

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Фармацевтичний факультет

Кафедра менеджменту, маркетингу та забезпечення якості у фармації

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: **«УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ
МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»**

Виконав: здобувач вищої освіти групи

ЯССм24(1,5д)-01 спеціальності: 073 Менеджмент
освітньо-професійної програми Якість,
стандартизація та сертифікація

Григорій ЖИВОЛУП

Керівник: доцент закладу вищої освіти кафедри
менеджменту, маркетингу та забезпечення якості у
фармації, к.фарм.н., доцент Наталя МАЛІНІНА

Рецензент: професор закладу вищої освіти кафедри
соціальної фармації, д.фарм.н., професор
Вікторія НАЗАРКІНА

АНОТАЦІЯ

Випускна кваліфікаційна робота присвячена удосконаленню Системи управління якістю (СУЯ) медичних послуг на прикладі багатопрофільного Медичного Центру «ДОКАРТ». Метою роботи є теоретичне обґрунтування та розробка комплексу практичних рекомендацій щодо модернізації СУЯ шляхом інтеграції вимог міжнародних стандартів ISO 9001:2015 та ISO 15189:2022. У роботі: систематизовано теоретичні засади якості медичних послуг та проаналізовано міжнародний досвід стандартизації (ISO); проведено аналіз поточної СУЯ МЦ «ДОКАРТ», визначено її ефективність та виявлено ключові проблеми, особливо у сфері діагностичних процесів; визначено фактори ризику, що впливають на якість медичних послуг; розроблено концепцію безперервного покращення якості на основі ризик-орієнтованого мислення та циклу PDCA; сформульовано та обґрунтовано комплекс організаційних заходів щодо удосконалення СУЯ та підвищення компетентності персоналу відповідно до вимог ISO 15189:2022; оцінено очікуваний соціально-економічний ефект від впровадження запропонованих заходів.

Робота викладена на 95 сторінках друкованого тексту і складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Робота ілюстрована 27 рисунками та 21 таблицями, містить 36 джерел наукової літератури.

Ключові слова: медична послуга, медичний центр «ДОКАРТ», відвідувачі (клієнти, споживачі), якість медичних послуг, компетентність персоналу, Система управління якістю (СУЯ), менеджмент ризиків.

ANNOTATION

The final qualification work is dedicated to the improvement of the Quality Management System (QMS) for medical services, using the example of the multi-profile «Dokart» Medical Center. The aim of the work is the theoretical substantiation and development of a set of practical recommendations for QMS

modernization through the integration of the requirements of international standards ISO 9001:2015 and ISO 15189:2022. The work includes the following: Theoretical foundations of medical service quality and international standardization experience (ISO) were systematized and analyzed; An analysis of the current QMS at Dokart Medical Center was conducted, its effectiveness was determined, and key problems were identified, particularly in the sphere of diagnostic processes; Risk factors influencing the quality of medical services were determined; A concept for continuous quality improvement based on risk-based thinking and the PDCA cycle was developed; A set of organizational measures for QMS improvement and increasing staff competence in accordance with the requirements of ISO 15189:2022 was formulated and substantiated; The expected socio-economic effect from the implementation of the proposed measures was evaluated.

The work presented 95 pages of printed text and includes an introduction, three chapters, conclusions, a list of references, and appendices. The work is illustrated with 27 figures and 21 tables and cites 36 scientific sources.

Key words: medical service, Dokart Medical Center, patients (clients, consumers), quality of medical services, personnel competence, Quality Management System (QMS), risk management.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ.....	10
1.1 Сутність та особливості якості медичного обслуговування.....	10
1.2 Принципи та підходи до управління якістю у сфері охорони здоров'я.....	16
1.3 Міжнародний досвід організації систем управління якістю медичних послуг.....	23
Висновки до розділу 1.....	26
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СТАНУ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У МЕДИЧНОМУ ЦЕНТРІ «ДОКАРТ».....	28
2.1 Загальна характеристика медичного центру «ДОКАРТ».....	28
2.2 Організаційна структура та система менеджменту якості у медичному центрі «ДОКАРТ».....	30
2.3 Оцінка ефективності існуючої системи управління якістю медичних послуг у медичному центрі «ДОКАРТ».....	41
2.4 Визначення проблем та факторів, що впливають на якість медичних послуг у медичному центрі «ДОКАРТ».....	64
Висновки до розділу 2.....	70
РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА КОМПЛЕКСУ ЗАХОДІВ ЩОДО УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У МЕДИЧНОМУ ЦЕНТРІ «ДОКАРТ».....	72
3.1 Розроблення концепції безперервного покращення якості медичних послуг у медичному центрі «ДОКАРТ».....	72
3.2 Організаційні та структурні заходи з удосконалення системи управління якістю медичних послуг.....	77
3.3 Підвищення професійної компетентності та мотивації медичного персоналу.....	82

3.4 Оцінка ефективності запропонованих заходів та їх соціально-економічний ефект.....	87
Висновки до розділу 3.....	92
ВИСНОВКИ.....	93
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	96
ДОДАТКИ.....	100

ВСТУП

Якість надання медичних послуг є ключовим показником ефективності системи охорони здоров'я та безпосередньо впливає на здоров'я і довіру пацієнтів. В умовах стрімкого розвитку медичних технологій та зростаючої конкуренції на ринку, впровадження ефективної та гнучкої Системи управління якістю (СУЯ) стає не просто перевагою, а необхідною умовою функціонування медичного закладу [15, 29, 32].

Актуальність теми. Особливої актуальності набуває якість діагностичних процесів. Лабораторні дослідження залишаються однією з найпоширеніших та найважливіших діагностичних процедур, оскільки, за оцінками фахівців, від 65,0% до 85,0% клінічних рішень та діагнозів базуються саме на результатах клінічних лабораторних тестів. Таким чином, будь-які помилки у діагностичному циклі (особливо на преаналітичній фазі) прямо призводять до зниження загальної якості медичної послуги та можуть мати критичні наслідки для пацієнта [5, 6, 20, 21, 25, 31]. Вивчення напрацювань провідних науковців та впровадження стандартів ISO 9001:2015 (загальна СУЯ) та ISO 15189:2022 (вимоги до якості та компетентності медичних лабораторій) є найефективнішим шляхом для забезпечення єдиного підходу до аналізу діагностичних даних та підвищення конкурентоспроможності медичних закладів України [5, 31]. Саме тому, актуальним є дослідження існуючої практики та розробка конкретних заходів щодо удосконалення СУЯ на прикладі приватного багатопрофільного Медичного центру «ДОКАРТ» (далі – МЦ «ДОКАРТ»), який поєднує консультаційні та діагностичні послуги, що вимагає особливо інтегрованого підходу до управління якістю.

Метою дослідження є теоретичне обґрунтування та розробка практичних рекомендацій щодо удосконалення Системи управління якістю (СУЯ) медичних послуг у багатопрофільному медичному закладі (на прикладі МЦ «ДОКАРТ») шляхом інтеграції та адаптації вимог міжнародних стандартів ISO 9001:2015 та ISO 15189:2022 для забезпечення стабільності,

компетентності та підвищення достовірності діагностичних і лікувальних процесів.

Для досягнення поставленої мети необхідним є вирішення таких **завдань дослідження:**

1. Дослідити та систематизувати теоретико-методологічні основи якості медичного обслуговування, а саме: уточнити сутність та особливості якості медичного обслуговування та визначити ключові принципи і підходи до управління якістю у сфері охорони здоров'я.

2. Проаналізувати міжнародний досвід організації систем управління якістю медичних послуг, визначивши роль та взаємозв'язок стандартів ISO 9001:2015 та ISO 15189:2022 як основи для модернізації СУЯ.

3. Здійснити загальну характеристику діяльності та організаційної структури МЦ «ДОКАРТ», визначивши місце діагностичних (лабораторних) послуг у загальному комплексі.

4. Провести оцінку ефективності існуючої системи управління якістю медичних послуг у МЦ «ДОКАРТ» на відповідність базовим принципам міжнародних стандартів.

5. Визначити ключові проблеми та фактори, що негативно впливають на якість медичних послуг.

6. Розробити концепцію безперервного покращення якості послуг у МЦ «ДОКАРТ», базуючись на циклі PDCA та принципах ризик-орієнтованого мислення.

7. Сформулювати комплекс організаційних та структурних заходів щодо удосконалення СУЯ, включаючи стандартизацію основних клінічних та лабораторних процесів згідно з ISO 15189:2022.

8. Розробити рекомендації щодо підвищення професійної компетентності та мотивації медичного персоналу для забезпечення стабільності СУЯ.

9. Обґрунтувати очікувану ефективність запропонованих заходів та оцінити їхній потенційний соціально-економічний ефект для МЦ «ДОКАРТ».

Об`єктом дослідження: Система управління якістю медичних послуг у закладах охорони здоров'я, МЦ «ДОКАРТ», ринок медичних послуг України, одержувачі послуг (клієнти, пацієнти, відвідувачі, цільова аудиторія).

Предметом дослідження: напрями, механізми та інструменти удосконалення Системи управління якістю медичних послуг, зокрема в частині діагностичних процесів, на основі інтеграції вимог міжнародних стандартів ISO 9001:2015 та ISO 15189:2022 (на прикладі МЦ «ДОКАРТ»); сайт МЦ «ДОКАРТ», результати анкетування респондентів.

Методи дослідження. У процесі виконання роботи були застосовані такі методи: Теоретичні: системний аналіз та узагальнення – для систематизації наукових підходів до визначення сутності понять «якість медичних послуг» та «Система управління якістю (СУЯ)»; порівняння – для зіставлення вимог універсального стандарту ISO 9001:2015 та галузевого стандарту ISO 15189:2022, що дало змогу виявити ключові напрями удосконалення СУЯ у медичному закладі; теоретичне моделювання – для обґрунтування концепції безперервного покращення якості на основі циклу PDCA (Плануй–Виконуй–Перевірйай–Дій) та ризик-орієнтованого мислення; Емпіричні та Аналітичні: метод спостереження та збору даних – для вивчення організаційної структури, робочих процесів МЦ «ДОКАРТ»; метод експертних оцінок – для ідентифікації та визначення значущості проблемних зон і факторів, що впливають на якість послуг; економіко-статистичний метод – для проведення кількісної оцінки ефективності існуючої СУЯ через аналіз індикаторів якості (скарг пацієнтів) та для обґрунтування потенційного економічного ефекту від впровадження запропонованих заходів; прогнозно-аналітичний метод – для обґрунтування доцільності та оцінки можливих результатів впровадження запропонованого комплексу заходів; Розробки рішень: процесний підхід та метод стандартизації – застосовані для розробки конкретних організаційних заходів та нових або оновлених Стандартних операційних процедур (СОП), які відповідають вимогам ISO 15189:2022 та спрямовані на підвищення компетентності та достовірності діагностики;

розрахунково-конструктивний метод – використаний для розробки конкретних рекомендацій щодо удосконалення СУЯ та розрахунку очікуваного соціально-економічного ефекту від їх впровадження.

Інформаційну базу дослідження складають законодавчі та нормативно-правові документи різних органів влади України; матеріали наукових досліджень провідних учених, наукові публікації та матеріали періодичних видань, спеціальна наукова і довідкова література галузевого спрямування, інформаційні ресурси мережі Internet.

Практичне значення отриманих результатів. Практичне значення полягає у розробці конкретних рекомендацій та організаційних заходів для МЦ «ДОКАРТ», які можуть бути використані для підготовки до акредитації (сертифікації) та слугувати методичною основою для впровадження ефективної СУЯ в інших багатопрофільних медичних закладах.

Елементи наукових досліджень. Наукова новизна полягає у вперше сформованій моделі удосконалення СУЯ МЦ «ДОКАРТ» шляхом інтегрованого застосування вимог ISO 9001 та ISO 15189. Удосконалено методичний підхід до оцінки ефективності СУЯ, спрямований на поглиблений аналіз якості внутрішніх процесів обслуговування.

Апробація результатів дослідження і публікації. За результатами досліджень опубліковані тези на VI Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «YOUTH PHARMACY SCIENCE» (НФаУ, м. Харків, 10-11.12.2025 року) та постерна доповідь на VIII Всеукраїнській науково-освітній конференції з міжнародною участю «Формування національної лікарської політики: питання освіти, теорії та практики» (м. Харків, 27 листопада 2025 р.). Результати наведено (Додаток В).

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних літературних джерел та додатків. Робота викладена на 95 сторінках друкованого тексту, яка включає 21 таблицю, 27 рисунків та 36 джерел літератури (із них 8 – іноземною мовою).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Теоретичні засади забезпечення якості медичних послуг охоплюють професійну компетенцію медичного персоналу, ефективність та безпечність лікування, а також належне управління процесами, що включає багатоступеневий контроль якості на рівні як медичного закладу, так і окремого працівника. Якість визначається відповідністю послуг встановленим стандартам та очікуванням пацієнтів, а її забезпечення є комплексним завданням, що потребує постійного вдосконалення.

1.1 Сутність та особливості якості медичного обслуговування

Сучасне розуміння суті якості медичної допомоги було сформовано в 70-х роках минулого століття завдяки працям ученого А. Донабедіана (Avedis Donabedian), який розробив теоретичні основи її оцінювання та практичного впровадження [14, 15, 23, 36].

У своїй концепції А. Донабедіан наголошував на необхідності цілеспрямованого забезпечення якості медичних послуг. Він стверджував, що якість визначається використанням медичної науки та технологій з метою отримання найбільшої користі для здоров'я людини, проте без збільшення ризику [14, 15].

Таким чином, рівень якості – це ступінь, до якого вдається досягти оптимального балансу між користю та ризиком для здоров'я пацієнта.

Для забезпечення систематизованого підходу до оцінювання, ці три компоненти – структура, процес і результат – деталізовано представлені у табл. 1.1, що ілюструє їхню взаємозалежність та критерії оцінки [14, 15, 26].

**МОДЕЛЬ ОЦІНЮВАННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ А.
ДОНАБЕДІАНА (S-P-O)**

Компонент (елемент якості)	Сутність (що оцінюється)	Приклади оцінювання	Вплив на якість
1	2	3	4
1. Структура	Умови та ресурси, в яких надається допомога (фізичні, організаційні, кадрові)	Наявність необхідного обладнання (наприклад, апарат ШВЛ). Кваліфікація та сертифікація лікарів. Наявність та ефективність протоколів безпеки	Створює потенціал для якісної допомоги
2. Процес	Дії та взаємодія між пацієнтом і системою охорони здоров'я (як саме надається допомога)	Дотримання клінічних настанов при лікуванні. Правильність встановлення діагнозу. Якість спілкування лікаря з пацієнтом (інформована згода, етика)	Визначає, чи реалізований потенціал структури; є критичним для результату
3. Результат	Кінцевий ефект медичної допомоги для пацієнта та суспільства	Рівень смертності та ускладнень. Зміни у стані здоров'я пацієнта (видужання). Показники якості життя та задоволеності пацієнта	Кінцева мета оцінювання; відображає ефективність структури та процесу

Оцінювання результатів медичної допомоги виходить за межі суто клінічних показників і охоплює низку складно вимірюваних, але критично важливих факторів, що мають значення для пацієнтів, їхніх родин та лікарів. До цих важливих вимірювань належать: частота медичних помилок та

інфекцій, рівень задоволеності пацієнта та його сім'ї наданими послугами, якість життя з точки зору стану здоров'я, якість помирання, а також ступінь професійного вигорання медичного персоналу. При цьому слід розуміти, що жоден окремих фактор з цього спектра, як правило, не може самостійно забезпечити суттєве та бажане покращення загальної якості медичного обслуговування, підкреслюючи необхідність комплексного підходу [15, 24, 34].

