередньо питання організації, управління, оцінки й контролю якості медичної допомоги перебувають у компетенції керівника відділу управління якістю.

З метою моніторингу й регулярної (циклічної) перевірки фактичного впровадження стратегії управління ТОВ «Небозвід» у сфері якості, ефективності функціонування системи контролю якості, а також надання кваліфікованої допомоги персоналу для найбільш результативного виконання своїх функціональних обов'язків пропонується створити службу внутрішнього аудиту [9].

Служба внутрішнього аудиту ТОВ «Небозвід» у своїй роботі керується чинним законодавством України, у тому числі нормативно-правовими актами Міністерства охорони здоров'я України, управління охорони здоров'я Харківської облдержадміністрації, наказами головного лікаря й іншими розпорядчими документами ТОВ «Небозвід».

Метою служби внутрішнього аудиту є вдосконалювання функціонування системи управління якістю ТОВ «Небозвід», виявлення й мобілізація резервів її поліпшення.

Завдання Служби внутрішнього аудиту спрямовані на:

1. Встановлення й оцінку:
  - результативності й ефективності лікувально-діагностичного процесу, процесів забезпечення ресурсами і їх використання, процесів керування;
  - відповідності очікувань пацієнтів щодо результатів діагностики й лікування;
  - ефективності профілактичних заходів щодо несприятливих подій (дефектам) і небезпеки пацієнтів/співробітників;
  - дотримання прав пацієнта;
  - дотримання прав медичних працівників;
  - координації дій лікувально-діагностичних відділень, залучених до надання медичної допомоги конкретному пацієнтові;
  - спадкоємності в діяльності з іншими закладами охорони здоров'я з питань забезпечення безперервності медичної допомоги пацієнтам;
  - адекватності й точності виміру показників якості керівниками відділень/структурних підрозділів;
  - дотримання вимог медико-технологічних документів;
  - ефективності впровадження новітніх методик діагностики, лікування, профілактики, організації медичної допомоги.
2. Встановлення основних і супутніх причин виявлених невідповідностей стандартам, інструкціям, правилам і іншим регламентам діяльності.
3. Визначення потенціалу (наявних ресурсів) для усунення невідповідностей.
4. Надання консультацій керівникам і співробітникам підрозділів ТОВ «Небозвід» по усуненню виявлених невідповідностей.
5. Проведення наглядного (контрольного) аудита за результатами усунення невідповідностей і впровадження попереджувальних дій.
6. Підготовка й надання звітів про проведений аудита керівництву ТОВ «Небозвід».

Виконання завдань, покладених на Службу внутрішнього аудита ТОВ «Небозвід», здійснюється шляхом виконання наступних функцій:

контрольної функції - оцінки виконання персоналом вимог діючих нормативів і регламентів; оцінки системи внутрішнього контролю ТОВ «Небозвід»;

аналітичної функції - встановлення причин невідповідностей при виконанні співробітниками функціональних зобов'язань і причин неефективності контрольних функцій посадових осіб;

консультативної функції - надання поточних консультацій персоналу з метою поліпшення діяльності, усунення невідповідностей у робочих процесах;

координаційної функції - вирішення питань взаємодії й спадкоємності різних структурних підрозділів, задіяних у наданні медичної допомоги конкретному хворому;

прогностичної функції - визначення можливого сценарію розвитку системи управління якістю й процесів, які в ній відбуваються, на основі даних аудита;

інформаційної функції - інформування керівництва, співробітників про результати аудита, напрямках розв'язання проблемних питань;

захисної функції - захисту співробітників від потенційних помилок у роботі, пацієнтів - від несприятливих наслідків медичних втручань, керівництва - від неефективного керування якістю в ТОВ «Небозвід».

Група аудита по темі, з певною програмою й планом аудита, формується в кількості не менш трьох людей із числа тих, що перебувають у резерві на членство в групі, і мають відповідну компетентність для проведення аудита на даній ділянці роботи за умови незалежності від діяльності, аудит якої будуть проводити.

Функції Служби внутрішнього аудита ТОВ «Небозвід» представлені на рис. 3.1.

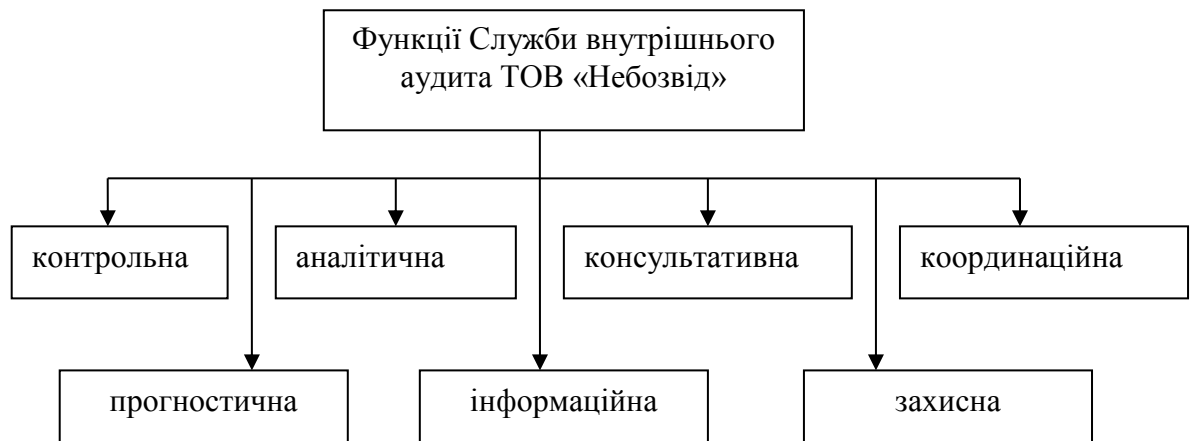


Рис. 3.1. Функції Служби внутрішнього аудита ТОВ «Небозвід»

Формування складу служби внутрішнього аудиту.

Персональний склад служби внутрішнього аудиту затверджується наказом головного лікаря ТОВ «Небозвід». Структура служби внутрішнього аудиту представлена на рис. 3.2.

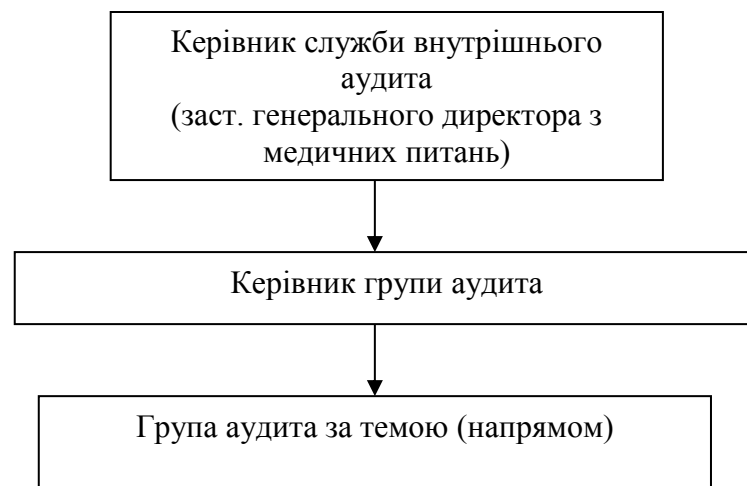


Рис. 3.2. Структура служби внутрішнього аудиту для ТОВ «Небозвід»

Керівником служби внутрішнього аудиту призначається заступник генерального директора з медичних питань ТОВ «Небозвід», якому необхідно пройти навчання по програмі підготовки аудиторів.

Керівник здійснює розробку річної програми аудита, організовує роботу

Служби й відповідає за результати аудиторської діяльності в ТОВ «Небозвід».

Обов'язки керівника групи аудита покладають на одну із осіб, що входять до складу групи аудита, створеної для проведення перевірки за обраною темою. Керівник групи аудита здійснює розробку тематичного плану аудита, визначає робочі завдання й відповідальність кожного члена групи, інформує керівника структурного підрозділу, у якому проводиться аудит, про хід перевірки, бере безпосередню участь у проведенні аудита, готує звіт про аудит й проводить заключну нараду на місці по завершенню аудиту.

Служба внутрішнього аудита у своїй роботі керується засадами здійснення аудита [17]:

етичність поведінки – основа професіоналізму аудитора. Характеристиками етичної поведінки аудитора є справедливість, непідкупність, дотримання конфіденційності інформації й розсудливість;

старанність і ретельність при здійсненні аудита;

неупередженість і об'єктивність мислення для забезпечення того, щоб дані й висновки аудита базувалися тільки на доводах;

правдивість і точність у відображенні результатів аудита у звітах.

Служба внутрішнього аудита планує свою роботу згідно з річною програмою аудита. Програмою визначаються мета (ціль), напрямки (теми), завдання, обсяги й границі проведення аудитів, функціонально-структурні підрозділи, служби або окремі види діяльності, які планується охопити аудитом, необхідні ресурси й методики аудита, форми й строки складання протоколів і звітів аудитів.