Медична допомога низької якості може надаватися навіть у відмінно оснащених медичних закладах. Так само, бажані результати іноді можуть бути досягнуті незалежно від недосконалого процесу або неправильної організації послуг. Ця реальність вказує на існування так званого «ефекту загального пакету медичного обслуговування». Згідно з цим поглядом, медичне обслуговування є комплексною інтеграцією структури, процесу та кінцевого результату. Тому якість допомоги слід вимірювати, розглядаючи весь цей пакет як єдине ціле, а не окремі його компоненти. Взаємозв'язок структури, процесу і результату називається «тріада Донабедіана» [14, 18].

На рис. 1.1 наведено «Тріаду Донабедіана».



Рис. 1.1 Взаємозв'язок структури процесу та результату: «Тріада Донабедіана»

Як видно із рис. 1.1 компонент «Структура» (Inputs) охоплює всі залучені ресурси, включаючи людські ресурси (персонал) та засоби

(обладнання, приміщення). Процеси являють собою сукупність різноманітних взаємодій – клінічних, підтримуючих та адміністративних — що відбуваються між тими, хто надає послуги (постачальниками), і тими, хто їх отримує (одержувачами). Результати (Outcomes) відображають зміни у стані здоров'я, такі як полегшення симптомів. Елементи «Триади Донабедіана», що формують якість послуг медичних установ, включають якість структури – складову якості послуг медичного закладу: – освіту й рівень підготовки кадрів (кваліфікація); – забезпечення обладнанням (наявність і оперативний ремонт); – стан території, корпусів, будівель, кабінетів, приміщень; – постачання лікарськими засобами та медичними виробами; – грамотність задіяння всіх видів ресурсів; – фінансовий стан і забезпечення медичного закладу. Якість технології, за теорією «Триади Донабедіана» є складовою якості надання всього спектру медичної допомоги, що характеризується: – процесом надання медичної допомоги на момент прийняття пацієнта до приймального покою, поставлення діагнозу; – оптимальністю комплексу лікувально-діагностичних заходів, наданих конкретному хворому: кількість медичної допомоги (маніпуляцій) повинна бути оптимальною, алгоритм її виконання зрозумілим, чітким, доступним; – відсутністю/наявністю лікарської помилки [14, 15, 18, 22].

Під лікарською помилкою розуміють такі вчинки, дії або їх відсутність персоналу лікарні під час надання допомоги пацієнтові, які сприяли або могли сприяти: – посиленню наявного в пацієнта захворювання; – збереженню ризику прогресування наявного в пацієнта захворювання, виникнення нового патологічного процесу: – неоптимальному використанню ресурсів; – незадоволеності пацієнта медичною послугою [14, 32].

Якість результату – складова якості медичної допомоги, що характеризується такими результатами: – динамікою перебігу здоров'я хворого; – результатом надання медичної допомоги всім пацієнтам у лікарні; – рівнем здоров'я жителів регіону (конкретної території). Якість результату стосовно пацієнта – це порівняння досягнутого результату захворювання і

можливого результату з урахуванням клінічного діагнозу, віку та ін. Якість результатів надання послуг лікувально-профілактичним закладом включає такі показники: загальну летальність, післяопераційну летальність, збіг діагнозів, частоту післяопераційних ускладнень або повне лікування захворювання. До результатів також належать ширші показники: зниження захворюваності та / або смертності, профілактика хвороби / нещасних випадків, а також рівень задоволеності як пацієнтів, так і співробітників. Таким чином, всі ініціативи, спрямовані на забезпечення якості, повинні бути сконцентровані на досягненні та оцінюванні цих кінцевих результатів [14, 15, 24, 34].

Слід відмітити, що кожен з компонентів Системи управління якістю (СУЯ) може розглядатися на різних рівнях його забезпечення: макро, мезо і мікро (рис. 1.2) [14, 15].

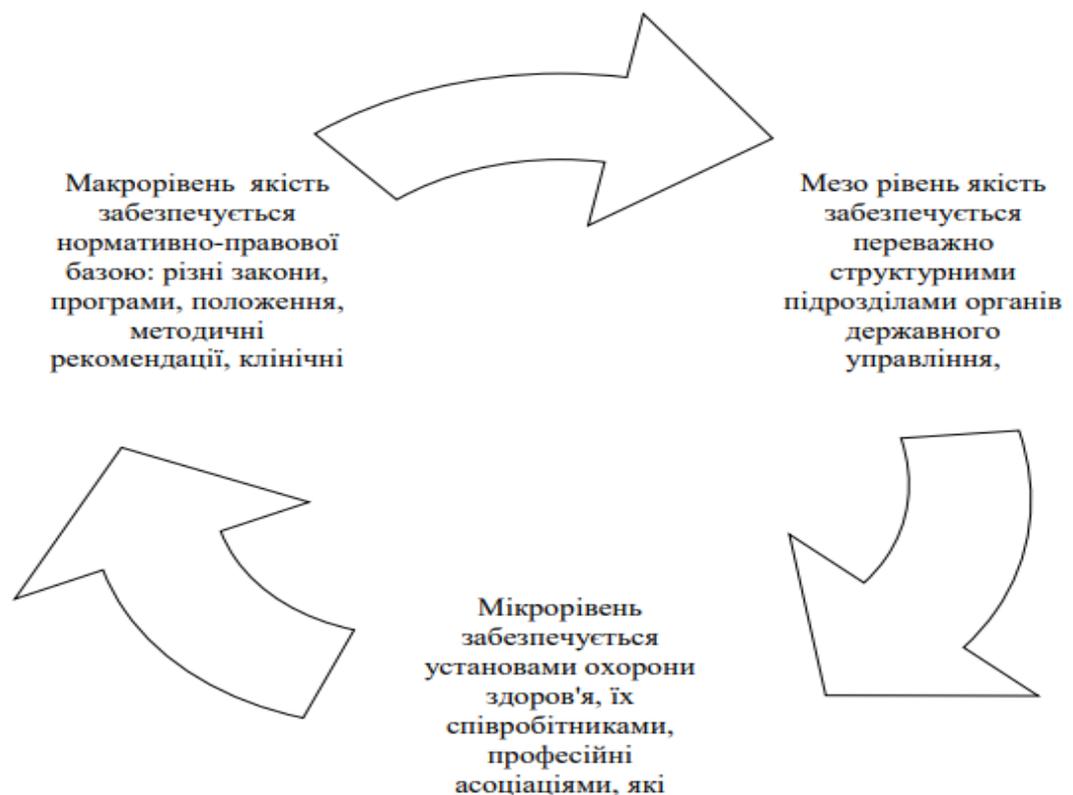


Рис. 1.2 Рівні забезпечення якості медичного обслуговування

Так, на макрорівні якість забезпечується нормативно-правовою базою: закони, положення, методичні рекомендації, клінічні протоколи/керівництва, стандарти, а також контроль за реалізацією, здійснюваний на рівні Уряду,

Мезо рівень якості забезпечується переважно структурними підрозділами органів державного управління, професійними асоціаціями, освітніми установами. Мікрорівень забезпечується установами охорони здоров'я, їх співробітниками, професійні асоціаціями, які надають практичне обслуговування на місцях. Макрорівень якості забезпечується нормативно-правовою базою: різні закони, програми, положення, методичні рекомендації, клінічні протоколи/керівництва, стандарти, а також контроль за реалізацією, здійснюваний на рівні Уряду, Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) та інших органів управління [14, 15, 17, 19].

На рівні якості забезпечується переважно структурними підрозділами органів державного управління, професійними асоціаціями, освітніми установами. На мікрорівні в покращенні якості беруть безпосередню участь установи охорони здоров'я, професійні асоціації, які надають практичне обслуговування на місцях. На мікрорівні (в організаціях охорони здоров'я) перш за все забезпечується структурна якість і якість процесу організації лікувально-діагностичного обслуговування. Залежно від рівня забезпечення якості медицини в системі можуть бути різні параметри структури, процесу, результатів. На кожному рівні забезпечення якості визначаються бажані цілі, вивчається структура, що забезпечує реалізацію поставлених завдань, розробляються показники для моніторингу та оцінки досягнутих результатів.

Якість медичної допомоги має велике значення для суспільства. Сьогодні в Україні проходить реформування медичної галузі, і якість медичної допомоги – одне з пріоритетних його напрямків. Якість у системі охорони здоров'я означає, що пацієнти мають отримувати високий рівень опіки, мають доступ до кваліфікованого та компетентного медичного персоналу та організації, орієнтованої на якість, здобувають зрозумілу освіту та постійно оцінюють їх відгуки. На сьогодні відсутнє єдине узгоджене визначення поняття якості медичної допомоги. Згідно з наказом МОЗ якість медичної допомоги є належним (відповідно до стандартів, клінічних протоколів) проведення всіх заходів, які є безпечними, раціональними, прийнятними з

точки зору коштів, що використовуються в суспільстві, захворюваність, інвалідність. Під якістю медичної допомоги також розуміють процес взаємодії лікаря та пацієнта, що ґрунтується на професіоналізмі лікаря, тобто його здатності знижувати ризик прогресування захворювання в пацієнта та попереджувати виникнення нового патологічного процесу, оптимально використовувати ресурси медицини і забезпечувати задоволеність пацієнта наданою йому медичною допомогою. Якісне медичне обслуговування – є обслуговуванням, за якого ресурси організуються так, щоб максимально ефективно та безпечно задовольняти медико-санітарні потреби тих, хто потребує допомоги, виконувати профілактику та лікування без непотрібних витрат і відповідно до вимог найвищого рівня [2, 15, 20, 26].

Таким чином, якість медичної допомоги є сукупністю великої кількості характеристик, що підтверджують відповідність наданої медичної допомоги наявним потребам пацієнта, сучасному рівню медичної науки і технології. Аналіз існуючих підходів до визначення якості медичних послуг дозволив виділити основні характеристики: • відповідність медичної допомоги сучасному рівню розвитку науки, встановленим вимогам, стандартам; • оптимальне (ефективне) використання ресурсів; • задоволення потреб пацієнтів. ВООЗ визначає якість послуг як «ступінь, в якій медичні послуги, що надаються окремим особам і пацієнтам, покращують результати щодо здоров'я. Для цього медичне обслуговування має бути безпечним, ефективним з медичної точки зору, своєчасним, справедливим, ефективним за витратами і орієнтованим на пацієнта.

1.2 Принципи та підходи до управління якістю у сфері охорони здоров'я

Ефективне управління якістю у сфері охорони здоров'я є ключовим фактором для забезпечення безпеки пацієнтів, оптимізації процесів та досягнення високих клінічних результатів. Сучасні підходи до управління якістю значною мірою ґрунтуються на загальновизнаних принципах

менеджменту якості, адаптованих до специфіки медичної галузі, а також на концепціях безперервного покращення [3, 9, 11, 12, 29].

Міжнародний стандарт ISO 9001:2015 «Системи менеджменту якості. Вимоги» є одним з найпоширеніших у світі стандартів, що визначає вимоги до системи управління якістю. Він базується на восьми ключових принципах, які можуть бути ефективно імплементовані в закладах охорони здоров'я [6, 7-10, 24-28, 30-34].

1. Орієнтація на споживача (пацієнта).

○ Сутність: головна мета закладу охорони здоров'я – задоволення потреб та перевищення очікувань пацієнтів. Це передбачає розуміння їхніх потреб, побажань, а також надання медичних послуг, що відповідають найвищим стандартам безпеки та ефективності.

○ Застосування в охороні здоров'я: регулярний збір зворотного зв'язку від пацієнтів, аналіз скарг, моніторинг задоволеності, індивідуалізований підхід до лікування та догляду.

2. Лідерство.

○ Сутність: керівники всіх рівнів формують єдину мету та напрямок діяльності організації, створюють умови, в яких персонал залучається до досягнення цілей якості.

○ Застосування в охороні здоров'я: керівництво лікарні чи клініки визначає візію якості, демонструє приклад відповідальності, забезпечує ресурси та підтримує ініціативи щодо покращення якості серед персоналу.

3. Залучення персоналу.

○ Сутність: повне залучення компетентного, уповноваженого та відданого персоналу на всіх рівнях є критично важливим для створення та надання цінності.

○ Застосування в охороні здоров'я: заохочення медперсоналу до участі у прийнятті рішень щодо покращення процесів, регулярне навчання, створення умов для професійного розвитку та визнання їхнього внеску.

4. Процесний підхід.

- Сутність: досягнення бажаних результатів є ефективнішим, коли діяльність розуміється та управляється як взаємопов'язані процеси.
 - Застосування в охороні здоров'я: чітке документування клінічних та адміністративних процесів (наприклад, процес госпіталізації, проведення операції, надання невідкладної допомоги), визначення їхніх входів, виходів та відповідальних осіб.
5. Покращення (безперервне вдосконалення).
- Сутність: організація повинна постійно прагнути до покращення своїх показників, процесів та результатів. Це не одноразова дія, а безперервний цикл.
 - Застосування в охороні здоров'я: впровадження системи аудиту, аналіз інцидентів, застосування методик покращення (наприклад, Lean, Six Sigma), використання циклу PDCA (описано нижче).
6. Прийняття рішень на основі фактичних даних.
- Сутність: ефективні рішення базуються на аналізі даних та інформації.
 - Застосування в охороні здоров'я: збір та аналіз статистичних даних про якість лікування, показники ефективності, частоту ускладнень, задоволеність пацієнтів для обґрунтування управлінських рішень та змін у практиці.
7. Управління взаємовідносинами.
- Сутність: ефективне управління взаємовідносинами з зовнішніми постачальниками (партнерами) та іншими зацікавленими сторонами є важливим для досягнення стабільних результатів.
 - Застосування в охороні здоров'я: побудова ефективних відносин з постачальниками медикаментів та обладнання, страховими компаніями, державними регуляторами та іншими медичними закладами.
8. Системний підхід до менеджменту.

○ Сутність: визначення, розуміння та управління взаємопов'язаними процесами як системою сприяє результативності та ефективності організації у досягненні її цілей.

○ Застосування в охороні здоров'я: розгляд закладу охорони здоров'я як єдиної системи, де всі відділення, служби та процеси взаємодіють для досягнення спільної мети – надання якісної медичної допомоги.

Дотримання цих принципів створює міцну основу для системи менеджменту якості, що, своєю чергою, дозволяє медичним закладам підвищувати ефективність роботи, гарантувати безпеку та забезпечувати безперервне вдосконалення якості послуг (табл. 1.2) [9, 12].

Таблиця 1.2

**ПРИНЦИПИ МЕНЕДЖМЕНТУ ЯКОСТІ ISO 9001:2015 ТА ЇХ
ЗАСТОСУВАННЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я**

Принципи менеджменту якості	Сутність	Застосування в охороні здоров'я
1	2	3
1. Орієнтація на пацієнта	Фокус на задоволенні потреб та очікувань пацієнтів	Збір зворотного зв'язку, індивідуалізований догляд, високі стандарти безпеки
2. Лідерство	Створення єдиної мети та напрямку, сприятливого середовища для якості	Визначення візії якості, забезпечення ресурсів, підтримка ініціатив керівництвом
3. Залучення персоналу	Компетентний та залучений персонал на всіх рівнях	Участь медперсоналу у прийнятті рішень, навчання, професійний розвиток
4. Процесний підхід	Управління діяльністю як взаємопов'язаними процесами	Документування клінічних та адміністративних процесів, визначення входів / виходів

1	2	3
5. Покращення	Постійне прагнення до вдосконалення показників та результатів	Аудит, аналіз інцидентів, застосування методик Lean/Six Sigma, PDCA
6. Рішення на основі даних	Ефективні рішення, що базуються на аналізі фактів та інформації	Аналіз статистики лікування, ускладнень, задоволеності для обґрунтування рішень
7. Управління взаємовідносинами	Ефективна взаємодія з зовнішніми постачальниками та зацікавленими сторонами	Співпраця з постачальниками, страховими, регуляторами, іншими закладами
8. Системний підхід до менеджменту	Розгляд організації як єдиної системи взаємодіючих процесів	Інтегроване управління всіма відділеннями та службами для досягнення спільних цілей якості

Одним з найбільш ефективних і широко використовуваних інструментів для безперервного покращення якості є цикл PDCA (Plan-Do-Check-Act), також відомий як цикл Демінга (за іменем В. Едвардса Демінга). Цей ітераційний підхід є основою для реалізації принципу «Покращення» та дозволяє системно впроваджувати зміни, оцінювати їх ефективність та коригувати дії (рис. 1.3). Етапи Циклу PDCA наведено [4, 7, 14, 25, 29, 32-35]:

1. Планування (Plan):
 - Сутність: на цьому етапі визначається проблема або можливість для покращення. Розробляються цілі, прогнозовані результати та план дій для досягнення цих цілей.
 - В охороні здоров'я: визначення проблеми (наприклад, високий рівень внутрішньолікарняних інфекцій), встановлення конкретної мети

(знизити рівень інфекцій на 10,0% за 3 місяці), розробка детального плану (впровадження нового протоколу дезінфекції, навчання персоналу).

2. Виконання (Do):

- Сутність: заплановані дії впроваджуються, часто в невеликому масштабі або пілотній формі, щоб мінімізувати ризики. Збираються дані для подальшого аналізу.

- В охороні здоров'я: впровадження нового протоколу дезінфекції в одному відділенні, проведення тренінгів для обмеженої групи персоналу, збір даних про кількість інфекцій у цьому відділенні після впровадження.

3. Перевірка (Check):

- Сутність: на цьому етапі відбувається аналіз зібраних даних та порівняння отриманих результатів з запланованими цілями. Визначається ефективність змін та виявляються можливі відхилення.

- В охороні здоров'я: аналіз статистики інфекцій у пілотному відділенні, порівняння її з попередніми показниками та встановленою ціллю. Оцінка виконання протоколу персоналом.

4. Дія (Act):

- Сутність: залежно від результатів перевірки, приймається рішення: якщо зміни були успішними, їх стандартизують та впроваджують у ширшому масштабі; якщо ні – цикл повторюється з коригуванням плану на основі отриманого досвіду.

- В охороні здоров'я: якщо протокол виявився ефективним, його впроваджують у всій лікарні. Якщо результати незадовільні, аналізуються причини (можливо, протокол нечіткий, навчання було недостатнім) і цикл PDCA запускається знову з оновленим планом.

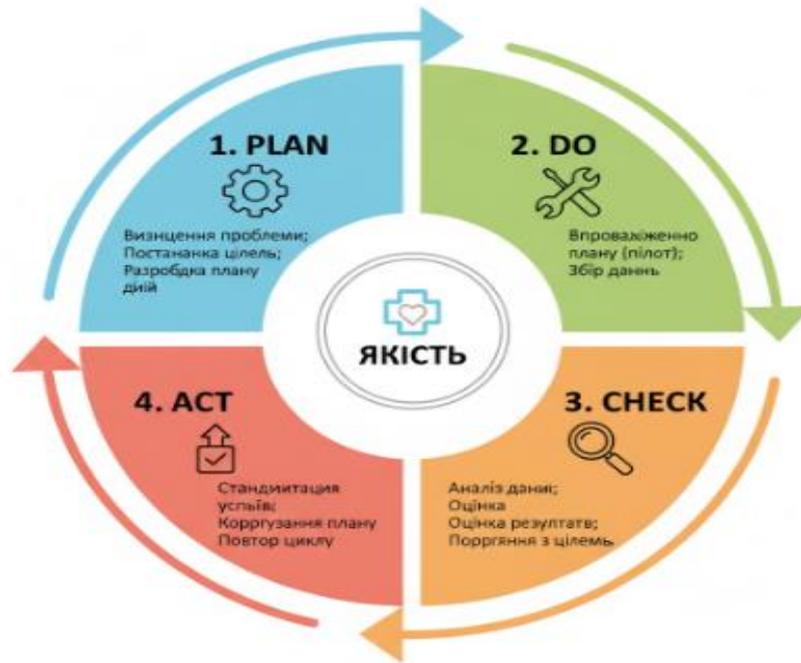


Рис. 1.3 Цикл PDCA для безперервного покращення якості в охороні здоров'я

Цикл PDCA є гнучким інструментом, який сприяє розвитку культури безперервного покращення, де помилки розглядаються як можливості для навчання, а кожен етап процесу є предметом постійного аналізу та оптимізації. Застосування PDCA в поєднанні з принципами ISO 9001:2015 створює надійну основу для системного управління якістю та підвищення ефективності діяльності закладів охорони здоров'я.

Таким чином, розвиток концепції якості в медицині пройшов шлях від індивідуальної етики та персональної відповідальності лікаря (започаткованої Клятвою Гіппократа) до системного, вимірюваного менеджменту. Значний прорив стався у XIX столітті завдяки Флоренс Найтінгейл, яка застосувала статистичні дані для зв'язку між санітарними умовами та смертністю. Фундаментальні основи сучасного підходу були закладені у другій половині XX століття: Аведіс Донабедіан створив модель Структура – Процес – Результат, а принципи Загального Управління Якістю (TQM) та цикл PDCA (Демінг, Джуран) були адаптовані для безперервного вдосконалення. Наразі якість оцінюється комплексно, з акцентом на безпеці пацієнта,

клієнтоорієнтованості та використанні міжнародних стандартів, як-от ISO 9001.

Незважаючи на ці світові досягнення, впровадження принципів менеджменту якості в українську систему охорони здоров'я стикається з низкою системних, фінансових та культурних бар'єрів. До системних проблем належать фрагментація системи, недостатній регуляторний контроль та слабкість інтегрованої електронної системи, що ускладнює збір даних для оцінки результату. Фінансові обмеження (нестача інвестицій у структуру та низька оплата праці) призводять до вигорання персоналу та відтоку кадрів, що безпосередньо шкодить якості процесу. Нарешті, культурні бар'єри, опір змінам, інерція та страх покарання за медичні помилки, перешкоджають формуванню необхідної культури безпеки та відкритого аналізу, що є критичним для циклічного покращення.

1.3 Міжнародний досвід організації систем управління якістю медичних послуг

Світова практика управління якістю медичних послуг базується на використанні інтегрованих систем та загальновизнаних стандартів, адаптованих до високих вимог медичної галузі. Ключову роль тут відіграє поєднання універсальних принципів управління якістю (ISO 9001) зі спеціалізованими галузевими вимогами (наприклад, ISO 15189 для діагностичних послуг) [5, 13, 16, 21, 31].

Міжнародний стандарт ISO 9001:2015 є основою для побудови Системи Управління Якістю (СУЯ) в організаціях будь-якого типу. У сфері охорони здоров'я він забезпечує системний, процесний та ризик-орієнтований підхід до надання послуг [5, 6, 9, 25, 31, 33]:

- Фокус: встановлення вимог до СУЯ, що дозволяє організації послідовно надавати продукцію та послуги, які відповідають вимогам споживачів (пацієнтів) та законодавчим вимогам.

- Ключові переваги: забезпечує загальну організаційну структуру для управління якістю, яка базується на восьми принципах менеджменту якості та циклі PDCA (Плануй-Виконуй-Перевірй-Дій), гарантуючи безперервне вдосконалення всіх клінічних та адміністративних процесів.

- Вимоги: обов'язкове документування процесів, управління ризиками та можливостями, лідерство керівництва та орієнтація на пацієнта.

Однак, будучи універсальним, ISO 9001:2015 не містить детальних клінічних або технічних вимог, необхідних для високоспеціалізованих медичних процесів. Саме тому його доповнюють галузевими стандартами.

Спеціалізований Стандарт: ISO 15189:2022 для медичних лабораторій ISO 15189:2022 є спеціалізованим міжнародним стандартом, розробленим виключно для медичних лабораторій (діагностичних центрів). Він визначає вимоги до компетентності та якості, необхідні для надання послуг, які є надійними, точними та своєчасними:

- Фокус: зосереджений на технічній компетентності лабораторії, якості лабораторних процедур на преаналітичному, аналітичному та постаналітичному етапах, а також на безпеці пацієнта.

- Інтеграція з ISO 9001: стандарт ISO 15189 містить усі вимоги ISO 9001 (тобто є стандартом СУЯ), але доповнює їх специфічними вимогами, що стосуються управління персоналом, обладнанням, реагентами, контролю якості та інтерпретації результатів.

- Акцент на пацієнті: особливу увагу приділяє забезпеченню якості від моменту призначення дослідження лікарем до моменту інтерпретації та використання результату для прийняття клінічного рішення.

Ефективна система управління якістю медичних послуг, особливо діагностичних, вимагає інтеграції обох стандартів, де ISO 9001 надає загальну рамку управління, а ISO 15189 – технічну глибину. Результати представлено у табл. 1.3 (Додаток Б).

ПОРІВНЯННЯ ISO 9001:2015 ТА ISO 15189:2022

Критерій	ISO 9001:2015	ISO 15189:2022
1	2	3
Сфера застосування	Будь-яка організація, будь-яка галузь	Виключно медичні лабораторії та діагностичні служби
Основна мета	Якість менеджменту, орієнтація на клієнта (пацієнта) та постійне вдосконалення	Технічна компетентність, надійність результатів та безпека пацієнта у лабораторній діагностиці
Вимоги до персоналу	Загальні вимоги до компетентності	Детальні вимоги до кваліфікації, навчання, безперервного професійного розвитку лабораторного персоналу
Управління процесами	Загальний процесно-орієнтований підхід	Специфічне управління преаналітичними, аналітичними та постаналітичними етапами
Управління ризиками	Ризики для досягнення цілей організації	Ризики для пацієнта, пов'язані з неправильними результатами тестування та інтерпретацією
Акредитація	Сертифікація СУЯ	Акредитація компетентності (здійснюється національними органами акредитації)

Міжнародний досвід доводить, що оптимальна система якості для діагностичних послуг будується на основі ISO 9001 (для адміністративних, фінансових та загальноорганізаційних процесів), який служить СУЯ, і доповнюється вимогами ISO 15189 (для забезпечення якості та технічної компетентності основних лабораторних процесів). Такий інтегрований підхід забезпечує як надійне управління організацією, так і високу якість кінцевого діагностичного результату, що є критичним для лікування пацієнта.

Висновки до розділу I

Зроблено узагальнення літературних джерел щодо теоретичних засадах забезпечення якості медичних послуг, а саме:

1. Встановлено, що сучасна концепція якості медичного обслуговування базується на моделі А. Донабедіана, яка інтегрує три взаємозалежні компоненти: структуру, процес та результат. Доведено, що якість визначається досягненням оптимального балансу між найбільшою користю для здоров'я пацієнта та мінімізацією ризиків, що виникають при застосуванні медичної науки і технологій. Досліджено, що якість не обмежується лише клінічними показниками, а включає також складно вимірювані фактори, як-от задоволеність пацієнта, частота помилок та вигорання персоналу. Обґрунтовано існування «ефекту загального пакету медичного обслуговування», який вимагає розглядати інтеграцію структури, процесу та результату як єдине ціле. Визначено, що якість медичної допомоги є сукупністю характеристик, що підтверджують її відповідність потребам пацієнта, сучасному рівню науки та ефективному використанню ресурсів.

2. Систематизовано, що основу ефективного управління якістю в охороні здоров'я становлять вісім принципів менеджменту якості ISO 9001:2015, серед яких ключовими є орієнтація на пацієнта, лідерство та процесний підхід. Встановлено, що інструментом безперервного покращення є цикл PDCA (Plan-Do-Check-Act), який забезпечує системне впровадження, оцінку та коригування змін у медичних процесах. Доведено, що ці принципи створюють міцну основу для надійної СУЯ, що дозволяє медичним закладам підвищувати ефективність та гарантувати безпеку. Узагальнено історичний розвиток концепції якості від етики до системного менеджменту. Визначено, що впровадження цих світових досягнень в Україні зіштовхується з низкою системних, фінансових та культурних бар'єрів (фрагментація, вигорання, опір змінам).

3. Досліджено, що світовий досвід організації СУЯ медичних послуг базується на інтегрованому підході з використанням міжнародних стандартів.

Встановлено, що ISO 9001:2015 слугує загальною рамкою для СУЯ медичного закладу, забезпечуючи системний, ризик-орієнтований та клієнтоорієнтований менеджмент. Визначено, що ISO 15189:2022 є спеціалізованим стандартом для медичних лабораторій, який доповнює ISO 9001 деталізованими вимогами до технічної компетентності та якості преаналітичних, аналітичних і постаналітичних етапів. Обґрунтовано, що інтеграція ISO 9001 та ISO 15189 забезпечує оптимальну систему якості для діагностичних послуг, гарантуючи як надійне управління, так і високу точність кінцевого діагностичного результату.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СТАНУ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У МЕДИЧНОМУ ЦЕНТРІ «ДОКАРТ»

2.1 Загальна характеристика медичного центру «ДОКАРТ»

За результатами аналізу вебсайту Медичного Центру (МЦ) «ДОКАРТ» (URL: <https://www.okc.com.ua/uk>), встановлено, що МЦ «ДОКАРТ» — це приватний багатoproфільний центр, який був заснований у 2015 році у місті Харків за адресою вул. Маяковського, 24, працює з понеділка до суботи з 09:00 до 18:00. МЦ «ДОКАРТ» є багатoproфільним медичним закладом, що спеціалізується на наданні широкого спектру діагностичних, консультативних та лікувальних послуг, з особливим акцентом на офтальмологію, пластичну хірургію та естетичну медицину. МЦ «ДОКАРТ» дозволяє пацієнтам отримувати комплексне лікування та консультації в одному місці. Незважаючи на спеціалізацію в офтальмології, клініка активно розвиває напрямки хірургії, естетичної медицини та загальної терапії. Основний штат МЦ «ДОКАРТ» формують лікарі різних спеціальностей, чисельність яких оцінюється в діапазоні 45–55 фахівців. Підтримка медичного процесу забезпечується середнім медичним персоналом (медсестри) — це найбільш чисельна категорія, що становить близько 60 осіб. Крім того, штат включає адміністративний та управлінський персонал (8–10 осіб), технічний персонал для забезпечення клінічної підтримки, логістики та роботи реєстратури (10–15 осіб), а також реабілітаційний та допоміжний персонал (фізіотерапевти, асистенти та ін.) — приблизно 12–15 осіб. Таким чином, загальна чисельність працівників МЦ «ДОКАРТ» приймається на рівні 140–150 осіб [1].

На підставі аналізу ключові напрями діяльності МЦ «ДОКАРТ» систематизовано у табл. 2.1.

НАПРЯМИ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОГО ЦЕНТРУ «ДОКАРТ»

№ п/п	Напрямок діяльності	Коротка характеристика / Спеціалізація
1	2	3
1	Офтальмологія	Ключовий напрямок: комплексна діагностика зору, лікування катаракти, патологій сітківки, лазерна корекція зору, а також послуги підбору окулярів та нічних лінз
2	Естетична / косметологічна медицина	Надання сучасних косметологічних послуг та процедур, спрямованих на омолодження та корекцію зовнішності. Прикладом є RF-ліфтинг із використанням апаратів – Endymed PRO
3	Амбулаторна (денної форми) хірургія	Проведення оперативних втручань, які не вимагають цілодобового перебування пацієнта в стаціонарі. Це дозволяє пацієнтам повернутися додому в той же день
4	Реабілітація	Комплекс заходів із фізичної реабілітації після перенесених травм, хірургічних операцій або порушень функцій опорно-рухового апарату та інших систем
5	Гастроентерологія	Діагностика та лікування захворювань шлунково-кишкового тракту, печінки, жовчного міхура та підшлункової залози
6	Гінекологія	Надання медичної допомоги жінкам, що включає діагностику, лікування та профілактику захворювань жіночої репродуктивної системи
7	Урологія	Діагностика, терапевтичне та хірургічне лікування захворювань сечовивідної системи та чоловічої репродуктивної системи
8	Дерматологія / Трихологія	Діагностика та лікування захворювань шкіри (дерматологія) та спеціалізована допомога при проблемах із волоссям та шкірою голови (трихологія)

1	2	3
9	Кардіологія	Діагностика, лікування та профілактика захворювань серцево-судинної системи
10	Ендокринологія	Діагностика та лікування порушень функцій ендокринної системи, включаючи захворювання щитоподібної залози та цукровий діабет
11	Ендоскопія	Використання мініінвазивних методів (зокрема, ендоскопів) для візуальної діагностики та лікування внутрішніх органів без великих хірургічних розрізів

МЦ «ДОКАРТ» позиціонує себе як клініка сучасної медицини, що використовує високотехнологічне обладнання та індивідуалізований підхід до кожного пацієнта. Окрім основної спеціалізації, МЦ «ДОКАРТ» пропонує консультації та лікування у відділеннях загальної діагностики, гінекології, урології, дерматології, трихології, гастроентерології та інших вузьких напрямках (табл. 2.1). МЦ «ДОКАРТ» наголошує на високій кваліфікації свого медичного персоналу, що включає лікарів вищої категорії та кандидатів медичних наук, та забезпечує супровід пацієнтів до повного одужання.