Повноваженнями аудитора системи контролю якості медичної допомоги може бути наділена особа з вищою або середньою спеціальною медичною освітою, загальним стажем роботи не менше 5 років, що пройшли курс навчання по спеціальній програмі аудиторської підготовки в ТОВ «Небозвід».

Безпосередня аудиторська діяльність по певній темі аудита здійснюється в порядку, який представлено на рис. 3.3.

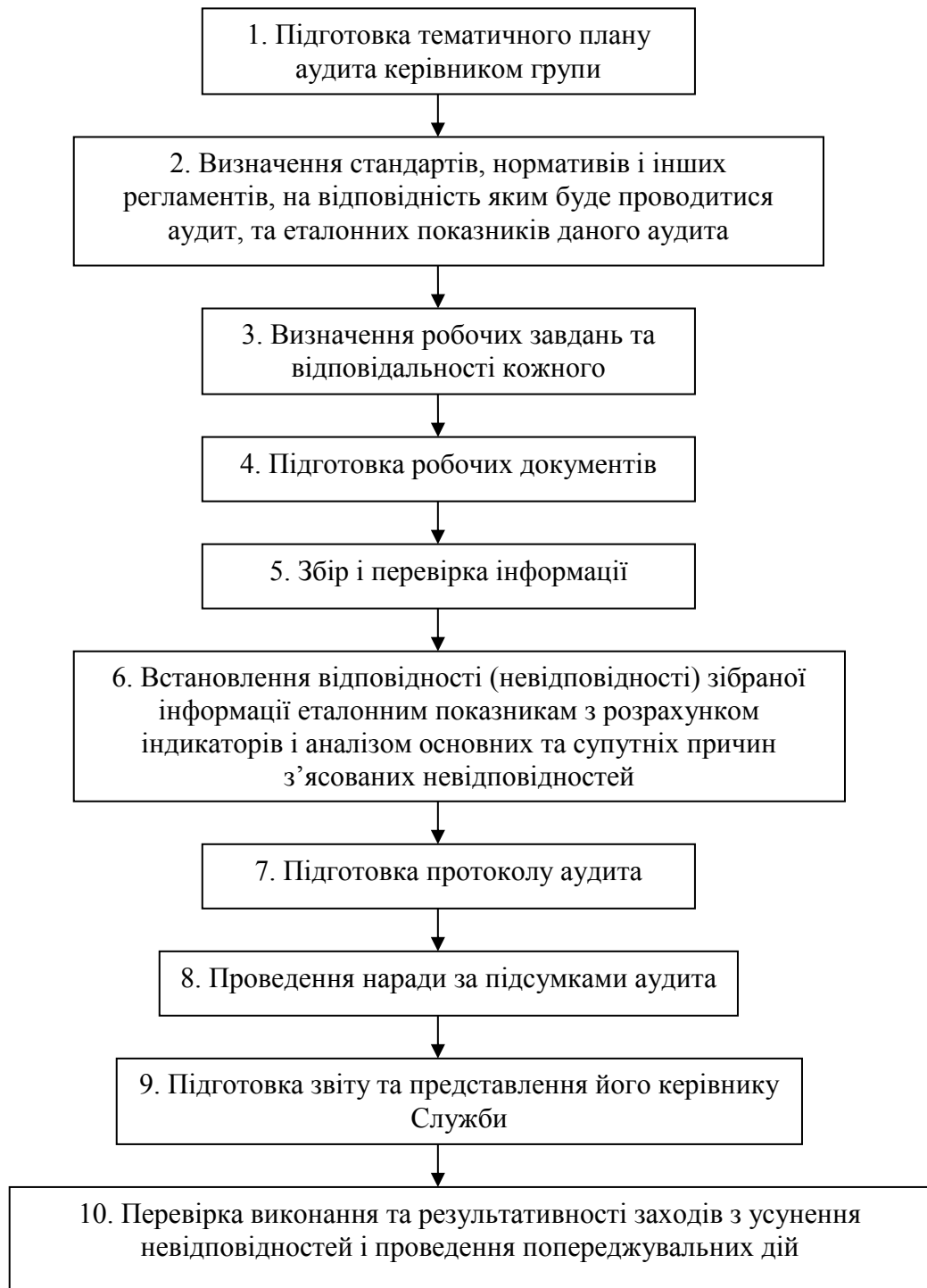


Рис. 3.3. Порядок здійснення внутрішнього аудиту на ТОВ «Небозвід»

Вимоги до підготовки, компетентності й оцінюванню аудиторів. Аудитори повинні володіти відповідними знаннями, уміннями й застосовувати їх під час проведення аудитів [46]:

знати термінологію щодо категорії якості медичної допомоги;

знати принципи управління якістю медичної допомоги;  
знати методи контролю якості медичної допомоги;  
знати процеси в системі управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я і їх характеристики;  
володіти методами контролю якості;  
уміти готувати відповідні програму, плани, протоколи й звіти про аудит.

Аудитори повинні постійно підвищувати свою кваліфікацію для підтримки й поліпшення знань, умінь і особистих якостей шляхом знаходження додаткового досвіду роботи, регулярною участю в аудитах, навчання, участі в тренінгах, нарадах, семінарах і конференціях або в інших відповідних заходах.

Оцінювання підготовки і компетентності осіб для рекомендації надання їм повноважень аудиторів здійснюється спеціально створеною комісією в ТОВ «Небозвід» у складі уповноваженого заступника керівника, керівника служби внутрішнього аудита, аудитора, головної медичної сестри, юрисконсульта.

Правильна організація аудита не приведе до значного навантаження на співробітників-аудиторів, але надасть їм можливість брати участь у поліпшенні якості роботи й впроваджувати знання й навички, отримані під час аудиторської діяльності, у свою повсякденну діяльність на робочому місці.

Об'єктами контролю якості медичної допомоги, зокрема, є процеси управління якістю медичної допомоги, які в сукупності із суб'єктами, об'єктами, функціями, методами, засобами й організаційною структурою формують систему керування якістю медичної допомоги. Керівництву ТОВ «Небозвід» необхідно проводити контроль результативності й ефективності діяльності останньої з метою визначення рівня поліпшення досягнутих показників якості за звітний період і рівня досконалості зазначеної системи.

Результати проведеного внутрішнього аудита є основою ухвалення управлінського рішення з виданням наказу ТОВ «Небозвід» про підсумки діяльності системи якості медичної установи за поточний рік і заходами щодо поліпшення проблемних елементів системи із планом їх виконання.



### **3.2. Удосконалення управління якістю медичних послуг**

Сучасна ринкова економіка пред'являє принципово нові вимоги до управління якістю послуг у медичному закладі. Це підкреслює важливість управління якістю у медичному закладі тим, що зараз виживання будь-якого закладу, його стійке становище над ринком послуг визначається найвищим рівнем якості. Система управління якістю розробляється з урахуванням діяльності медичного закладу та особливостей послуг, які надаються. Це означає, що коли в медичному закладі надають багато видів послуг, для кожного з них створюють відповідну систему управління якістю [10].

Медичний заклад є підсистемою складної системи охорони здоров'я, в якій кожна з підсистем вносить свій вклад в її розвиток. Базовою складовою функціонування системи охорони здоров'я в цілому є підсистема управління персоналом, оскільки від кваліфікації кадрів медичного закладу і стандартизації їх діяльності залежить якість медичних послуг, що характеризуються сукупністю параметрів функціонування медичних установ за показниками системоутворюючих чинників.

В комплексі системоутворюючих факторів ефективного функціонування системи охорони здоров'я, якість послуг виступає як складовий елемент інструменту управління діяльністю персоналу. Необхідно брати до уваги всі перераховані складові, які викликають зацікавленість у споживача та забезпечують задоволеність його потреб. Зазначені фактори є взаємозалежними і взаємовизначальними, в зв'язку з чим модернізація охорони здоров'я вимагає гармонійного розвитку кожного з них і всієї системи в цілому.

Найважливішим елементом системи якості є концептуальна модель управління якістю медичних послуг на основі інтеграції стандартів, що впливають на якість на різних стадіях: від визначення потреб споживачів до оцінки їхнього задоволення [51].

З метою удосконалення управління якістю медичних послуг в МЦ «Еввіва» ТОВ «Небозвід» пропонується впровадити концептуальну модель

управління якістю на основі інтеграції стандартів, що розроблена В.Ю. Огвоздіним [40] і передбачає такі рівні стандартизації: стратегічний, тактичний та оперативний.

З метою контролю за базовими компонентами стандартів пропонується ввести відповідальну посадову особу. Дана модель може служити системою вимірювання досягнутого рівня якості за різними напрямками і на різних рівнях управління. В результаті чого з'являється можливість стратегічного планування та регулювання необхідного стандартами рівня якості діяльності медичних установ в довгостроковій перспективі.