2.2 Організаційна структура та система менеджменту якості у медичному центрі «ДОКАРТ»

Аналіз системи управління персоналом у закладі охорони здоров'я починається з вивчення її внутрішньої структури, оскільки саме організаційна структура (ОС) визначає ієрархію, розподіл відповідальності, комунікаційні потоки та механізми прийняття рішень. Враховуючи багатопрофільний характер та масштаб МЦ «ДОКАРТ» (із чисельністю персоналу 140–150 осіб), для цілей дослідження була розроблена модельна лінійно-функціональна структура, яка відображає основні управлінські та медичні функції (рис. 2.1).

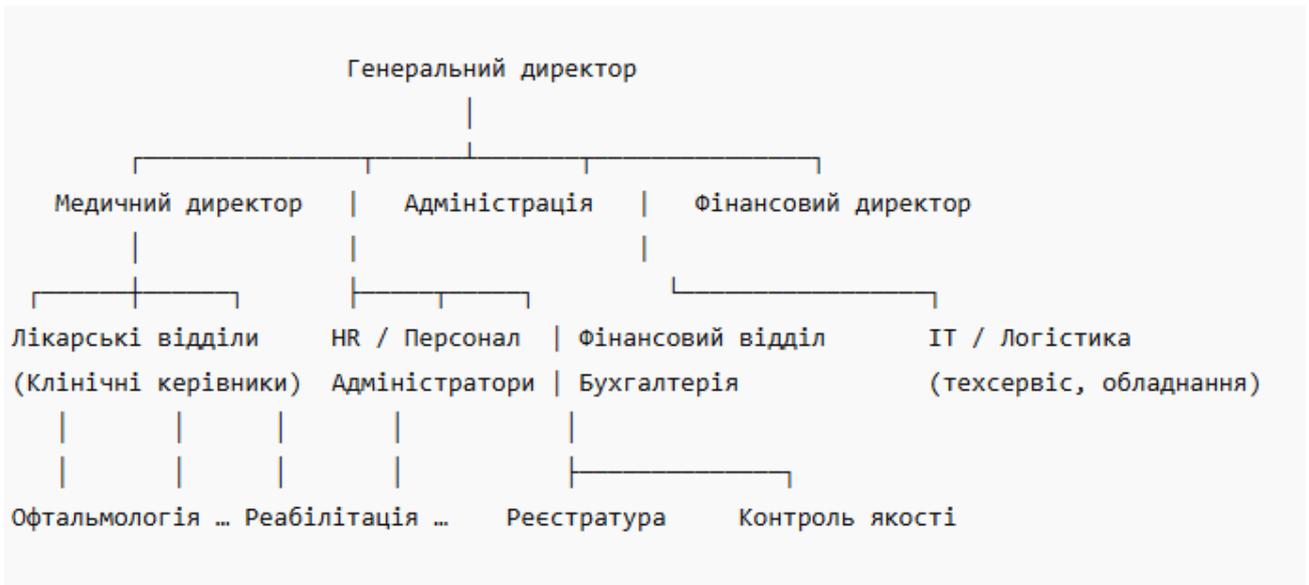


Рис 2.1 Організаційна структура управління МЦ «ДОКАРТ»

Згенерована організаційна модель (рис. 2.1) передбачає дворівневу ієрархію з чітким розподілом функціональних обов'язків. На верхівці управління – Генеральний директор, який несе відповідальність за стратегічний розвиток, загальне операційне та фінансове управління МЦ «ДОКАРТ», а також взаємодію з власниками. Безпосередньо під Генеральним директором розташовані ключові функціональні підрозділи:

- **Медичний директор:** керує всією клінічною діяльністю, забезпечуючи дотримання стандартів лікування, клінічних протоколів та впровадження медичних інновацій. Він є ключовою ланкою для взаємодії з лікарями (основний медичний штат).
- **Фінансовий директор:** відповідає за фінансове планування, бюджетування, ціноутворення та управління закупівлями (зокрема, медичного обладнання).
- **Адміністрація:** це об'єднаний блок, який займається фронт-офісом (адміністратори, реєстратори), забезпечуючи клієнтську взаємодію, запис пацієнтів та підвищення пацієнтського досвіду.
- **HR / Персонал:** цей блок зосереджений на кадровому менеджменті — рекрутингу, навчанні та розвитку лікарів і середнього медперсоналу, а також на питаннях мотивації та компенсації.

- ІТ / Логістика: забезпечує технічну підтримку клінічних інформаційних систем, електронних медичних карт, а також відповідає за технічне обслуговування обладнання та логістичні процеси.

- Контроль якості: функціональний підрозділ, відповідальний за внутрішній аудит процесів, впровадження та моніторинг стандартів якості, протоколів, а також за збір та аналіз зворотного зв'язку від пацієнтів, що є критично важливим для клініки, що декларує високі стандарти.

Така структура дозволяє забезпечити як функціональну спеціалізацію (наприклад, окремі фінанси та персонал), так і лінійне підпорядкування (через Генерального та Медичного директорів), що є ефективним для управління високотехнологічними медичними послугами.

МЦ «ДОКАРТ» декларує свою місію як «ваше здоров'я» та позиціонує себе як клініка, що працює відповідно до «золотих стандартів медицини XXI століття». Таке формулювання вказує на прагнення до високої клінічної якості, хоча і не посилається на конкретні формалізовані системи менеджменту. Оцінка інформаційного наповнення вебсайту МЦ «ДОКАРТ» дає змогу проаналізувати компоненти якості відповідно до «тріади Донабедіана» (Структура–Процес–Результат):

1. Якість Структури (Ресурси та Умови). Якість структури представлена через акценти на ключових ресурсах, які є основою для надання якісних медичних послуг:

- Кадрове забезпечення: МЦ «ДОКАРТ» наголошує на наявності «висококваліфікованих лікарів» та «висококласних фахівців», які регулярно підвищують свій рівень знань. Наявність окремого розділу «Лікарі» та згадка про «авторську методику N.A.S.A.» підкреслює власну експертизу.

- Технічне забезпечення: МЦ «ДОКАРТ» стверджує, що укомплектована «сучасним обладнанням» та «найновішим першокласним медичним обладнанням», що створює потенціал для точної діагностики та ефективного лікування.

2. Якість Процесу (Надання Послуг та Взаємодія). Особлива увага приділяється оптимізації клінічних та сервісних процесів:

- Клінічні процеси: застосовується «Професійний підхід» та принцип «Ніяких зайвих аналізів – лише необхідні, індивідуально підібрані дослідження!», що свідчить про спробу впровадження принципів ефективності та клінічної доцільності.

- Сервісні процеси: гарантується «найкращий і комфортний сервіс» та «зручна схема обслуговування». Акцент на «онлайн-запис» та уникнення «довгих черг та очікувань» відображає підхід орієнтації на пацієнта та своєчасність надання медичних послуг.

3. Якість Результату (Ефекти та Задоволеність). Оцінка результату базується як на об'єктивних, так і суб'єктивних показниках:

- Кількісний результат: МЦ «ДОКАРТ» вказує, що «Понад десять тисяч пацієнтів щорічно довіряють» їхньому закладу, що є непрямим показником довіри та успішності.

- Задоволеність (Outcome): наявність розділу «Відгуки» та заохочення пацієнтів залишати зворотний зв'язок на Google (із пропозицією знижки) відображає високий рівень задоволеності та механізм контролю результату.

Важливо зазначити, що на вебсайті відсутні прямі згадки про впровадження та сертифікацію за міжнародними стандартами менеджменту якості, такими як ISO 9001:2015 чи національна/міжнародна акредитація. Використовується загальне формулювання «золоті стандарти медицини» замість посилання на офіційні системи СУЯ.

Результати аналізу свідчать, що МЦ «ДОКАРТ» активно демонструє високий потенціал якості через компоненти Структури та Процесу, а результат оцінюється переважно через високу задоволеність пацієнтів. Однак, незважаючи на декларування високих стандартів, офіційне підтвердження впровадження формалізованих СУЯ на сайті не представлено.

Після визначення модельної організаційної структури та загальної оцінки якості за моделлю А. Донабедіана, наступним кроком є детальний розгляд внутрішньої СУЯ.

Система СУЯ у МЦ «ДОКАРТ» базується на поєднанні клінічних стандартів, внутрішніх протоколів, сучасного обладнання та орієнтації на пацієнтський сервіс. Попри відсутність підтвердженого сертифіката ISO 9001, у закладі наявні окремі елементи СУЯ, що свідчать про системний підхід до організації медичної допомоги.

До ключових компонентів внутрішньої системи якості, які функціонують у МЦ «ДОКАРТ», можна віднести:

- Нормативні документи: наявні накази адміністрації, посадові інструкції та положення про підрозділи, що регламентують організацію роботи, ведення медичної документації та інфекційний контроль.
- Стандартизація процесів: дотримання національних клінічних протоколів, стандартизовані маршрути пацієнтів, централізована медична документація та регламент роботи реєстратури.
- Контроль та безпека: контроль стерильності та інфекційної безпеки, протоколи з охорони праці та інструкції зі стерилізації, а також впровадження сучасного обладнання, що забезпечує точність діагностики.
- Орієнтація на пацієнта (Patient-Centered Care): демонструється через комфортні умови, зручну систему запису, детальні консультації та персоніфіковану відповідальність лікарів за результати лікування.

Умовно систему управління якістю в МЦ «ДОКАРТ» можна розділити на три рівні, де функції контролю якості розподілені між управлінським та клінічним персоналом (табл. 2.2).

СТРУКТУРА ТА ФУНКЦІЇ ВНУТРІШНЬОГО КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ

Рівень управління	Суб'єкти контролю	Основні функції в СУЯ
1	2	3
1. Стратегічний	Генеральний, Медичний та Фінансовий директори	Формування політики якості, стратегічне планування, визначення пріоритетів, затвердження внутрішніх процедур щодо безпеки пацієнтів
2. Тактичний	Керівники відділень (Офтальмологія, Гінекологія, Урологія тощо)	Впровадження клінічних протоколів, навчання персоналу, аналіз типових помилок та планування потреб у медичному обладнанні
3. Операційний	Медичний персонал (Лікарі, медсестри, асистенти)	Дотримання стандартів лікування, правильне ведення документації, забезпечення інфекційного контролю та робота з пацієнтськими скаргами

Для об'єктивного аналізу була проведена оцінка відповідності наявних внутрішніх документів і процесів МЦ «ДОКАРТ» ключовим елементам міжнародних стандартів, що використовуються у сфері охорони здоров'я (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

ОЦІНКА ВІДПОВІДНОСТІ СУЯ ВИМОГАМ ISO 9001 ТА ISO 15189

Компонент СУЯ (ISO)	Стан у МЦ «ДОКАРТ»	Відповідність вимогам	Необхідні доопрацювання
1	2	3	4
Політика та цілі якості	Фрагментарні положення у наказах та інструкціях	Низька	Створення офіційної «Політики якості та її інтеграція в стратегічне управління»

1	2	3	4
Управління документацією	Документи існують, але система контролю версій, відповідальних та актуальності не формалізована	Середня	Впровадження централізованої системи документообігу та контрольних журналів
Управління ризиками	Формальна система ідентифікації та мінімізації ризиків (наприклад, матриця ризиків) відсутня	Низька	Розробка матриці ризиків (особливо для хірургії та офтальмології) та планів реагування
Внутрішні аудити	Системні перевірки процесів (аудити) за стандартами якості не проводяться	Низька	Впровадження регулярних внутрішніх аудитів
Орієнтація на споживача (Сервіс)	Добре налагоджений сервіс, зручний запис, персоніфіковані консультації	Висока	Підтримання та розвиток клієнтоорієнтованого сервісу
Інфекційний контроль	Протоколи стерилізації та дезінфекції налагоджені	Висока	Забезпечення постійного моніторингу та навчання персоналу
Збирання та аналіз зворотного зв'язку	Є неформально (через відгуки), але відсутні формальні системи анкетування та звіти з якості	Середня	Формалізація системи «голос пацієнта» та створення регулярних звітів з якості

На основі детального аналізу відповідності чинної СУЯ МЦ «ДОКАРТ» ключовим вимогам міжнародних стандартів ISO 9001:2015 та ISO 15189:2022 (табл. 2.3), можна зробити висновок, що, незважаючи на високий рівень

професіоналізму та наявність багатьох елементів якісного менеджменту, система потребує формалізації та стандартизації.

Отримані дані, зокрема виявлені прогалини у формальній сертифікації, управлінні ризиками та стандартизації деяких процесів, стають основою для проведення стратегічного SWOT-аналізу. Цей метод дозволить комплексно оцінити внутрішнє середовище організації (її сильні та слабкі сторони) у контексті управління якістю, а також зовнішнє середовище (можливості та загрози), що має вирішальне значення для розробки ефективної стратегії розвитку та впровадження СУЯ. Результати дослідження наведено у табл. 2.4.

Таблиця 2.4

SWOT-АНАЛІЗ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ У МЦ «ДОКАРТ»

Категорія	Внутрішнє середовище	Зовнішнє середовище
1	2	3
Позитивні фактори	S (Сильні сторони)	O (Можливості)
	Високий рівень професіоналізму персоналу (особливо в медичній та лабораторній галузях)	Попит на сертифіковані медичні послуги (ISO 9001/ISO 15189) з боку страхових компаній та іноземних пацієнтів
	Наявність багатьох елементів якісного менеджменту (контроль якості, внутрішній аудит, регулярне навчання)	Державні програми підтримки стандартизації та підвищення якості медичних послуг
	Сучасне обладнання та технології, особливо в лабораторній діагностиці	Розширення ринку за рахунок впровадження нових, стандартизованих послуг
	Позитивна репутація серед пацієнтів	Доступ до міжнародних грантів або програм для впровадження СУЯ
Негативні фактори	W (Слабкі сторони)	T (Загрози)
	Відсутність формальної сертифікації за ISO 9001:2015 та ISO 15189:2022	Посилення конкуренції з боку медичних закладів, які вже мають міжнародну сертифікацію

1	2	3
	Недостатня формалізація та стандартизація окремих процесів (виявлені прогалини).	Зміни у законодавстві щодо ліцензування та контролю якості медичних послуг.
	Недосконале управління ризиками (ризик-орієнтоване мислення потребує інтеграції на всіх рівнях)	Економічна нестабільність, що впливає на інвестиції у формалізацію СУЯ
	Обмежені ресурси (час, фінанси) для негайного повного впровадження всіх вимог міжнародних стандартів	Негативний вплив відсутності сертифікації на репутацію при виході на нові ринки

Результати SWOT-аналізу (табл. 2.4) дозволили чітко ідентифікувати ключові внутрішні проблеми (відсутність формалізації) та зовнішні можливості (попит на сертифікацію).

На основі висновків розробляється поетапна стратегія, спрямована на використання Сильних сторін (S) для подолання Слабких сторін (W) та реалізації Можливостей (O).

Даний підхід є основою для формування структурованого та послідовного «Плану дій», який трансформує теоретичну оцінку в практичні кроки.

Для забезпечення систематичного та контрольованого впровадження СУЯ, що відповідає вимогам ISO 9001:2015 та ISO 15189:2022, вся робота поділяється на три логічні та взаємопов'язані фази, які чітко визначають послідовність, необхідні ресурси та очікувані результати щодо міжнародної сертифікації. Результати представлено у табл. 2.5.

**ЕТАПИ ПЕРЕХОДУ ДО СЕРТИФІКОВАНОЇ СУЯ
(ISO 9001 ТА ISO 15189)**

№ п/п	Назва Етапу	Опис Етапу (ключові завдання)	Перехід (результати для наступного етапу)
1	2	3	4
1	Діагностика та Формалізація	<p>Мета: Усунення критичних прогалин та створення документальної бази СУЯ. Детальне порівняння фактичних процесів із вимогами стандартів. Розробка та затвердження ключової документації (Політика якості, Настанова з якості, Стандартизовані операційні процедури — СОП). Впровадження ризик-орієнтованого мислення (визначення та оцінка ризиків/можливостей). Призначення Представника керівництва з питань якості та формування Робочої групи</p>	<p>Перехід: Повний комплект затвердженої документації СУЯ. Навчений основний персонал з питань стандартів та ризик-менеджменту. СУЯ переведена з «наявного» стану до «задокументованого та впровадженого»</p>
2	Впровадження та Аудит	<p>Мета: Повне практичне застосування СУЯ та підготовка до зовнішньої оцінки. Фактичне застосування розроблених СОПів та інструкцій усіма підрозділами. Впровадження процесів</p>	<p>Перехід: Система якості працює на практиці та демонструє здатність досягати цілей. Усунені всі значні невідповідності, виявлені внутрішніми аудитами.</p>

1	2	3	4
2		моніторингу, вимірювання та аналізу показників якості. Проведення внутрішнього аудиту СУЯ (перевірка відповідності всіх процесів стандартам). Управління невідповідностями та вжиття коригувальних дій (згідно з висновками внутрішнього аудиту)	Сформований звіт про перегляд з боку керівництва, що підтверджує готовність до сертифікації
3	Сертифікація та Постійне вдосконалення	Мета: Отримання міжнародного визнання та забезпечення стійкого розвитку СУЯ. Вибір органу сертифікації та подання заявки. Проходження зовнішнього сертифікаційного аудиту (I та II етап). Усунення можливих незначних невідповідностей, виявлених зовнішніми аудиторами. Отримання Сертифікатів ISO 9001:2015 та ISO 15189:2022. Планування та реалізація щорічних наглядових аудитів та циклу PDCA (Plan-Do-Check-Act) для постійного вдосконалення	Перехід: Отримані Сертифікати, що підтверджують відповідність. СУЯ інтегрована в операційну діяльність як інструмент постійного підвищення ефективності. Заклад охорони здоров'я готовий до ресертифікації через три роки

Таким чином, МЦ «ДОКАРТ» демонструє розвинену внутрішню систему управління якістю, яка відповідає сучасним вимогам приватної медицини. Однак наявні можливості для її модернізації шляхом формалізації та сертифікації за міжнародними стандартами. Ключовими кроками є впровадження стандартизованих внутрішніх регламентів, створення відділу

контролю якості, формалізація моніторингу задоволеності пацієнтів та впровадження КРІ. У цілому система якості є стабільною, але її подальший розвиток дозволить підвищити ефективність, конкурентоспроможність і репутацію МЦ «ДОКАРТ».

2.3 Оцінка ефективності існуючої системи управління якістю медичних послуг у медичному центрі «ДОКАРТ»

Попередній аналіз результатів дослідження підтвердив, що, незважаючи на високий професіоналізм, існуюча СУЯ МЦ «ДОКАРТ» потребує формалізації та стандартизації відповідно до вимог міжнародних стандартів ISO. Однак, відповідність стандартам – це лише частина оцінки ефективності. Ключовим індикатором успішності будь-якої СУЯ є сприйняття якості послуг кінцевим споживачем. Розділ роботи присвячений оцінці ефективності СУЯ з погляду пацієнта. Основна мета – визначити, наскільки існуюча система задовольняє потреби та очікування відвідувачів, а також виявити критичні сфери та аспекти, де якість послуг сприймається як недостатня. Джерелом даних для цієї оцінки є результати анкетування респондентів (Додаток А).

Анкетування, проведене серед 50 респондентів, було структуроване для отримання максимально об'єктивної інформації про сприйняття якості послуг. Опитувальний лист містив комбінацію різних типів питань:

- Закриті питання з одноваріантним вибором: респонденту пропонувалося обрати лише один варіант відповіді, що найкраще відображає його думку чи досвід. Цей формат використовувався для чіткої кількісної оцінки конкретних аспектів (наприклад, оцінка якості роботи адміністратора за шкалою).
- Закриті питання з поліваріантним вибором: респондентам надавалася можливість обрати декілька варіантів із запропонованого переліку, які, на їхню думку, є найбільш вагомими або прийнятними. Такий підхід був застосований з огляду на те, що рішення та загальне враження людини найчастіше формується під сукупним впливом кількох факторів одночасно,

дозволяючи точніше визначити комплексні чинники задоволеності чи незадоволеності якістю послуг. На першому етапі дослідження встановлено, що більшість опитаних відвідувачів МЦ «ДОКАРТ» становлять жінки — 62,0%, тоді як частка чоловіків складає 38,0%. Такий розподіл є типовим для пацієнтів приватних медичних закладів, де жінки частіше виступають ініціаторами звернень за медичними послугами для себе та членів родини.

 [Копіювати діаграму](#)

1. Ваша стать:

50 відповідей

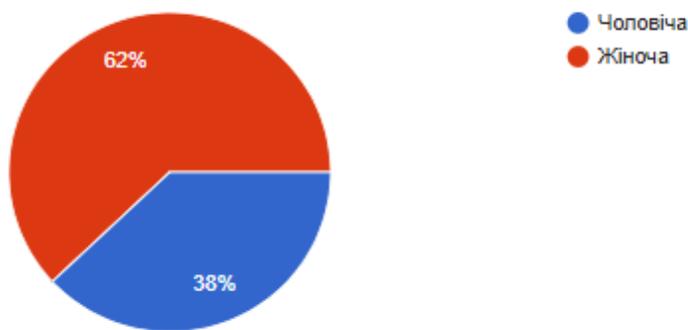


Рис. 2.1 Розподіл респондентів за статтю

Наступний рис. 2.2 ілюструє віковий розподіл відвідувачів МЦ «ДОКАРТ».

 [Копіювати діаграму](#)

2. Ваш вік:

50 відповідей

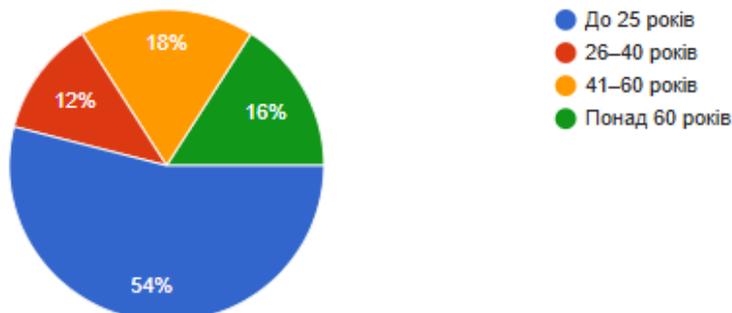


Рис. 2.2 Віковий розподіл респондентів МЦ «ДОКАРТ»

Віковий склад вибірки (рис. 2.2) демонструє, що найбільшу частку становлять пацієнти віком до 25 років (54,0%), що є доволі значним показником. Пацієнти у вікових групах 41–60 років (18,0%) та понад 60 років (16,0%) становлять сумарно 34,0%.

Визначивши демографічні характеристики, перейдемо до аналізу частоти та мети звернень відвідувачів (рис. 2.3).

3. Як часто Ви звертаєтесь до медичного центру?

 Копіювати діаграму

50 відповідей

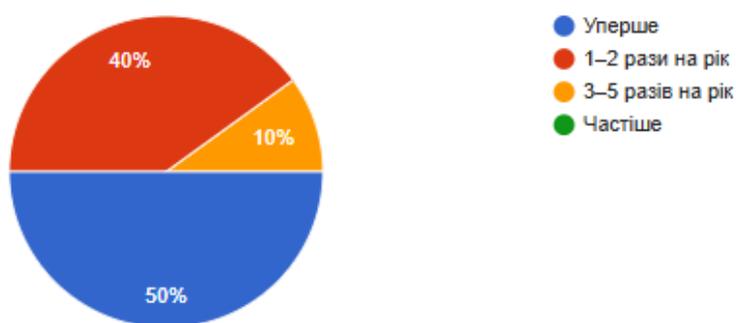


Рис. 2.3 Частота звернення відвідувачів до МЦ «ДОКАРТ»

Оцінка частоти звернення (рис. 2.3) є критичною для розуміння лояльності пацієнтів. З'ясовано, що 50,0% респондентів звернулися до МЦ вперше. Водночас, 40,0% звертаються 1–2 рази на рік, і 10,0% — 3–5 разів на рік. Висока частка первинних звернень свідчить про активне залучення нових клієнтів, але вимагає додаткового аналізу для підвищення рівня утримання пацієнтів.

Наступний рис. 2.4 деталізує мету звернення пацієнтів, що визначає основні процеси для вдосконалення СУЯ.

4. З якою метою ви зверталися до медичного центру? (можна обрати декілька варіантів)

50 відповідей

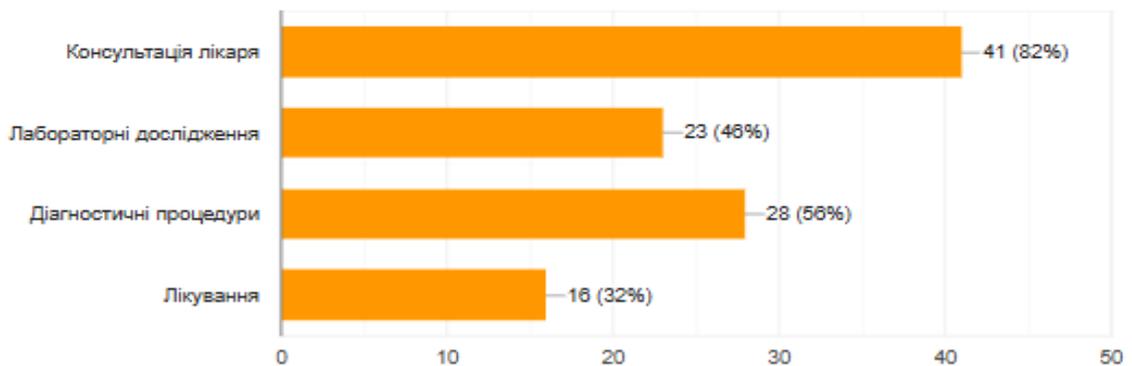


Рис. 2.4 Мета звернення відвідувачів до МЦ «ДОКАРТ»

Аналіз мети звернення (рис. 2.4) підтверджує багатoproфільність центру: найбільш поширеною метою є Консультація лікаря (82,0%). Однак, значні частки припадають на Діагностичні процедури (56,0%) та Лабораторні дослідження (46,0%). Це підкреслює необхідність інтегрованого підходу до СУЯ, який включає як управлінські аспекти (ISO 9001), так і технічну компетентність діагностики (ISO 15189). Далі розглянемо канали інформування, через які пацієнти дізналися про МЦ «ДОКАРТ».

5. Як Ви дізналися про медичний центр? (можна обрати декілька варіантів)

50 відповідей

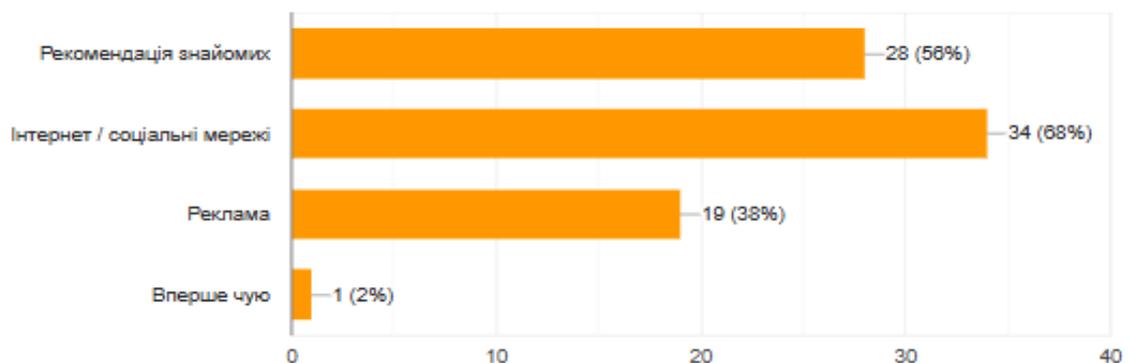


Рис. 2.5 Джерела інформування відвідувачів про МЦ «ДОКАРТ»

Результати дослідження показали, щодо джерел інформування (рис. 2.5), найефективнішими виявилися Інтернет/соціальні мережі (68,0%) та Рекомендації знайомих (56,0%). Висока довіра до рекомендацій («сарафанне радіо») є позитивним показником, але домінування інтернет-каналів свідчить про важливість цифрової присутності та управління онлайн-репутацією. Після аналізу загального профілю, переходимо до оцінки якості ключових процесів обслуговування МЦ «ДОКАРТ». Результати наведено на рис. 2.6.

БЛОК 2. ОЦІНКА ЯКОСТІ ОБСЛУГОВУВАННЯ

6. Як Ви оцінюєте зручність і простоту запису на прийом або консультацію (наприклад, через онлайн-форму чи телефоном), який надає медичний центр?

 Копіювати діаграму

1 бал – Критично незручно (дуже складно, заплутано або неможливо записатися)

2 бали – Незручно

3 бали – Задовільно (можна записатися, але процес вимагає зусиль)

4 бали – Зручно

5 балів – Максимально зручно (Швидкий та інтуїтивно зрозумілий процес)

50 відповідей

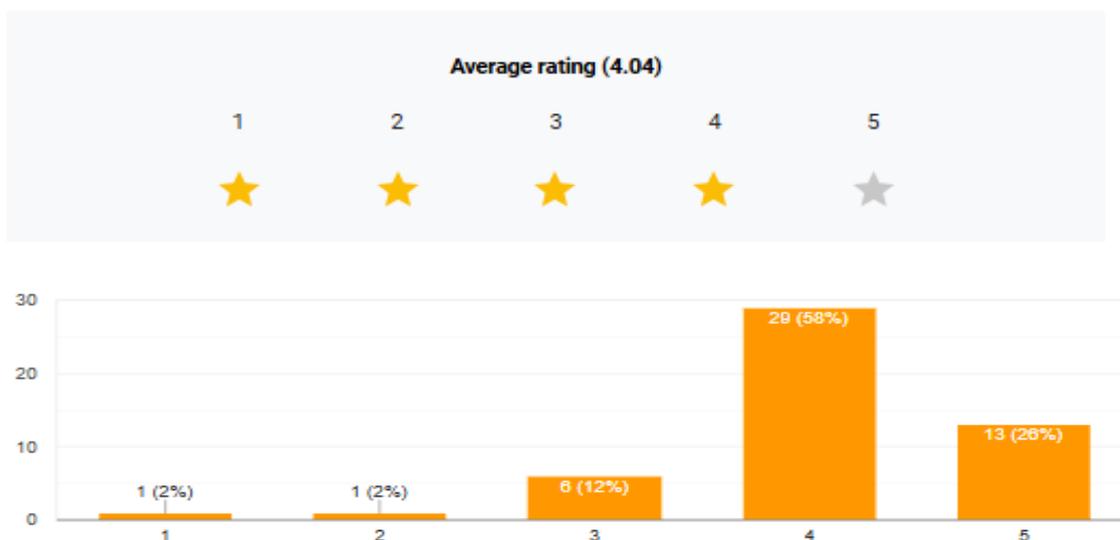


Рис. 2.6 Оцінка зручності і простоти запису на прийом або консультацію

Першим етапом у ланцюгу обслуговування є запис. Середня оцінка зручності та простоти запису на прийом (рис. 2.6) становить 4,04 бала із 5 можливих. Хоча більшість респондентів оцінили процес як «Зручний» (58,0% — 4 бали), лише 26,0% вважають його максимально зручним. Це вказує на потенціал для удосконалення інтерфейсів запису та роботи call-центру.