Пропонується запровадити в діяльність МЦ «Еввіва» ТОВ «Небозвід» систему вимірювання показників якості діяльності медичних установ, що може бути представлена у вигляді комплексу процедур, які включають методику збору показників якості діяльності господарюючих суб'єктів, методику їх оцінки на основі моніторингу та методику регулювання відповідно до виявленого рівня якості. На рис. 3.4 представлено запропонований процес моніторингу контрольованих показників структури якості при оцінці діяльності МЦ «Еввіва» ТОВ «Небозвід».

В даній моделі пропонується запровадити стратегічний, тактичний та оперативний рівні стандартизації, державні, регіональні та локальні стандарти.

До процесу моніторингу показників системи управління якістю на стадії перевірки якості послуг належать: вхідний контроль, оцінка результативності системи розвитку якості, реєстрація фактичних показників, що характеризують розвиток якості та вихідний контроль.

Для практичного застосування даної моделі для МЦ «Еввіва» ТОВ «Небозвід» пропонується адаптована концептуальна модель управління якістю медичних послуг на основі інтеграції стандартів, яку наведено у табл. 3.3.

Адаптована концептуальна модель управління якістю медичних послуг на основі інтеграції стандартів для МЦ «Еввіва» ТОВ «Небозвід»

Рівні стандарти зації	Рівні стандартів	Типи стандартів	Рівень розвитку	Базова компонента стандартів	Відповідальний (посадова особа)
Стратегічний	Державні стандарти	Галузеві стандарти	Розвиток галузі охорони здоров'я в Україні	організація лікувального процесу	Ген. директор ТОВ «Небозвід»
		Розпорядження ВР України		інформаційне забезпечення	Головний маркетолог
		Накази МОЗ України			
Тактичний	Регіональні стандарти	Накази МОЗ України	Розвиток медичних установ регіону	організація лікувального процесу	Начмед
		Нормативні акти МУ		інформаційне забезпечення	Головний маркетолог
				програми контролю якості медичної допомоги	Відділ управління якістю
				науково-технічні розробки	Інженер-програміст
Оперативний	Локальні стандарти	Інструкції щодо застосування стандартів	Розвиток персоналу в МУ	рівень використання нових технологій	Інженер-програміст
				рівень використання інформаційних технологій	Інженер-програміст
				рівень використання стандартів	Інженер-програміст
				індекс задоволеності пацієнтів	Головний адміністратор
				навчання персоналу	Менеджер з персоналу
				кваліфікація персоналу	Менеджер з персоналу
				рівень науково-технічних розробок	Інженер-програміст

Розроблений процес моніторингу забезпечить ефективне здійснення моніторингу та об'єктивну оцінку процесу надання медичної допомоги і вирішенню проблем у діяльності МЦ «Еввіва» ТОВ «Небозвід».

Система управління якістю послуг може вважатися ефективною тоді,

коли надані послуги задовольняють вимоги споживача і наявність ефективної системи управління якістю послуг визнається споживачем.

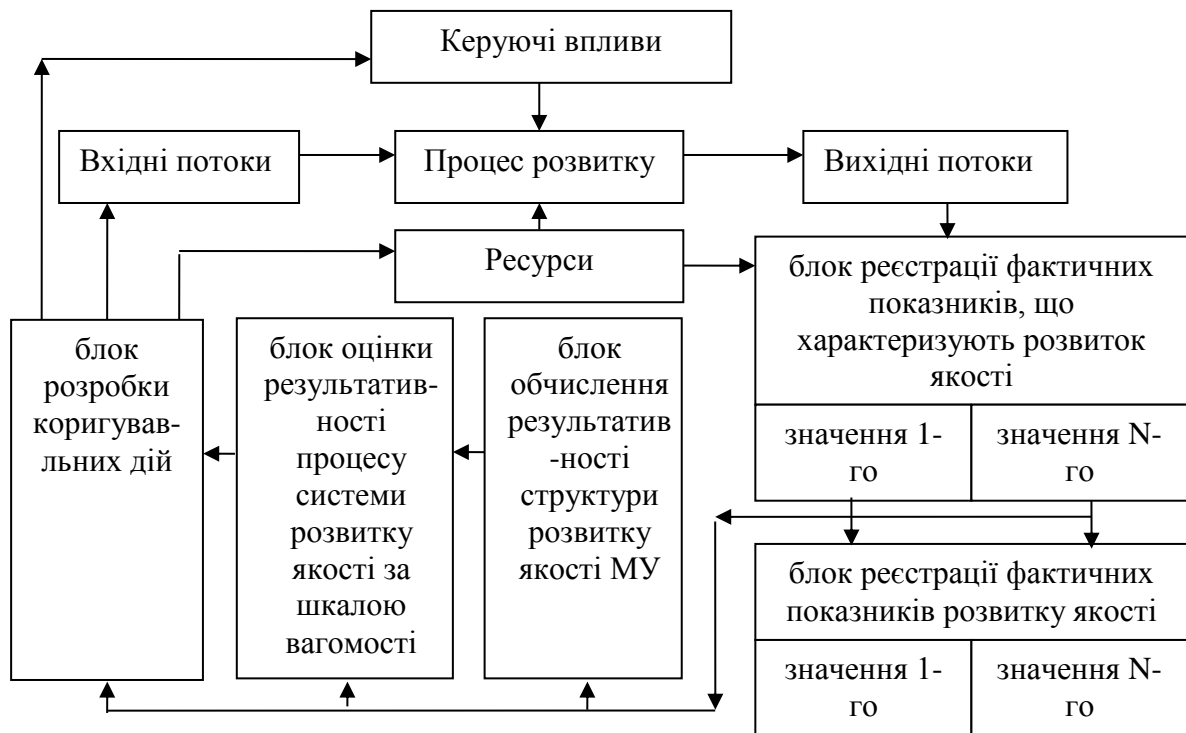


Рис. 3.4. Процес моніторингу показників структури якості у МЦ «Еввіва» ТОВ «Небозвід» (на основі [10])

Інструментарій оцінки рівня якості медичних послуг може бути представлено у вигляді багатофакторної економічної моделі, що враховує значення фактичних параметрів профілю стратегічного розвитку медичного закладу і дозволяє прогнозувати ефективність управління в залежності від впливів зовнішнього середовища.

Впровадження процесу моніторингу дозволить МЦ «Еввіва» ТОВ «Небозвід» підвищити керованість, якість і конкурентоспроможність послуг, оптимізувати витрати.

З метою впровадження у діяльність МЦ «Еввіва» ТОВ «Небозвід» запропонованого процесу моніторингу показників структури якості медичної послуги розроблено карту розподілу функціональних обов'язків між

виконавцями, контролерами, а також сформовано перелік документів, які необхідні для реалізації функції моніторингу системи якості (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Карта розподілу функціональних обов'язків в процесі реалізації функції моніторингу системи якості МЦ «Еввіва» ТОВ Небозвід

Функції системи якості	Виконавці	Контролери виконавців	Документи, які регламентують реалізацію функцій
Прогнозування потреб в медичній допомозі у населення і якості послуг	Заст. ген директора з медичних питань	Помічник ген. директора	Стратегічний план, маркетингова стратегія
Планування підвищення якості продукції	Заст. ген директора з медичних питань	Помічник ген. директора	Тактичний план, ДСТУ
Нормування вимог до якості продукції та стандартизація	Відділ управління якістю МЦ	Керівник відділу	Технічний регламент, ДСТУ
Організація взаємовідносин за якістю послуг між персоналом і клієнтами	Медичний персонал	Генеральний директор	Звіти по наданим послугам, наявність кредиторської та дебіторської заборгованості
Контроль якості та випробування обладнання	Інженер-програміст	Помічник ген. директора	Звіт за результатами випробувань, заходам
Стимулювання і відповідальність за досягнутий рівень якості	Менеджер з персоналу	Керівники підрозділів	Штатний розпис, фінансові звіти, накази про преміювання
Правове забезпечення управління якістю послуг	Юристконсульт	Заст. директора з медичних питань	Фінансові звіти, звіти з продажу послуг
Спеціальна підготовка і підвищення кваліфікації кадрів	Менеджер з персоналу	Керівники підрозділів	Результати атестації до навчання, після навчання
Організаційне забезпечення управління якістю	Керівники підрозділів	Генеральний директор	Внутрішня документація МЦ
Фінансове забезпечення управління якістю послуг	Головний бухгалтер	Генеральний директор	Фінансові звіти, бухгалтерська документація, звіти про дебіторську та кредиторську заборгованість

Багатофакторна модель формування інтегрального показника якості для оцінки досягнутого рівня розвитку діяльності медичної установи за контрольованими параметрами стратегічного профілю може бути обчислена за показниками системоутворюючих чинників, які запропоновано у структурі

якості медичної послуги у розділі 1, що відображено на рис. 1.5.

Розрахунок інтегрального показника (ІПК) пропонується провести за методом адитивної згортки:

$$I_{\text{ІПК}} = \sum_{i=1}^n k_i \frac{X_{\text{факт } i}}{X_{\text{ет(max) } i}}, \quad (3.1)$$

де  $k$  – ваговий коефіцієнт  $i$ -го показника;

$X_{\text{факт } i}$  – фактичне значення  $i$ -го показника;

$X_{\text{ет(max) } i}$  – еталонне або максимальне значення  $i$ -го показника;

$n$  – кількість показників (у даному дослідженні  $n=7$ ).

Для подальших розрахунків введемо умовні позначення для показників, що оцінюються (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Показники структури якості медичної послуги

Умовне позначення	Зміст
X1 ( $K_B^{\text{HT}}$ )	Рівень підготовленості лікарів до використання нових технологій
X2 ( $K_B^{\text{IT}}$ )	Рівень підготовленості лікарів до сприйняття інформаційних технологій
X3 ( $K_B^{\text{СТ}}$ )	Рівень підготовленості лікарів до використання стандартів
X4 ( $I_{\text{уд}}^{\text{П}}$ )	Індекс задоволеності пацієнтів
X5 ( $K_{\text{мед}}^{\text{К}}$ )	Рівень готовності лікарів до нововведень стратегічного розвитку МУ
X6 ( $K_{\text{л}}^{\text{KB}}$ )	Рівень кваліфікації лікарів в МУ
X7 ( $K_B^{\text{НИР}}$ )	Рівень науково-технічних розробок в МУ

Для визначення кількісних значень показників (табл. 3.5) інтегрального показника якості медичних послуг МЦ «Еввіва» ТОВ «Небозвід» використовуємо метод експертних оцінок. З метою визначення адекватності запропонованої методики експертам було запропоновано надати оцінку якості медичних послуг медичних закладів як «Нейрон», «Пульс», «On Clinic» та «Доктор Алекс», які здійснюють діяльність на ринку медичних послуг м. Харкова.

Для проведення дослідження визначаємо необхідне число експертів ( $N$ ) із заданою довірчою вірогідністю  $t$  і погрішністю  $\varepsilon$ :

$$N = \frac{t_a^2}{\varepsilon_1^2} \quad (3.2)$$

$$\varepsilon_1 = \frac{e}{S}, \quad (3.3)$$

де  $t$  – кількість середніх квадратичних відхилень

$\varepsilon$  – гранично допустима відносна помилка, що задається до початку опиту;

$e$  – абсолютна погрішність (помилка);

$S$  – середньоквадратичне відхилення оцінки.

Приймаємо довірчу вірогідність ( $t$ ) рівну 90%, тоді  $t=1,643$ . Звідси можна зробити висновок про необхідну кількість експертів:  $N=10,76=11$ . Отже, для оцінки з надійністю 90% і відносною помилкою 0,5 необхідно опитати 11 експертів. У Додатку Д представлено результати оцінок показників якості медичної послуги, які було надано експертами, за окремими медичними закладами у період 2014-2018 рр.

Задля визначення узгодженості думок експертів та можливості використання результатів оцінювання для подальшого дослідження слід розрахувати коефіцієнти конкордації за формулою:

$$W = \frac{S}{\frac{1}{12}m^2(n^3-n) - m \sum_{n=1}^m T_i} \quad (3.4)$$

де  $S$  – загальна дисперсія;

$n$  – кількість факторів.

Розраховані коефіцієнти конкордації думок експертів по кожному відповідному медичному закладу: МЦ «Еввіва» ТОВ «Небозвід» – 0,78; Нейрон –

0,75; Пульс – 0,76; On Clinic – 0,77; Доктор Алекс – 0,77. Таким чином, експертні оцінки є узгодженими, що свідчить про доцільність їх використання в подальшому дослідженні.

З метою встановлення латентних тенденцій і взаємозв'язку між показниками якості медичних послуг проведемо факторний аналіз із використанням програмного пакету Statistica. У Додатку Е наведено середні значення експертних оцінок за показниками у розрізі закладів по роках. У Додатку Є представлено лістинги матриці факторних навантажень за комплексом факторів та їх кумулятивна дисперсія.

За даними факторних навантажень можемо визначити склад та економічний зміст виділених факторів оцінки якості медичних послуг, які наведено у табл. 3.6 і характеризують латентні тенденції досліджуваного явища.

Таблиця 3.6

Склад та економічний зміст виділених факторів оцінки якості медичної  
послуги

Фактор	Перелік показників, що входить до фактору	Назва фактора, що характеризує латентні тенденції
Фактор 1	X1(K <sub>B</sub> <sup>HT</sup> ), X2(K <sub>B</sub> <sup>IT</sup> ), X7(K <sub>B</sub> <sup>НИР</sup> )	Новітні технічні розробки та підготовленості лікарів до їх використання
Фактор 2	X3(K <sub>B</sub> <sup>CT</sup> ), X6(K <sub>П</sub> <sup>KB</sup> )	Кваліфікація лікарів у відповідності із існуючими стандартами
Фактор 3	X4(I <sub>УД</sub> <sup>П</sup> ), X5(K <sub>Кмед</sub> <sup>К</sup> )	Взаємозв'язок готовності лікарів та задоволеності пацієнтів

Результати проведеного аналізу свідчать, що три отриманих фактори описують 73,3 % дисперсії всього первинного переліку факторів, що засвідчує достатність і адекватність проведених розрахунків. Факторні навантаження є суттєвими і використовуються у даному дослідженні, якщо абсолютна величина їх кількісного значення  $> 0,69$  [46].

Наступним етапом є визначення вагових коефіцієнтів для кожного показника якості медичної послуги шляхом розрахунку питомої ваги



факторного навантаження кожного окремого показника у загальній сумі. Маємо наступні значення факторних навантажень за показниками  $X1(K_B^{HT})=0,8024$ ;  $X2(K_B^{IT})=0,7527$ ;  $X3(K_B^{CT})=0,8148$ ;  $X4(I_{yD}^{\Pi})=0,6448$ ;  $X5(K_{Kмед}^K)=0,7730$ ;  $X6(K_{\Pi}^{KB})=0,6958$ ;  $X7(K_B^{HIP})=0,7535$ . Відповідно отримуємо наступні вагові коефіцієнти:  $k1(K_B^{HT})=0,15$ ;  $k2(K_B^{IT})=0,14$ ;  $k3(K_B^{CT})=0,16$ ;  $k4(I_{yD}^{\Pi})=0,12$ ;  $k5(K_{Kмед}^K)=0,15$ ;  $k6(K_{\Pi}^{KB})=0,13$ ;  $k7(K_B^{HIP})=0,14$ .

Відношення фактичних значень кожного показника за роками і медичними закладами представлено у Додатку Ж.

Отримані дані підставляємо у формулу (3.1) розрахунку інтегрального показника якості. Результати розрахунків представлено у табл. 3.7.

Таблиця 3.7

## Інтегральні показники якості медичних послуг

Медичний заклад	Період				
	2014	2015	2016	2017	2018
МЦ «Еввіва» ТОВ Небозвід	0,82	0,76	0,77	0,75	0,79
Нейрон	0,71	0,72	0,71	0,73	0,75
Пульс	0,75	0,7	0,69	0,71	0,7
On Clinic	0,91	0,81	0,77	0,77	0,7
Доктор Алекс	0,73	0,78	0,68	0,68	0,61

Згідно шкали Харрінгтона інтегральні показники якості медичних послуг медичних закладів знаходяться, переважно, в межах 0,69 до 1,0. Це є підставою для твердження, що якість медичних послуг даних медичних закладів на високому і середньому рівнях. Лідером серед досліджених закладів є МЦ «Еввіва», на другій позиції «On Clinic», на третій МЦ «Доктор Алекс», на четвертій МЦ «Нейрон», а на п'ятій МЦ «Пульс».

Динаміка змін інтегральних показників якості медичної послуги медичних закладів представлено на рис. 3.5.