Наступний показник аналізує якість обслуговування, а саме швидкість при реєстрації (рис. 2.7).



Рис. 2.7 Задоволеність швидкістю обслуговування при реєстрації/прийомі

Аналіз швидкості обслуговування при реєстрації (рис. 2.7) показує, що 64,0% відвідувачів задоволені повністю. Однак, значна частка — 36,0% — задоволені лише частково. Відсутність оцінок «Ні» свідчить про відсутність критичних збоїв, проте 36,0% часткової задоволеності є прямою вказівкою на нерівномірне навантаження або недостатню оптимізацію процесу реєстрації, що вимагає втручання СУЯ.

Наступний рис. 2.8 оцінює загальний комфорт перебування в центрі, що є елементом структурної якості послуг.

8. Як Ви оцінюєте загальний комфорт умов перебування в медичному центрі (чистота, інтер'єр, температура, організація черги тощо)?

1 бал – Критично незадовільно (дуже некомфортно, великі проблеми)

2 бали – Дуже погано

3 бали – Погано

4 бали – Задовільно (середній рівень, є недоліки)

5 балів – Добре

6 балів – Дуже добре

7 балів – Відмінно (максимально комфортні умови)

50 відповідей



Рис. 2.8. Оцінка загального комфорту умов перебування в МЦ «ДОКАРТ» (чистота, інтер'єр, температура, організація черги тощо)

Оцінка загального комфорту умов перебування (рис. 2.8) отримала високий середній бал — 5,68 із 7 можливих. Переважна більшість респондентів оцінили комфорт на 5 балів («Добре», 32,0%) та 6 балів («Дуже

добре», 34,0%). Це свідчить про високий рівень структурної якості (інтер'єр, чистота, клімат), що позитивно впливає на загальне сприйняття закладу.

Наступний блок анкети «Оцінка взаємодії та компетентності персоналу» оцінює якість комунікації та професіоналізм, що є ключовими елементами ISO 9001 (Розділ 7.2 Компетентність та 7.4 Інформування) та ISO 15189 (Розділ 6.2.2 Вимоги до компетентності). Результати наведено на рис. 2.9.



Рис. 2.9 Оцінка ввічливості, уважності та доброзичливості адміністративного персоналу

Результати дослідження свідчать, що якість комунікації на фронт-офісі є важливим елементом сприйняття послуги. Як показано на рис. 2.9, переважна більшість відвідувачів повністю задоволена (54,0%) доброзичливістю адміністративного персоналу. Проте, 40,0% респондентів обрали варіант «Скоріше так, але є невеликі зауваження». Хоча це не є критичною невідповідністю, така значна частка «часткової» задоволеності свідчить про необхідність додаткових тренінгів для реєстраторів та адміністраторів щодо стандартизації комунікаційних процесів. Це є прямим показником для вдосконалення в рамках СУЯ, як того вимагає ISO 9001 (п. 9.1.2 — Задоволеність замовника).

Наступний показник оцінює професійний рівень лікарів, що є ядром клінічної якості (рис. 2.10).

10. Як Ви оцінюєте професійність, кваліфікацію та компетентність лікаря, до якого Ви зверталися?

1 бал – Критично низько (некомпетентний, не задовольнив очікування незадовільно)

2 бали – Низько

3 бали – Задовільно (середній рівень професіоналізму)

4 бали – Високо

5 балів – Максимально високо (надзвичайно кваліфікований та компетентний)

50 відповідей

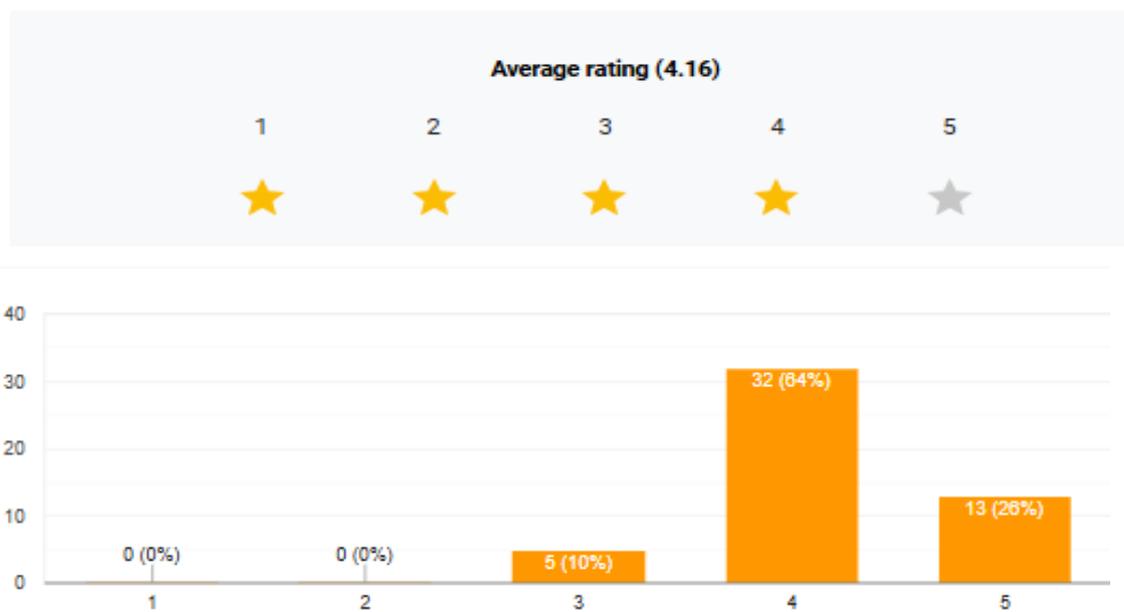


Рис. 2.10 Оцінка професійності, кваліфікації та компетентності лікаря

Компетентність персоналу (рис. 2.10) є ключовим елементом якості. Середня оцінка професійності, кваліфікації та компетентності лікаря становить 4,16 бала із 5 можливих. Детальний розподіл (рис. 2.10) показує, що 84,0% опитаних оцінили професіоналізм «Високо» (4 бали), і 26,0% — «Максимально високо» (5 балів). Низькі оцінки (1 та 2 бали) відсутні. Високий середній бал свідчить про дотримання вимог ISO 15189:2022 щодо компетентності персоналу (п. 6.2.2 та 6.2.4 — Безперервна освіта та розвиток).

Продовжуючи оцінку якості надання клінічної інформації, звернемося до питання інформування пацієнтів (рис. 2.11).

11. Чи отримали ви достатньо інформації про своє лікування, діагностику або процедуру?

50 відповідей

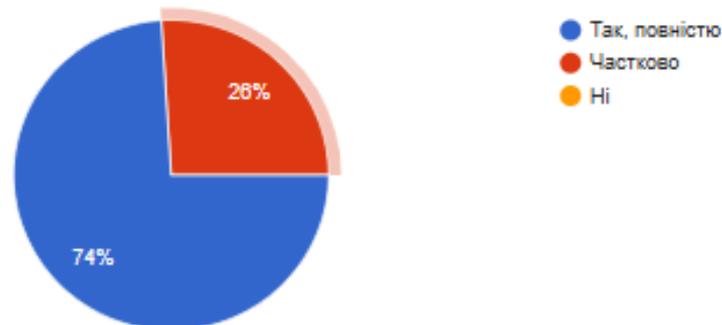


Рис. 2.11 Отримання достатньої інформації щодо лікування, діагностику, процедуру

Результати показали, що якість інформування (рис. 2.11) є вимогою як ISO 9001 (п. 7.4), так і ISO 15189 (п. 7.2.2 — Лабораторна інформація для пацієнтів), отримала загалом високу оцінку. Так, 74,0% респондентів відповіли, що повністю отримали достатньо інформації про своє лікування, діагностику або процедуру. Проте, 26,0% задоволені частково. Цей показник вимагає коригуючих дій, спрямованих на стандартизацію протоколів інформування пацієнтів лікарями та адміністраторами, щоб забезпечити повну прозорість процесу. Зв'язок між інформацією, отриманою від лікаря, та її розумінням пацієнтом є критичним, що відображено на рис. 2.12.

12. Чи були Вам зрозумілі результати консультацій або аналізів, які ви отримали?

50 відповідей

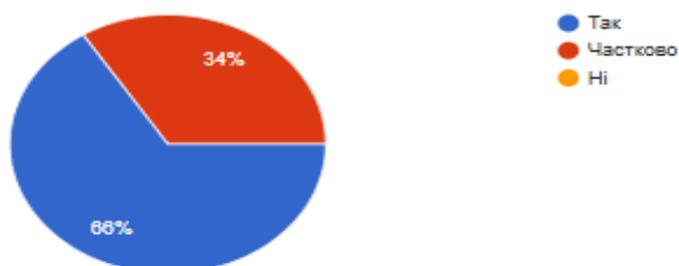


Рис. 2.12. Розуміння результатів консультацій або аналізів

Розуміння пацієнтами отриманих результатів (рис. 2.12) є кінцевим показником ефективності комунікації. Так, 66,0% респондентів відповіли «Так», що результати були для них зрозумілі. Однак, значна частка — 34,0% — задоволені частково. Ця частка є досить високою і вказує на недостатній рівень пост-аналітичного консультування або пояснень. Згідно з ISO 15189:2022 (п. 7.4.1.2), перегляд та надання результатів має бути якісним, що вимагає впровадження чітких процедур для тлумачення результатів пацієнтам.

Далі оцінюємо загальне сприйняття якості послуг, яке порівнюється з очікуваннями пацієнтів. Цей блок оцінює інтегральну якість та відповідність послуг очікуванням, а також ключові елементи безпеки. Результати представлено на рис. 2.13.

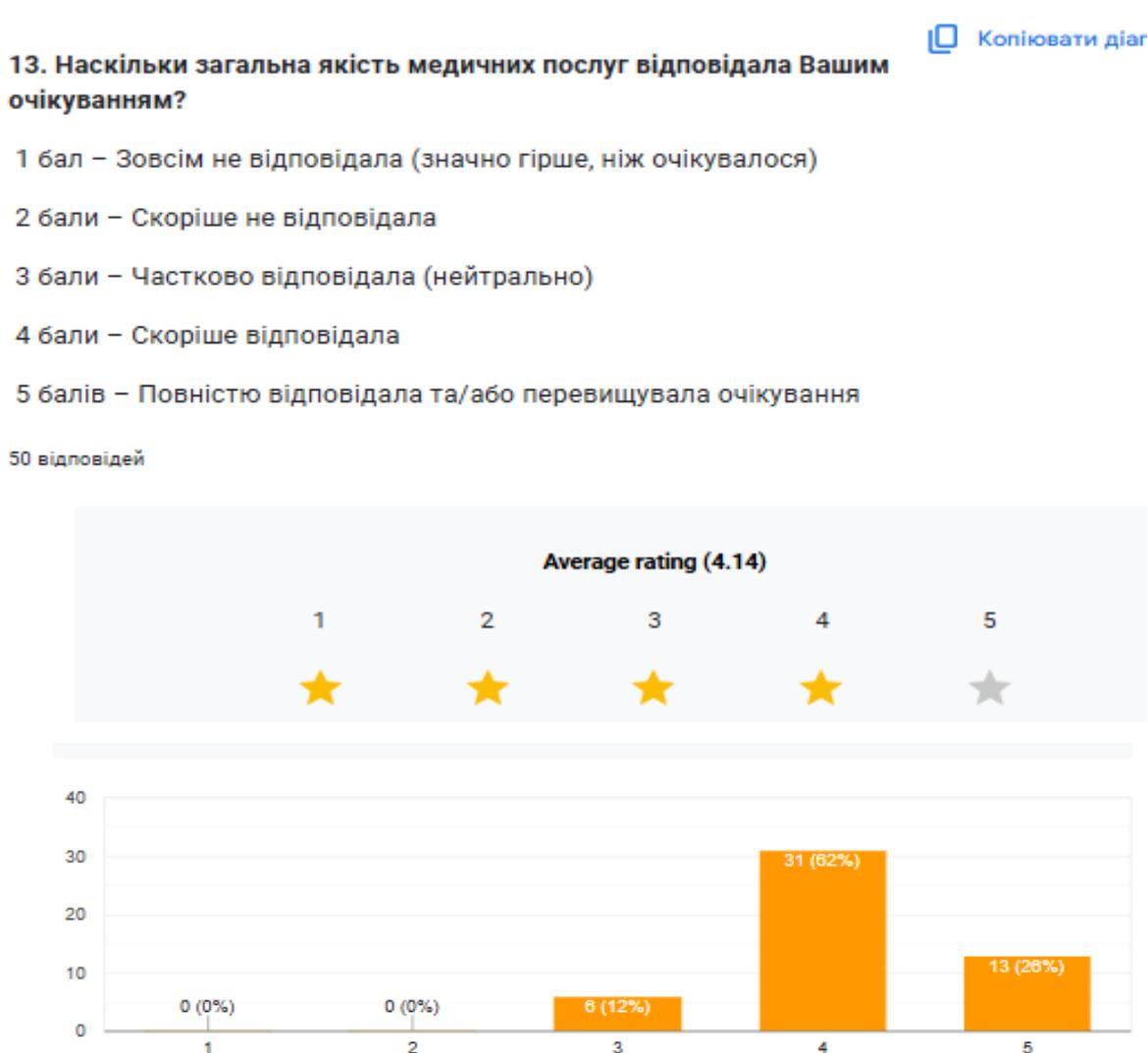


Рис. 2.13 Відповідність загальної якості медичних послуг очікуванням

Як видно із рис. 2.13 загальна якість послуг оцінена високо, отримавши середній бал 4,14 із 5 можливих. Розподіл відповідей показує, що 62,0% вважають, що якість «Скоріше відповідала» (4 бали) їхнім очікуванням, і 26,0% — «Повністю відповідала та/або перевищувала» (5 балів). Цей результат підтверджує, що центр загалом відповідає вимогам ISO 9001 (п. 9.1.2) щодо задоволеності замовника.

Після оцінки загальної якості, переходимо до одного з найбільш чутливих показників — співвідношення «ціна-якість» (рис. 2.14)



Рис. 2.14 Задоволеність співвідношенням «ціна-якість» медичних послуг

Аналіз співвідношення «ціна-якість» (рис. 2.14) демонструє значний розрив у сприйнятті. 54,0% респондентів частково задоволені, вважаючи ціни дещо завищеними. Лише 28,0% повністю задоволені ціною, вважаючи її обґрунтованою та відповідною високій якості.

Це свідчить про необхідність чіткішого обґрунтування вартості послуг та покращення сприйняття їхньої цінності, оскільки ціновий фактор є найбільшим джерелом незадоволеності.

Далі, оцінимо задоволеність яка є ключовим елементом структурної та процесної якості — безпекою та гігієною. Результати на рис. 2.15.

БЛОК 3. ВІДЧУТТЯ БЕЗПЕКИ ТА ДОВІРИ

 Копіювати діаграму

15. Наскільки Ви задоволені дотриманням правил гігієни та санітарної безпеки в медичному центрі (чистота приміщень, дезінфекція, заходи безпеки персоналу тощо)?