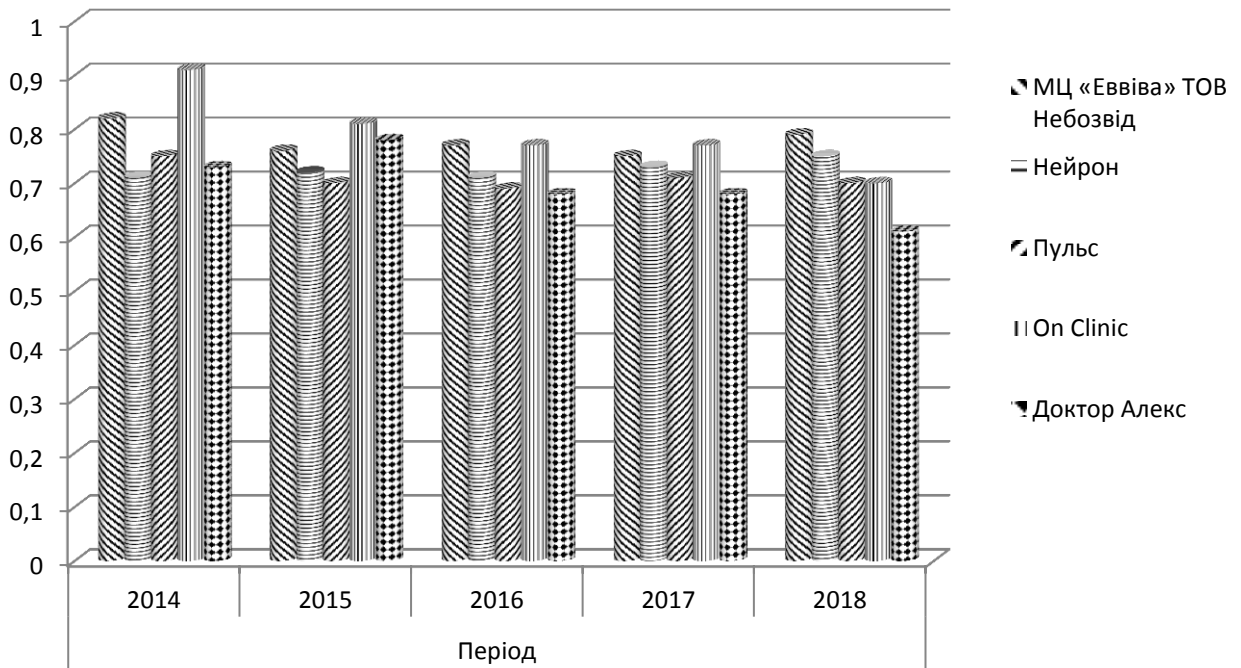


Рис. 3.5. Інтегральні показники якості медичних послуг

Спираючись на виявлені латентні тенденції з метою удосконалення управління якістю медичних послуг та стабілізації діяльності керівництву ТОВ «Небозвід» необхідно проводити:

визначення потреб і очікування клієнтів та інших зацікавлених сторін;

планування підвищення якості медичних послуг;

мотивацію та стимулювання персоналу, щодо досягнення максимальної якості надання медичних послуг із використанням новітніх технологій та інформаційних систем;

контроль якості та випробування обладнання; визначення ресурсів, необхідних для досягнення цілей у сфері якості та забезпечення ними;

організаційне та фінансове забезпечення управління якістю послуг;

використання методів, які дають змогу вимірювати результативність та ефективність кожного процесу надання послуги;

визначення способів та засобів, які дають змогу запобігати невідповідностям готовності лікарів та задоволеності пацієнтів і усувати їхні причини;

запровадження та застосування процесу постійного поліпшення системи управління якістю;

визначення відповідальних осіб, які будуть здійснювати контроль за процесами надання послуг та за підвищенням управління якістю медичних послуг.

Ці заходи поліпшать наявну систему управління якістю. Після запровадження медичним центром наведених заходів в свою діяльність, буде забезпечено впевненість як у персоналу, так і у споживачів медичних послуг в якості послуг та буде створено основу для їхнього постійного поліпшення. Це може сприяти більшій задоволеності зацікавлених сторін, а також підвищенню ефективності управління якістю медичних послуг.

### **3.3. Економічна ефективність запропонованих заходів**

Розвиток економічних відносин ставить перед підприємствами численні проблеми, з якими вони раніше не зустрічалися, серед яких – загострення конкуренції, нестабільність попиту та пропозиції, зміни цін на товари, ускладнення об'єктів управління й підвищення складності розв'язуваних завдань. Необхідною умовою розробки більш ефективних механізмів господарювання є достовірна й своєчасна оцінка якості функціонування й розвитку підприємства, яка потребує визначення економічної доцільності. Економічна ефективність – один із критеріїв ухвалення управлінського рішення, яка визначається як відносини економічних результатів реалізації до витрат на його здійснення за певний період. Економічний корисний результат – це збільшення обсягу продажів продукції, яка користується попитом, підвищення її якості й конкурентоспроможності, економія всіх видів матеріально-технічних ресурсів, ріст продуктивності праці й т.п.

Найбільш вигідний варіант із ряду можливих альтернатив щодо технологічного процесу, який би забезпечував виготовлення конкретної деталі або виробу, визначається на основі розрахунків економічної ефективності. Показники економічної ефективності визначають у вартісному й відносному

розмірі всіх видів результатів і витрат на виробництво продукції підприємства. У процесі аналізу економічної ефективності підприємства, потрібно зосереджувати увагу на таких аспектах, як: внутрішні змінні витрати робочого часу; витрати робочого часу внаслідок використання застарілого обладнання; рівень використання коштів механізації, автоматизації роботи й комп'ютерної техніки; визначення професійно-кваліфікаційної структури працюючих [71].

В економічній теорії й практиці розрізняють економічну й соціальну ефективність виробництва. Економічна ефективність полягає в досягненні виробництвом найвищих результатів при найменших витратах живої й минулої праці або зниження сукупних витрат на одиницю продукції, а соціальна характеризує ступінь відповідності результатів виробництва соціальним потребам суспільства, інтересам окремої людини й ін. Чим вище результат при тих самих витратах, тим швидше зростає ефективність розраховуючи на одиницю видатків суспільно необхідної праці. Економічний ефект визначається як різниця між вартісною оцінкою результатів і сукупних витрат ресурсів на всіх етапах реалізації за весь період інвестування або здійснення заходів. Складові економічного ефекту такі: прибуток від виробничо-експлуатаційної діяльності, зниження собівартості за рахунок економії матеріально-технічних ресурсів, приріст обсягу продажів, підвищення рівня використання виробничих потужностей, підвищення фондівіддачі, ріст продуктивності праці, прискорення обігу обігових коштів і т.д. [9].

Інноваційна ефективність передбачає відповідність певного проекту цілям науково-технічного і соціально-економічного розвитку країни, регіону, підприємства чи організації. Вони визначаються з огляду на науково-технічні, економічні, соціальні та екологічні пріоритети, які можуть відображати загальносвітові тенденції розвитку і визначати стратегію розвитку країни, регіону, окремого підприємства. Інновації, пов'язані з удосконалюванням техніки, технології, процесів організації і управління можна розділити на дві групи. У першу ввійдуть інновації, що характеризуються досить стабільною величиною щорічно отриманих корисних результатів і короткими періодами

вкладення коштів для їхнього здійснення (з терміном до року). У цю групу можна включити такі заходи як заміна і модернізація технологічного устаткування, роботизація виробництва, тощо. В другу групу ввійдуть інновації, що відрізняються різкими коливаннями щорічно забезпечуваних корисних результатів і вкладенням коштів для їхнього здійснення протягом ряду років. Наприклад, впровадження гнучкої виробничої системи, реконструкція цеху (підприємствах), розробка й освоєння нової продукції. Інновації першої групи можна ранжувати на основі показників, розрахованих за один рік. Інновації ж другої групи можна ранжувати у порядку убутання ефективності тільки на підставі розрахунку показників за увесь життєвий цикл, тобто за період з моменту початку розробки до припинення використання. Варто підкреслити, що економічна оцінка інновацій обох груп істотно ускладнюється в умовах високих темпів інфляції

Обґрунтування ефективності реалізації управлінського рішення передбачає зіставлення отриманих внаслідок реалізації рішення результатів з витратами, необхідними для його реалізації. У тому разі, коли результат реалізації рішення щодо вдосконалювання тих або інших аспектів діяльності проявляється протягом поточного року, процес зіставлення не викликає труднощів. Як правило, кінцевим результатом є приріст маси валового прибутку, а витрати визначаються на основі кошторису проекту.

З метою підвищення ефективності діяльності й подальшого розвитку діяльності ТОВ «Небозвід» запропоновано створити систему управління якістю послуг. Припустимо, що впровадження заходів передбачається на 2 роки, витрати становлять 100 тис. грн., очікуваний грошовий потік за перший рік складе 100 тис. грн., а за другий 130 тис. грн.

У більшості випадків реструктуризацію розглядають як інвестиційний проект, а розрахунки її ефективності проводяться за наступними показниками: чиста поточна вартість (NPV), внутрішня норма прибутковості/рентабельності (IRR), строк окупності (DPP), індекс прибутковості (PI).

Обґрунтованість використання показників аналізу інвестицій для оцінки реструктуризації обумовлена тим, що економічні результати інвестиційного проекту реструктуризації проявляються в грошовій формі і його реалізація пов'язана з генерацією певного грошового потоку, складові частини якого являють собою чисті надходження або чисті відтоки коштів [9].

Чиста поточна вартість розраховується по формулі:

$$NPV = \sum_{i=1}^n \frac{P_i}{(1+d)^i} - \sum_{i=0}^n \frac{IC_i}{(1+d)^i} \quad (3.5)$$

де  $i$  – розрахунковий рік;

$P_i$  – результат (отримані доходи) в  $i$ -ому році, грн.;

$I$  – інноваційні витрати, грн. (можуть дисконтуватися, якщо інвестування проводиться протягом декількох років);

$d$  – коефіцієнт дисконтування.

Якщо розрахований чистий приведений доход має позитивне значення ( $NPV > 0$ ), то інвестиційний проект вважається ефективним (при даній ставці дисконтування) і розглядається питання про його прийняття. Причому чим більше значення показника чистого приведенного доходу, тим ефективніший проект.

Інвестиційний проект, за яким показник чистого приведенного доходу є від'ємним або рівним нулю ( $NPV < 0$ ) повинен бути відхилений, оскільки він не принесе інвестору прибуток на вкладений капітал. Зокрема, при від'ємному значенні чистого приведенного доходу ( $NPV < 0$ ) інвестор понесе збитки, тобто проект неефективний; а при умові рівності показника чистого приведенного доходу нулю ( $NPV = 0$ ) проект не прибутковий, але і не збитковий.

Кумулятивний коефіцієнт дисконтування [9]:

$$d = r_1 + r_2 + r_3 + r_4 + r_5 \quad (3.6)$$

де  $r_1$  – безризикова ставка доходу (у якості безризикової ставки доходу звичайно використовується ставка доходу по довгострокових державних боргових зобов'язаннях (облігаціям, вексялям), приймаємо на рівні 12%;

$r_2$  – надбавка на галузеву оцінку альтернативних витрат, приймаємо в розмірі 5 %;

$r_3$  – надбавка за ризик різної діяльності, приймаємо в розмірі 7%, зважаючи на те, що продукція не досить поширена на ринку;

$r_4$  – надбавка на оцінку професійності менеджменту приймемо в розмірі 7 %, тому що припускаємо, що в основному адміністрація підприємства складається з висококваліфікованих менеджерів, але в їхній роботі є деякі недоліки;

$r_5$  – середній темп приросту чистого прибутку. Даний відсоток розраховується на основі галузевих показників підприємств. Беремо в розмірі темпу інфляції за рік 5%.

Строк окупності (DPP) з врахуванням дисконтування [9]:

$$DPP = \frac{I}{\sum_{i=1}^n \left( \frac{P_i}{(1+d)^i} \right)_{cp}} \quad (3.7)$$

де  $i$  – розрахунковий рік;

$P_i$  – результат (отримані доходи) в  $i$ -і рік, грн.;

$I$  – інноваційні витрати, грн. (можуть дисконтуватися, якщо інвестування проводиться протягом декількох років);

$d$  – коефіцієнт дисконтування.

Строк окупності інвестицій показує, через який проміжок часу вкладені інвестиції повертаються до інвестора. Показник показує ступінь ризику

неповернення інвестицій, чим більший термін окупності, тим вищий ризик неповернення інвестицій.

Індекс прибутковості/рентабельності дисконтованих інвестицій (PI) [9]:

$$PI = \frac{\sum_{i=1}^n \frac{P_i}{(1+d)^i}}{\sum_{i=0}^n \frac{I_i}{(1+d)^i}} \quad (3.8)$$

де  $i$  – розрахунковий рік;

$P_i$  – результат (отримані доходи) в  $i$ -ому році, грн.;

$I$  – інноваційні витрати, грн. (можуть дисконтуватися, якщо інвестування проводиться протягом декількох років);

$d$  – коефіцієнт дисконтування.

Індекс прибутковості складається стосовно дійсної вартості всіх грошових надходжень проекту до дійсної вартості всіх видатків.

Результати розрахунків показників ефективності впровадження системи управління якістю медичних послуг ТОВ «Небозвід» представлені в табл. 3.8.

Таблиця 3.8

Результати розрахунків показників ефективності впровадження системи управління якістю медичних послуг

Показник	Рік		
	1	2	$\Sigma$
$P_i$	100000	130000	170000
$I$	-	-	100000
NPV	43814,88		
$d$	0,36		
DPP	0,7		
PI	1,44		

Таким чином, за рахунок впровадження системи управління якістю медичних послуг ТОВ «Небозвід» наступні результати: чиста поточна вартість (NPV) складе 43814,88 грн., строк окупності з врахуванням дисконтування (DPP)



= 0,7 року, це означає, що підприємство окупить свої затрати на проект через 0,7 року, а останній час буде отримувати прибуток, індекс прибутковості (PI) – 1,44, це означає, що на 1 грн. інвестицій інвестор отримає 1,44 грн. доходу, або 0,44 грн. прибутку. Отже, отримані дані свідчать про те, що даний проект для ТОВ «Небозвід» можна вважати економічно доцільним.

### **Висновки до розділу 3**

У розділі 3 розроблено рекомендації щодо удосконалення управління якістю послуг ТОВ «Небозвід».

Проведений аналіз діяльності медичного центру «Еввіва» ТОВ «Небозвід» дозволив з'ясувати, що незважаючи на доволі високий організації оперативного контролю якості на різних рівнях управління, відсутність системності суттєво впливає на ефективність управління якістю медичних послуг. З метою удосконалення запропоновано запровадити у діяльність медичного центру «Еввіва» ТОВ «Небозвід» службу внутрішнього аудиту, що забезпечить моніторинг й регулярну (циклічну) перевірку фактичного впровадження стратегії управління ТОВ «Небозвід» у сфері якості, підвищить ефективність функціонування системи контролю якості, а також забезпечить надання кваліфікованої допомоги персоналу для найбільш результативного виконання своїх функціональних обов'язків. Сформовано порядок здійснення внутрішнього аудиту на ТОВ «Небозвід».

Розроблено карту розподілу функціональних обов'язків між фахівцями ТОВ «Небозвід» в процесі реалізації функції моніторингу системи якості медичного центру «Еввіва».

Для медичного центру «Еввіва» ТОВ «Необозвід» пропонується впровадити у діяльність адаптовану концептуальну модель управління якістю медичних послуг на основі інтеграції стандартів.

Оцінювання рівня якості медичних послуг має здійснюватися із застосуванням науково-обґрунтованого інструментарію. На основі розробленої у розділі 1 структури якості медичної послуги за системоутворюючими

чинниками проведено оцінювання якості медичних послуг за інтегральним показником. Визначення інтегрального показника проведено із застосуванням багатофакторної економічної моделі, що враховує значення фактичних параметрів профілю стратегічного розвитку медичного закладу і дозволяє прогнозувати ефективність управління в залежності від впливів зовнішнього середовища. Розрахунки проведено за даними експертних оцінок показників якості послуг як медичного центру «Еввіва» ТОВ «Небозвід», так і визначених у розділі 2 конкурентів. Отримані результати засвідчили, що найвище значення інтегрального показника якості медичних послуг серед усіх конкурентів медичний центр «Еввіва» ТОВ «Небозвід» отримав у 2018 році. Для медичного центру запропоновано заходи, які поліпшать систему управління якістю.

З метою обґрунтування доцільності впровадження у діяльність медичного центру «Еввіва» ТОВ «Небозвід» розроблених заходів щодо удосконалення системи управління якістю послуг проведено розрахунки економічної ефективності на основі методики оцінки ефективності інвестиційних проектів, оскільки у більшості випадків реструктуризацію розглядають саме як інвестиційний проект. Отримані показники чиста поточна вартість (NPV) складе 43814,88 грн, строк окупності (DPP) склав 0,7 року, це означає, що підприємство окупить свої затрати на проект через 0,7 року, а останній час буде отримувати прибуток, індекс прибутковості (PI) склав 1,44, це означає, що на 1 грн. інвестицій інвестор отримає 1,44 грн. доходу, або 0,44 грн. прибутку. Отримані дані після розрахунків свідчать про те, що даний проект для ТОВ «Небозвід» можна вважати економічно доцільним.

## ВИСНОВКИ

У розділі 1 розглянуто теоретичні засади поняття медичної послуги або послуги закладів сфери охорони здоров'я.

Досліджено сутнісне наповнення поняття «послуга», визначено його ключові ознаки. Розглянуто поняття «якість» та запропоновано визначати якість як концепцію, що забезпечує постійне надання послуги, яка базується на технічному і функціональному аспектах.

На основі виокремлених складових якості медичної послуги розроблено структуру якості медичної послуги як об'єкту управління за системоутворюючими чинниками як універсальними вимірниками зусиль медичних закладів у досягненні запланованого результату.

Розглянуто методи, що застосовуються для оцінювання якості медичних послуг, серед яких найбільшого поширення набув метод експертних оцінок, оскільки для сфери послуг найважливішими є суб'єктивні оцінки споживачів.

Проаналізовано схему процесу контролю якості медичної допомоги, який полягає у виконанні дій, що представляють контроль як функцію керування: систематичний збір (моніторинг) інформації про діяльність, вимір (при можливості) отриманих даних і порівняння результатів з певними критеріями (оцінка). Виділено компоненти, основні завдання та порядок проведення внутрішнього аудиту.