50 відповідей

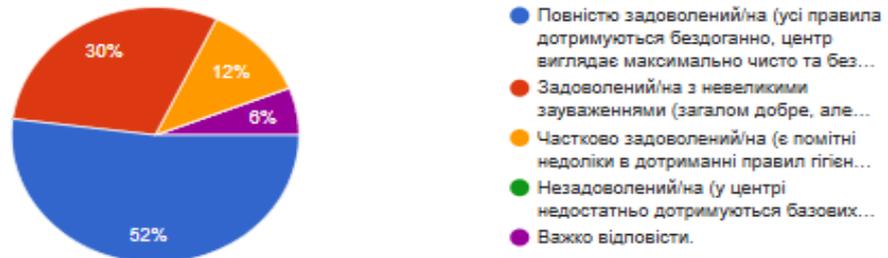


Рис. 2.15 Задоволеність дотриманням правил гігієни та санітарної безпеки

Встановлено, що дотримання правил гігієни та санітарної безпеки (рис. 2.15) є критичним для будь-якого медичного закладу та безпосередньо пов'язане з управлінням ризиками (ISO 9001, п. 6.1). Наприклад, 52,0% відвідувачів повністю задоволені, вважаючи, що центр виглядає чисто та безпечно. Проте, 30,0% мають невеликі зауваження, а 12,0% задоволені лише частково, помічаючи недоліки. Це свідчить про ефективне впровадження внутрішніх протоколів, що безпосередньо корелюють з вимогами ISO 15189:2022 щодо безпечного лабораторного середовища та ISO 9001:2015 у частині контролю за умовами надання послуг.

Однак, для повної оцінки якості медичних послуг, фактор безпеки має бути доповнений оцінкою професіоналізму та компетентності медичного персоналу. Рівень довіри до фахівців є критичним показником якості, що відображає впевненість пацієнта у кінцевому результаті лікування чи діагностики.

Наступний рис. 2.16 ілюструє, як опитані пацієнти оцінюють свою довіру до професійних фахівців МЦ «ДОКАРТ» (лікарів та медичного персоналу) за п'ятибальною шкалою.

16. Як Ви оцінюєте Ваш рівень довіри до професійних фахівців медичного центру (лікарів, медичного персоналу тощо)?

- 1 бал – Зовсім не довіряю (маю серйозні сумніви щодо кваліфікації)
- 2 бали – Довіряю мало
- 3 бали – Довіряю частково (переважно довіряю, але є певні сумніви)
- 4 бали – Довіряю
- 5 балів – Повністю довіряю (впевнений / на у їхній кваліфікації та рекомендаціях)

50 відповідей

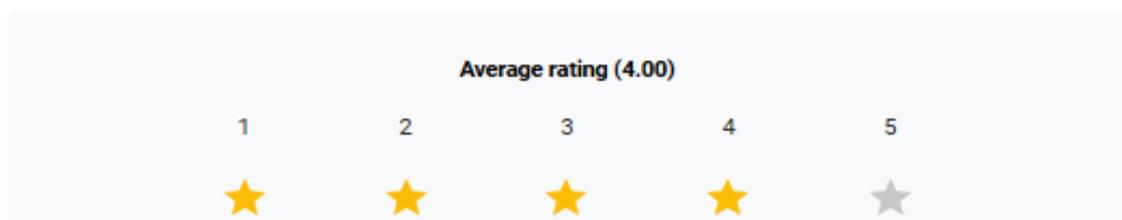


Рис. 2.16 Оцінка професійності, кваліфікації та компетентності лікаря

Компетентність персоналу є критичним елементом як ISO 9001 (п. 7.2), так і ISO 15189 (п. 6.2.2). Середня оцінка професійності лікаря (рис. 2.16) становить 4,16 бала із 5. Детальний розподіл показує, що 84,0% опитаних оцінили професіоналізм «Високо» (4 бали), і 26,0% — «Максимально високо» (5 балів). Відсутність низьких оцінок (1 та 2 бали) підтверджує, що МЦ «ДОКАРТ» загалом відповідає вимогам щодо кадрових ресурсів та компетентності.

Високий рівень професіоналізму повинен супроводжуватися відповідною повагою та етичністю у ставленні до пацієнта, що є наступним показником. Рівень довіри до професійних фахівців (рис. 2.17) є інтегральною оцінкою якості послуг. Середній бал довіри становить 4,00 із 5. Довіра є високою, проте рівень «повністю довіряю» не є максимально домінуючим. Це свідчить про те, що незважаючи на високу оцінку компетентності, необхідно посилити заходи щодо підвищення прозорості та якості пост-аналітичного

консультування, щоб перевести часткову довіру у повну, як того вимагає політика, орієнтована на замовника (ISO 9001, п. 5.1.2).

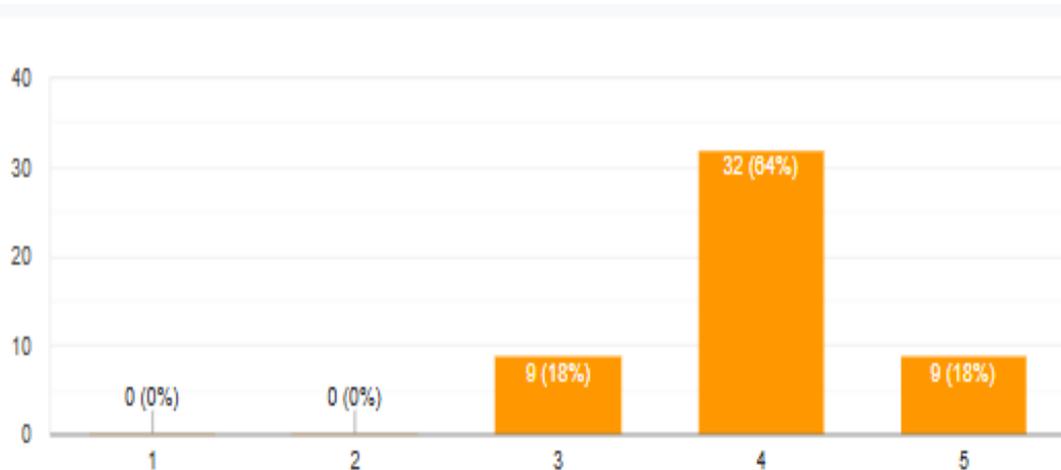


Рис. 2.17 Оцінка рівня довіри до професійних фахівців медичного центру

Етичне ставлення персоналу є основою для задоволеності пацієнта. Як видно з рис. 2.18, 60,0% респондентів відчували повагу та етичне ставлення «Переважно так», а 38,0% — «Завжди». Лише незначна частка (2,0%) відчувала невідповідність етичним нормам. Ці результати свідчать про високий, але не ідеальний рівень дотримання внутрішніх етичних стандартів, що вимагає уваги щодо навчання персоналу.



Рис. 2.18 Оцінка поваги та етичного ставлення з боку персоналу

Наступним етапом дослідження є етап оцінки кінцевого результату роботи центру – готовності його рекомендувати. Готовність рекомендувати центр (рис. 2.19) є ключовим показником лояльності пацієнтів (Net Promoter Score). Так, 56,0% опитаних «Так, безумовно» готові рекомендувати МЦ «ДОКАРТ», а 44,0% — «Можливо». Висока частка безумовної готовності є позитивним сигналом про загальну якість послуг, однак частка «Можливо» (44,0%) показує, що значна частина пацієнтів має певні сумніви або невідповідності очікуванням, які можна усунути.

18. Чи готові Ви рекомендувати медичний центр «Докарт» своїм знайомим?

 Копіювати діаграм

50 відповідей

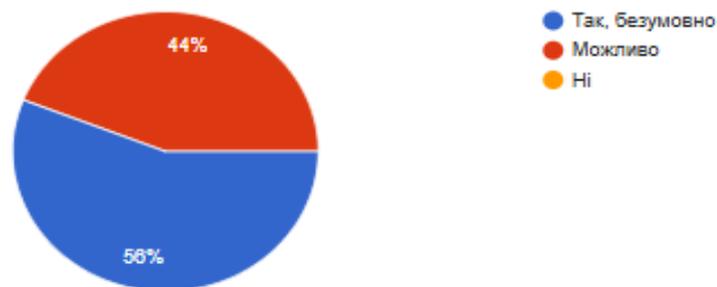


Рис. 2.19 Готовність відвідувачів рекомендувати МЦ «ДОКАРТ» своїм знайомим

Для виявлення конкретних зон, які потребують удосконалення, розглянемо пропозиції та побажання пацієнтів (рис. 2.20 – 2.24).

БЛОК 4. ПРОПОЗИЦІЇ ТА ПОКРАЩЕННЯ

19. Які аспекти обслуговування в нашому медичному центрі, на Вашу думку, потребують найбільшого покращення? (Оберіть не більше 3-х варіантів)

Копіювати діаграму



Рис. 2.20 Аспекти обслуговування, що потребують найбільшого покращення (Блок 4 – Пропозиції та Покращення)

Аналіз пропозицій пацієнтів (рис. 2.20) є прямим інструментом для постійного поліпшування (ISO 9001/15189, п. 8.6.1 / 10.3). Найбільш критичними аспектами, що вимагають покращення, були визнані: Комунікація (чіткість, зрозумілість інформації), Професійна компетентність (з адміністративним персоналом) та Ввічливість і доброзичливість. Це підтверджує висновки, отримані раніше, що основні проблеми зосереджені не стільки у медичній кваліфікації, скільки у процесах взаємодії та комунікації на фронт-офісі (ISO 9001).

Наступним кроком є детальний аналіз пропозицій щодо покращення процесів та їхньої ефективності, які є основою СУЯ (рис. 2.21).

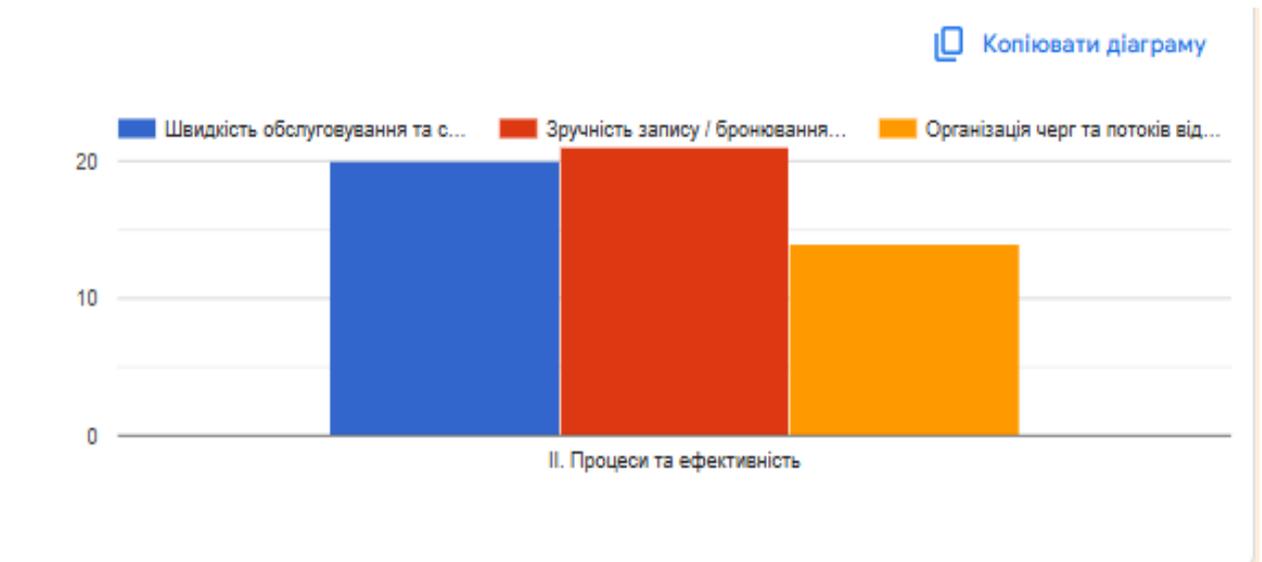


Рис. 2.21 Аспекти середовища, що потребують найбільшого покращення (Процеси та ефективність)

Аналіз пропозицій щодо ефективності процесів (рис. 2.21) чітко вказує на «вузькі місця» в СУЯ:

- Найбільше покращення потребує Зручність запису / бронювання.
- На другому місці – Швидкість обслуговування та спілкування.
- На третьому місці – Організація черг та потоків відвідувачів.

Ці результати підтверджують висновки рис. 2.6 (зручність запису) та рис. 2.7 (швидкість реєстрації), де значна частка пацієнтів була задоволена лише частково. Вдосконалення цих процесів є пріоритетом для підвищення задоволеності пацієнтів, як того вимагає розділ 10 Поліпшування ISO 9001 та 8.6.1 Постійне поліпшування ISO 15189.

[Копіювати діаграму](#)

Рис. 2.22 Аспекти, що потребують найбільшого покращення (Середовище)

У блоці пропозицій щодо покращення середовища (рис. 2.22) найчастіше відзначалася Навігація та розташування товарів/послуг, що є критичним для забезпечення зручності пацієнта та відповідає вимозі ISO 15189:2022 щодо інформування пацієнтів (п. 7.2.2).

Наступними за частотою були Чистота та дотримання санітарно-гігієнічних норм та Комфорт умов перебування. Хоча загальна оцінка була високою (рис. 2.8), ці пропозиції вимагають цільових заходів для усунення точкових невідповідностей, особливо у частині навігації.

Крім загальних аспектів обслуговування, пацієнти також виділяють додаткові проблемні зони (рис. 2.23).

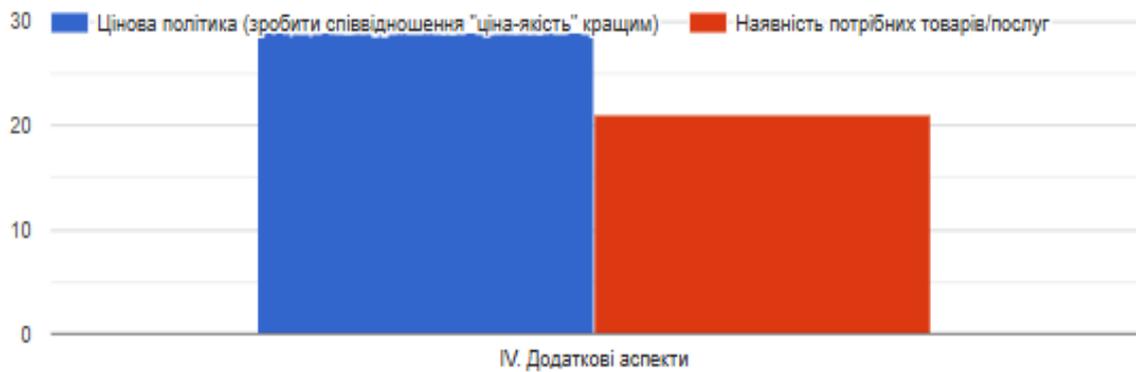


Рис. 2.23 Додаткові проблемні аспекти, що потребують покращення

У блоці додаткових аспектів (рис. 2.23) домінує Цінова політика (зробити співвідношення «ціна-якість» кращим). Це корелюється з результатами рис. 2.14, де 54,0% були частково задоволені ціною.

На другому місці — Наявність потрібних товарів/послуг. Це вказує на необхідність перегляду ціноутворення та розширення асортименту послуг у рамках стратегічного планування СУЯ.

З урахуванням усіх проблемних зон, визначених пацієнтами, далі слід проаналізувати загальну оцінку, де пацієнти вказали, чи потрібні покращення (рис. 2.24).

Результати дослідження показали, що абсолютна більшість респондентів вказала: «Мені все влаштовує / Покращення не потрібні». Хоча це здається позитивним, такий результат може бути парадоксом задоволеності (коли пацієнти не хочуть виділяти час на деталізацію проблем). Тим не менш, виявлені у попередніх питаннях 34,0% часткового розуміння результатів (рис. 2.12) та 54,0% часткової задоволеності ціною (рис. 2.14) є об'єктивними показниками, що вимагають втручання СУЯ, незважаючи на цю загальну високу оцінку.