У розділі 2 проведено комплексний аналіз діяльності підприємства ТОВ «Небозвід

Досліджено діючу систему управління якістю послуг ТОВ «Небозвід». Проаналізовано організаційну структуру підрозділу управління якістю, що наявна в організаційній структурі медичного центру «Еввіва» ТОВ «Небозвід». Організація проведення контролю якості медичної допомоги у медичному центрі «Еввіва» ТОВ «Небозвід» передбачає досягнення мети контролю шляхом виконання його завдань суб'єктами організаційної структури з використанням методів і технічних засобів контролю на основі визначених

критеріїв.

У розділі 3 розроблено рекомендації щодо удосконалення управління якістю послуг ТОВ «Небозвід».

З метою удосконалення ефективності управління якістю медичних послуг запропоновано запровадити у діяльність медичного центру «Еввіва» ТОВ «Небозвід» службу внутрішнього аудиту, що забезпечить моніторинг й регулярну (циклічну) перевірку фактичного впровадження стратегії управління ТОВ «Небозвід» у сфері якості, підвищить ефективність функціонування системи контролю якості.

Розроблено карту розподілу функціональних обов'язків між фахівцями ТОВ «Небозвід» в процесі реалізації функції моніторингу системи якості медичного центру «Еввіва».

Для медичного центру «Еввіва» ТОВ «Необозвід» пропонується впровадити у діяльність адаптовану концептуальну модель управління якістю медичних послуг на основі інтеграції стандартів.

Оцінювання рівня якості медичних послуг має здійснюватися із застосуванням науково-обґрунтованого інструментарію. Визначення інтегрального показника проведено із застосуванням багатофакторної економічної моделі, що враховує значення фактичних параметрів профілю стратегічного розвитку медичного закладу і дозволяє прогнозувати ефективність управління в залежності від впливів зовнішнього середовища.

Для медичного центру запропоновано заходи, які поліпшать систему управління якістю.

З метою обґрунтування доцільності впровадження у діяльність медичного центру «Еввіва» ТОВ «Небозвід» розроблених заходів щодо удосконалення системи управління якістю послуг проведено розрахунки економічної ефективності на основі методики оцінки ефективності інвестиційних проєктів. Отримані дані після розрахунків свідчать про те, що даний проєкт для ТОВ «Небозвід» можна вважати економічно доцільним.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Аристов О. В. Управление качеством: Учебник / О. В. Аристов. – Москва : Инфра – М, 2009. – 512 с.
2. Басовський Л.Є. Управління якістю. Підручник / Л.Є. Басовський, В.Б. Протасєв. – Київ : Видавничий центр «Академія», 2000. – 212 с.
3. Бекер Г.С. Оценка путей обеспечения качества медицинской помощи (проект «Здра реформ»). – Киев : 1995. – 91 с.
4. Бичківський Р.Н. Управління якістю: Навч. посібник / Р.Н. Бичківський. – Львів : ДУ «Львівська політехніка», 2000. – 329 с.
5. Бойко А.Т. Качество медицинской помощи. Проблемы обеспечения / А.Т. Бойко // Мир Медицины, 2001. – С.73-81.
6. Вараева Н.В. Качество услуг. Научное издание / Н.В. Вараева, Е.С. Минькова. – Москва : ФЛИНТА, 2013. 145 с.
7. ВООЗ України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.unaids.org.ua/uk/agency/who>.
8. Ворачек А.Н. О состоянии теории маркетинга услуг. Проблемы теории и практики управления: Учеб. пособие / А.Н. Ворачек. – Москва : ИНФРА–М, 2001. – 128 с.
9. Вороненко Ю.В. Організація контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я (Методичні рекомендації) /Ю.В. Вороненко, Н.Г. Гойда, О.З. Децикд та ін. – Київ, МОЗУ, 2013. – 42 с.
10. Глудки О.П. Всеобщее управление качеством: Учебник для вузов / О.П. Глудки. – Москва : ЮНИТИ–ДАНА, 2005. – 315 с.
11. Гордин В.Э. Менеджмент в сфере услуг: Учебное пособие / В.Э. Гордин. – Москва : ФЛИНТА, 2009. – 147 с.
12. Економічні реформи в Україні, реформа медичного обслуговування [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/128/2013>

13. Закон України «Про захист прав споживачів» від 10.11.2011 р. № 15–рп // Відомості Верховної Ради України. – 2011. – № 15 – С. 1
14. Закон України «Про основи законодавства України про охорону здоров'я» від 05.07.2012 р. № 5081-VI // Відомості Верховної Ради України. – 2012. – С. 3
15. Закон України «Про соціальні послуги» від 15.03.2012 р. № 4523–VI // Відомості Верховної Ради України. – 2012. – № 4523. – С. 2
16. Зінченко О.А. Особливості проектного менеджменту в закладах охорони здоров'я / О.А. Зінченко, Л.Р. Пономаренко // Інфраструктура ринку. – 2018. – № 18. – С. 123–126.
17. Иванов Н. Н. Управление сферой услуг. Инфраструктурный подход: Учебник / Н. Н. Иванов. – Санкт-Петербург : ГУЭФ, 2005. – 325 с.
18. Ковалев В.А. Система мониторинга качества. Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи: Учебник / В.А. Ковалев. – Москва : ФЛИНТА, 2009. – 45 с.
19. Конах С.С. Теоретичні підходи до визначення сутності поняття «сфера послуг» [Електронне видання] / С.С. Конах // Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. – 2015. – № 12. – С. 46-49 Режим доступу: <http://www.vestnik-econom.mgu.od.ua/journal/2015/12-2015/10.pdf>
20. Котлер Ф. Основы маркетинга: Научное издание / Ф. Котлер, – Москва : Прогресс, 2009. – 205 с.
21. Коюда В.О. Сутність та змістовна характеристика послуги як бази управління [Електронний ресурс] / В.О. Коюда // Економіка та суспільство. – 2017. – №9. – Режим доступу до журналу: <http://www.economyandsociety.in.ua>
22. Кучеренко В.З. К оценке качества медицинской помощи в новых условиях хозяйствования / В.З. Кучеренко, И.С. Мельникова // Здоровоохранение РФ. – 2011. – №3. – С. 5-8.
23. Лapidус В. А. Всеобщее качество (TQM): Учебник / В. А. Лapidус – Москва : ОАО «Типография Новости», 2000. – 432 с.

24. Лепський В.В. Концепція реформування медичної галузі з використанням проектного підходу. / В.В. Лепський // Вісник НТУ «ХП». – 2016. – № 2(1174). – С. 101–112.
25. Мальська М.П. Організація обслуговування: Підручник / М.П. Мальська. – Київ : Центр учбової літератури, 2010. – 59 с.
26. Маркова В.Д. Маркетинг услуг: Учебник / В.Д. Маркова. – Москва : Финансы и статистика, 2009. – 187 с.
27. Мартынчик С.А. Система показателей эффективности деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений. / С.А. Мартынчик, С.В. Филатенкова. // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения» 2009. – № 4 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru>;
28. Мачуга Н.З. Теорія і методологія функціонування системи надання медичних послуг в Україні – На правах рукопису. Дисертація на здобуття наукового ступеня докт. екон. наук: спец. 08.00.03 "Економіка та управління національним господарством. – Тернопільський національний економічний університет. – Тернопіль, 2016. – 398 с.
29. Миронов М.Г. Управління якістю: Підручник / М.Г. Миронов. – Москва : Финансы и статистика, 2010. – 256 с.
30. Мишин В.Н. Управление качеством: Учебн. пособие для вузов / В.Н. Мишин. – Москва : ЮНИТИ–ДАНА, 2000. 303 с.
31. Моргулець О.Б. Менеджмент у сфері послуг: [навч. посіб.] / О.Б. Моргулець. – Київ : Центр учбової літератури, 2012. – 384 с.
32. Нагорна А.М. Проблеми якості в охороні здоров'я: Монографія / А.М. Нагорна, А.В. Степаненко, А.М. Морозов. – Кам'янець-Подільський: Абетка-НОВА, 2002 – 384 с.
33. Надюк З.О. Державне управління якістю медичної допомоги в системі охорони здоров'я України: автореф. дис... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 [Електронний ресурс] / З.О. Надюк; Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України. – Київ, 2006. – 20 с.

34. Наказ МОЗ України «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги» від 28.12.2002 р. № 507 // Відомості Верховної Ради України. – 2002. – № 507. – С. 1
35. Наказ МОЗ України «Про порядок контролю якості медичної допомоги» від 28.09.2012 р. №752 // Відомості Верховної Ради України. – 2012. – № 752. – С. 34
36. Настанови щодо перевірки систем якості. частина 1.Перевірка: ДСТУ ІСО 10011–1–90. – Київ : Держспоживстандарт України, 2007 – I, – 18 с.
37. Настанови щодо перевірки систем якості. Частина 2. Кваліфікаційні критерії для експертів–аудиторів з перевірки систем якості: ДСТУ ІСО 10011–2–91. – Київ : Держспоживстандарт України, 2007 – II, – 22 с.
38. Настанови щодо перевірки систем якості. Частина 3. Керівництво програмою перевірок: ДСТУ ІСО 10011–3–91. – Київ : Держспоживстандарт України, 2007 – I, – 25 с.
39. Настанови щодо розроблення настанов з якості: ДСТУ ІСО 10013. – Київ : Держспоживстандарт України, 2007 – V, – 5 с.
40. Огвоздин В.Ю. Управление качеством. Основы теории и практики: Учебн. пособие / В.Ю. Огвоздин. Москва : Дело и сервис, 2002. – 160 с.
41. Окрепилов В.В. Управление качеством. Учебник / В.В. Окрепилов. Москва : Экономика, 2007. – 639 с.
42. Официальный сайт МЦ «Еввіва» // <http://www.evviva.com.ua>.
43. Пасько М.І. Суб'єкт медичної сфери: пацієнт, клієнт, споживач медичних послуг [Електронний ресурс] / М.І. Пасько // Економіка та суспільство. – 2017. – №9. – Режим доступу до журналу: <http://www.economyandsociety.in.ua>
44. Пащук О.В. Маркетинг послуг: стратегічний підхід : Навч. посібник / О.В. Пащук. Київ : ВД «Професіонал», 2005. – 560 с.
45. Полубенцева Е.И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи: Методические



рекомендации / Е.И. Полубенцева, Г.Э. Улумбекова, К.И. Сайткулов. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2006. – 60 с.

46. Пономаренко В.С. Анализ данных у дослідженнях соціально-економічних систем : монографія / В.С. Пономаренко, Л.М. Малярець. – Харків: ВД «ІНЖЕК», 2009. – 432 с.

47. Пономарьова Т.О. Маркетинг в Україні і за кордоном. Якість послуг. Якісні параметри оцінки: Наукове видання / Т.О. Пономарьова, М.С. Супрягіна. –Київ : Эльга, 2005. 49 с.

48. Прищепенко В.В. Семантика, дефиниции и соотношение понятий «продукт», «товар», «услуга» [Электронный ресурс] // Режим доступа: [http://www.antema.ru/library/metody\\_marketingovyh\\_issledovaniy/other/priwepenko\\_vv\\_semantika\\_definicii\\_i\\_sootnoshenie\\_ponyatij\\_pro\\_dukt\\_tovar\\_usluga](http://www.antema.ru/library/metody_marketingovyh_issledovaniy/other/priwepenko_vv_semantika_definicii_i_sootnoshenie_ponyatij_pro_dukt_tovar_usluga).

49. Проблеми забезпечення якості послуг в медичній галузі України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://eurodev.duan.edu.ua/images/PDF/2016/1/6.pdf>.

50. Прокопенко П.Н. Управление эффективностью и качеством : Модульная программа : [В 2 т.] / Гос. ун-т управления, Нац. фонд подгот. кадров; Под ред. И. Прокопенко, К. Норга; [Пер. с англ.: Ю. П. Адлер и др.]. – Москва : Дело, 2001. – 607 с.

51. Решетняк О.А. Сучасні методи управління підприємством сфери послуг: Підручник / О.А. Решетняк. – Харків : Фактор, 2008. – 544 с.

52. Рогачев А.Ф. Применение методов многокритериальной экспертной оценки для управления качеством оказания медицинских услуг / А.Ф. Рогачев, К.Е. Токарев // Cyberleninka [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/primeneniye-metodov-mnogokriterialnoy-ekspertnoy-otsenki-dlya-upravleniya-kachestvom-okazaniya-meditsinskih-uslug>

53. Рогачев А.Ф. Экспертное оценивание экстремальных значений параметров экономических систем / А.Ф. Рогачев, А.Г. Гагарин // Известия Волгоградского государственного технического университета. – 2006. – № 5. – 256 с.

54. Рожкова Е.В. Качество медицинской услуги и его оценка / Е.В. Рожкова // Социальные аспекты здоровья населения [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/389/27/lang,ru/>
55. Розова А.К. Управление качеством: Учебник / А.К. Розова. Киев : Ника – Центр-Эльга, 2003. – 269 с.
56. Система управління якістю в медзакладі [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.medsprava.com.ua/article/558-sistema-upravlnnya-yakstyu-medichno-dopomogi>.
57. Система управління якістю у сфері охорони здоров'я як чинник стабілізації та розвитку галузі [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://periodicals.karazin.ua/socoeconom/article/view/9780>.
58. Сміянов В.А. Визначення якості медичної допомоги та концепції її розвитку / В.А. Сміянов // Якість медичної допомоги. – 2011. – №. 5. – С. 86-95.
59. Сутність та аспекти управління процесом підвищення якості – передумови конкурентоспроможності та лідерства [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.management.com.ua/qm/qm021.html>
60. Третьякович А.Г. Современные методы эндодонтического лечения. Инструменты, материалы для заполнения корневых каналов: учеб.-метод. пособие / А.Г. Третьякович, Л.Г. Борисенко, А.И. Делендик. – Минск: БГМУ, 2004. – 135 с.
61. Уваренко А.Р. Сучасні погляди на систему інформаційного забезпечення медичної науки / А.Р. Уваренко // Бібліотекознавство. Документознавство. Інформологія. – 2010. – № 4. – С. 87-89.
62. Фейгенбаум Э.А. Контроль качества услуг: Учебник / Э.А. Фейгенбаум. – Москва : «Феникс», 2000. – 214 с.
63. Фомичев С.К. Основы управления качеством: Учебн. Пособие / С.К. Фомичев, А.А. Старостина, Н.И. Скрябина. – К.: МАУП, 2000. – 196 с.
64. Хаїт Л.Б. Дослідження проблем запровадження системи управління якістю надання медичних послуг: сучасні теоретичні підходи / Хаїт Л.Б. // Теорія та практика державного управління [Електронний ресурс]. — 2010. — № 2 (29). — Режим доступу: <http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/tpdu/2010-2/ doc/1/15.pdf>

65. Хвисяк М.І. Менеджмент в охороні здоров'я. Ч.2 / М.І. Хвисяк, І.І. Парфьонова. – Харків : ТОВ «Оберіг», 2008. – 552 с.
66. Хімичева Г.І. Контроль і оцінка якості медичних послуг за вимогами ДСТУ ISO 9001:2009 / Хімичева Г.І., Пономаренко Н.А. // Восточноевропейский журнал передовых технологий. – 2010. – № 3/4 (45). – С. 33-36. – Режим доступу : [http://www.nbuv.gov.ua/portal/natural/Vejpt/2010\\_3\\_4/EEJET\\_3\\_4\\_2010\\_33-36.pdf](http://www.nbuv.gov.ua/portal/natural/Vejpt/2010_3_4/EEJET_3_4_2010_33-36.pdf).
67. Черняк О.І. Інтелектуальний аналіз даних: підручник / О.І. Черняк, П.В. Захарченко – Київ : Знання, 2014. – 599 с.
68. Швандар В.Л. Стандартизация и управление качеством продукции: Учебник для вузов / В.Л. Швандар. – Москва : ЮНИТИ–ДАНА, 2009. – 487 с.
69. Шиманська В.В. Стратегічне управління якістю туристичних послуг в межах розвитку туристичного комплексу України: теоретичні аспекти [Електронне видання] / В.В. Шиманська. // Економіка. Управління. Інновації. – 2015. - № 1. – Режим доступу [http://nbuv.gov.ua/UJRN/eui\\_2015\\_1\\_44](http://nbuv.gov.ua/UJRN/eui_2015_1_44)
70. Щепин О.П. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / О.П. Щепин, В.И. Стародубов, А.Л. Линденбрaten, Г.И. Галанова. – Москва : Медицина, 2002. – 176 с.
71. Ястребова М.В. Методические подходы по оценке качества медицинских услуг населению. Экономическое возрождение: Научное издание / М.В. Ястребова. – Харьков : Фактор, 2011. –137 с.
72. Donabedian A. Promoting quality through evaluation the process of the patient care / A. Donabedian // Medical care. – 1968. – № 6. – P. 181-201.
73. Gronroos C. Service management and marketing / C. Gronroos. – West Sussex, 2000. – 239 p.
74. Norman Ed. R. Service management. Strategy and leadership in Service Business: Textbook / Ed. R. Norman. – N.Y., 2010. – 59 p.
75. Opolski K., Szemborska E. Sfery zarządzania jakością w służbie zdrowia. Antidotum 9/1997.
76. Vuory, Xannu. V. Quality Assurance of Health Services : Concepts and Methodology / Xannu. V., Vuory. – Copenhagen : WHOR eg. Office for Europe, 1982. – VII, 127 p.