V. Загальна оцінка

Копіювати діаграму



Рис. 2.24 Загальна оцінка: чи потрібні покращення

Проведене анкетування респондентів щодо відвідування МЦ «ДОКАРТ» дозволило здійснити оцінку ефективності поточної Системи управління якістю (СУЯ) з позиції пацієнта.

Оцінка підтвердила наявність як значних сильних сторін (високий професіоналізм лікарів та структурна якість), так і критичних недоліків у сервісних процесах.

Незважаючи на високу оцінку клінічної якості, існуюча СУЯ є незбалансованою. Виявлені недоліки зосереджені у тих аспектах, які безпосередньо впливають на досвід пацієнта та його лояльність.

Подальша стратегія впровадження міжнародних стандартів ISO 9001:2015 та ISO 15189:2022 має бути цільовою і спрямованою на усунення цих процесних та комунікаційних недоліків, щоб перетворити часткову задоволеність на повну, особливо у сферах, пов'язаних із часом та вартістю.

Наступний етап дослідження, дозволяє провести фінальний SWOT-аналіз на основі оцінки пацієнтів (за результатами анкетування).

Цей SWOT-аналіз фокусується виключно на сприйнятті якості пацієнтами та прямо корелює виявлені критичні недоліки з зовнішнім конкурентним середовищем.

Результати SWOT-аналізу є основою для формулювання «Стратегії вдосконалення», оскільки він дозволяє перетворити слабкі сторони на конкретні цілі для формалізації та стандартизації СУЯ (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

SWOT-АНАЛІЗ СУЯ НА ОСНОВІ ОЦІНКИ ПАЦІЄНТІВ

Категорія	Внутрішнє середовище (дані анкетування)	Зовнішнє середовище (ринок та конкуренція)
1	2	3
Позитивні фактори	S (Сильні сторони)	O (Можливості)
	S1. Високий професіоналізм лікарів: Висока оцінка компетентності (4,16 із 5) створює міцну основу клінічної якості	O1. Цільове поліпшення: Використання детальних даних анкетування для цільового усунення процесних прогалин, що забезпечує швидке зростання задоволеності (вимога ISO 9001)
	S2. Висока структурна якість: Загальний комфорт, чистота та гігієна отримали високі бали, що створює позитивне перше враження	O2. Підвищення конкурентної переваги: Демонстрація клінічної якості (S1) через формальну сертифікацію ISO, що залучає страхові компанії та корпоративних клієнтів
S3. Висока лояльність: 56,0% безумовно готові рекомендувати МЦ, що є потужною базою для «сарафанного радіо»	O3. Обґрунтування цінової політики: Підвищення якості сервісних процесів (W1, W2) дозволить обґрунтувати поточні ціни та мінімізувати незадоволеність співвідношенням «ціна-якість» (W3)	

1	2	3
Негативні фактори	W (Слабкі сторони)	T (Загрози)
	W1. Проблеми Front-office: Значна частка незадоволеності швидкістю реєстрації (36,0%) та зручністю запису (найбільший запит на покращення)	T1. Відтік нових клієнтів: 50,0% відвідувачів – первинні. Неоптимізовані процеси Front-office (W1) можуть призвести до негативного першого досвіду і втрати клієнтів на користь конкурентів
	W2. Прогалини в комунікації: 34,0% частково зрозуміли результати, що є прямим ризиком на преаналітичній фазі (ISO 15189)	T2. Посилення конкуренції: Інші клініки можуть мати нижчу клінічну якість, але стандартизований та бездоганний сервіс, що буде сприйматися пацієнтами як більш висока загальна якість
	W3. Незадоволеність ціною: 54,0% частково задоволені співвідношенням «ціна-якість», вважаючи ціни завищеними	T3. Втрата лояльності: Часткова задоволеність ціною (W3) у поєднанні з неоптимізованим сервісом (W1, W2) призведе до зниження готовності рекомендувати центр у майбутньому

Отже, результати орієнтованого на пацієнта, SWOT-аналізу підтверджують необхідність стратегічного фокусу СУЯ з виключно медичної якості на процесну якість та управління досвідом пацієнта. Пріоритетна Стратегія (W-O): Використовувати виявлені можливості цільового поліпшення (O1) для усунення критичних слабких сторін (W1 та W2). Що означає негайне впровадження СОП для реєстрації, організації черг та протоколів пост-аналітичного консультування. Це пряма вимога для сертифікації. Захисна Стратегія (S-T): Використовувати сильні сторони (S1, S2) як буфер для протидії конкуренції (T2). Незважаючи на недоліки сервісу,

висока клінічна якість утримує лояльність. СУЯ повинна забезпечити, щоб ця клінічна якість була підтверджена та ефективно комунікована пацієнтам. Ключове Рішення (W3): Проблему сприйняття ціни (W3) не можна вирішити лише зниженням вартості. Рішення полягає у підвищенні сприйнятої цінності послуги шляхом усунення W1 та W2 (кращий сервіс – вища цінність), що єдиний спосіб реалізувати O3 (обґрунтувати поточні ціни). Таким чином, цей аналіз встановлює чіткі пріоритети для подальшого дослідження щодо розробки конкретних пропозицій та впровадження СУЯ, які будуть орієнтовані на процес, а не лише на документацію.

2.4 Визначення проблем та факторів, що впливають на якість медичних послуг у медичному центрі «ДОКАРТ»

За результатами отриманих даних анкетування респондентів МЦ «ДОКАРТ», необхідно перейти від констатації фактів до чіткого визначення та класифікації ключових проблем, які перешкоджають досягненню максимальної ефективності СУЯ. Виявлені недоліки (зокрема, неоптимізовані процеси front-office, проблеми комунікації та ціна-якість) будуть детально проаналізовані та зіставлені з конкретними вимогами міжнародних стандартів ISO. Таке зіставлення дозволить точно ідентифікувати кореневі фактори, які вимагають першочергового втручання та формулювання конкретних коригувальних дій. Виявлені недоліки сконцентровані переважно у сфері процесної якості та комунікації, що є прямою вказівкою на недостатню формалізацію та стандартизацію процесів управління якістю, як того вимагає ISO 9001. Результати наведеноу табл 2.7.

КЛАСИФІКАЦІЯ ОСНОВНИХ НЕДОЛІКІВ СУЯ ТА ЇХНІЙ ВПЛИВ НА ВИМОГИ ISO

№ п/п	Недоліки	Опис та кількісне підтвердження	Вплив на СУЯ (Вимоги ISO)
1	Неоптимізовані процеси Front-office	Значна частка пацієнтів частково задоволена швидкістю реєстрації (36,0%) та вважає незручним запис/бронювання. Це підтверджує, що процеси реєстрації, черг та запису є «вузькими місцями» СУЯ	ISO 9001:2015 (п. 8.1 Планування та керування операційною діяльністю). Потребує впровадження СОП для забезпечення стабільної швидкості обслуговування та керування потоками
2	Недостатня якість комунікації	34,0% респондентів частково розуміють результати консультацій або аналізів. Крім того, 40,0% мають зауваження до ввічливості адміністраторів	ISO 15189:2022 (п. 7.4.1.2 Перегляд та надання результатів) та ISO 9001:2015 (п. 7.2 Компетентність). Потребує стандартизації протоколів пост-аналітичного консультування та додаткових тренінгів для персоналу
3	Проблема «Ціна-Якість»	54,0% респондентів частково задоволені співвідношенням ціни та якості, вважаючи ціни завищеними. Це найбільше джерело незадоволеності	ISO 9001:2015 (п. 9.1.2 Задоволеність замовника). Вимагає чіткого обґрунтування вартості та підвищення сприйнятої цінності послуги через покращення сервісу
4	Слабка Навігація	Пацієнти виділили Навігацію та розташування послуг як аспект, що потребує покращення, що впливає на загальний комфорт	ISO 15189:2022 (п. 7.2.2 Лабораторна інформація для пацієнтів). Потребує вдосконалення системи інформування та орієнтування пацієнтів у центрі

Незважаючи на високу оцінку клінічної якості, існуюча СУЯ є незбалансованою. Недоліки зосереджені у тих аспектах, які безпосередньо впливають на досвід пацієнта та його лояльність. Подальша стратегія впровадження міжнародних стандартів ISO 9001:2015 та ISO 15189:2022 має бути цільовою і спрямованою на усунення цих процесних та комунікаційних недоліків, щоб перетворити часткову задоволеність на повну, особливо у сферах, пов'язаних із часом та вартістю. Проблемні аспекти чітко корелюють із вимогами СУЯ (табл 2.8).

Таблиця 2.8

ОСНОВНІ ВИЯВЛЕНІ НЕДОЛІКИ ТА ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ

Проблемна Зона	Кількісний Показник	Зв'язок із СУЯ (ISO 9001/15189)
1	2	3
1. Логістика та Адміністративні Процеси (Фронт-офіс)	36,0% частково задоволені швидкістю обслуговування. Найбільша потреба у покращенні: Зручність запису / бронювання та Швидкість обслуговування	ISO 9001:2015 (п. 8.1. Оперативне планування та контроль) та ISO 15189:2022 (п. 7.2.4.1. Первинний збір та обробка проб)
2. Якість Комунікації (Роз'яснення)	34,0% частково зрозуміли результати аналізів/консультацій. 26,0% частково отримали достатньо інформації. Комунікація визначена як аспект, що потребує найбільшого покращення	ISO 15189:2022 (п. 7.4.1.2 Перегляд та надання результатів, п. 7.2.2 Лабораторна інформація для пацієнтів)
3. Сприйняття «Ціна-Якість»	54,0% частково задоволені співвідношенням «ціна-якість», вважають ціни завищеними. Цінова політика є найбільшим додатковим аспектом для покращення.	ISO 9001:2015 (п. 4.2 Розуміння потреб та очікувань зацікавлених сторін)

1	2	3
4. Дотримання Санітарних вимог	42% мають зауваження (30% + 12%) до дотримання гігієни та безпеки	ISO 15189:2022 (п. 6.3 Управління приміщеннями, п. 6.6.1 Реагенти та витратні матеріали). Управління ризиками (ISO 9001/15189, п. 6.1 / 8.5.1)

Так, результати анкетування дозволяють чітко пов'язати недоліки з преаналітичною фазою, що є критичним для вимог ISO 15189:2022 (п. 7.2. Переданалітичні процеси).

Порушення / Недоліки, пов'язані з преаналітичною фазою:

- 1. Недоліки в Інформуванні: Проблеми з наданням та розумінням інформації (рис. 2.11, рис. 2.12) прямо стосуються вимог ISO 15189:2022 щодо Лабораторної інформації для пацієнтів (п. 7.2.2) та Інструкцій щодо збору зразків (п. 7.2.4.4). Недоліки в інформуванні пацієнтів перед збором біологічного матеріалу можуть призвести до помилок (наприклад, порушення дієти, часу здачі), що знижує якість самого зразка.
- 2. Організація Черг: Проблеми зі швидкістю обслуговування та чергами (рис. 2.7, рис. 2.23) можуть безпосередньо впливати на якість зразка, особливо для аналізів, чутливих до часу (наприклад, затримка при реєстрації та здачі крові). Це є порушенням Оперативного планування та контролю (ISO 9001, п. 8.1).

Таким чином, незважаючи на високу оцінку компетентності лікарів, виявлені проблеми з логістикою та комунікацією є ключовими факторами ризику, які створюють невідповідності саме на преаналітичному етапі, потенційно впливаючи на достовірність кінцевого результату.

Попередній аналіз чітко ідентифікував критичні недоліки в логістиці та комунікації. У контексті діяльності МЦ «ДОКАРТ», значна частина якої припадає на лабораторну діагностику, ці недоліки створюють прямий ризик для якості результатів, оскільки корелюють з помилками на преаналітичній фазі.

Преаналітична фаза — це перший і найбільш критичний етап у повному циклі лабораторного дослідження, що охоплює всі дії від призначення дослідження лікарем до моменту, коли зразок потрапляє безпосередньо в аналітичний прилад. За оцінками, до 70,0% усіх лабораторних помилок виникають саме на цьому етапі. Виявлені недоліки СУЯ становлять пряму загрозу якості, оскільки порушують ключові вимоги преаналітичних процесів, встановлені ISO 15189:2022 (Розділ 7.2). Результати наведено у табл. 2.9.

Таблиця 2.9

**АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ТА ЇХНІЙ ЗВ'ЯЗОК ІЗ
ПРЕАНАЛІТИЧНОЮ ФАЗОЮ (ISO 15189)**

Фактор ризику (Виявлений недолік)	Зв'язок із Преаналітичною фазою	Потенційний вплив на якість зразка
1	2	3
Неоптимізовані процеси (Front-office)	Організація черг та швидкість реєстрації	Проблеми зі швидкістю обслуговування (36,0% частково задоволені) можуть призводити до затримки в обробці зразків (наприклад, крові, сечі), чутливих до часу. Це порушує необхідні температурні та часові умови транспортування/зберігання до початку аналізу
Недостатня якість комунікації (роз'яснення)	Інструктаж пацієнта та розуміння інформації	Проблеми з наданням та розумінням інформації (34,0% частково зрозуміли результати) прямо стосуються вимог ISO 15189:2022 (п. 7.2.2) щодо Інструкцій щодо збору зразків. Недоліки в інформуванні пацієнтів перед збором біологічного матеріалу можуть спричинити помилки, пов'язані з підготовкою (наприклад, порушення дієти), що призводить до недостовірних результатів.

Отже, незважаючи на високу оцінку компетентності лікарів, виявлені проблеми з логістикою та комунікацією є ключовими факторами ризику, які створюють невідповідності саме на преаналітичному етапі, потенційно впливаючи на достовірність кінцевого результату діагностики.

Виявлена критична роль преаналітичної фази дозволяє обґрунтувати методичне удосконалення підходу до оцінки ефективності СУЯ.

Удосконалення полягає у розширенні традиційних загальних показників СУЯ на спеціалізовані індикатори якості (KPI), які безпосередньо вимірюють ефективність контролю на етапі, де виникає найбільше помилок (відповідно до ISO 15189:2022, Розділ 8.8.2). Результати наведено у табл. 2.10.

Таблиця 2.10

УДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДИЧНОГО ПІДХОДУ ЧЕРЕЗ ІНДИКАТОРИ ПРЕАНАЛІТИЧНОЇ ФАЗИ

Сфера контролю	Спеціалізований індикатор якості (KPI)	Як удосконалює СУЯ (кінцевий результат)
1	2	3
Приймання зразків	Відсоток відхилених зразків (через гемоліз, недостатній об'єм, неправильний контейнер, відсутність ідентифікації)	Дає кількісну оцінку помилок персоналу, який здійснює забір та первинну обробку, що вимагає коригувальних дій (навчання)
Ідентифікація пацієнта	Частота невідповідностей у маркуванні зразків (розбіжність між етикеткою та направленням)	Прямо вимірює ризик плутанини зразків, що є найкритичнішою помилкою для безпеки пацієнта
Інструктаж пацієнта	Відсоток невідповідних результатів, спричинених порушенням пацієнтом правил підготовки до дослідження	Дозволяє оцінити якість інструктажу, наданого медичним центром

Таким чином, запропонований підхід, що ґрунтується на аналізі анкетування, є практичним втіленням ризик-орієнтованого мислення стандартів ISO у медичну практику. Він забезпечує перехід СУЯ від

реактивного до превентивного рівня, використовуючи спеціалізовані індикатори для раннього попередження помилок. Визначення критичних зон, таких як неоптимізований Front-office та якість комунікації, дозволяє чітко сфокусувати зусилля на розробці цільових Стандартних операційних процедур (СОП). Такий підхід органічно поєднує вимоги ISO 9001 щодо задоволеності клієнта з технічною компетентністю ISO 15189 (контроль преаналітичної фази). Що гарантує підвищення якості сервісу та прямо сприяє підвищенню достовірності діагностичних результатів, створюючи надійну основу для успішної міжнародної сертифікації.

Висновки до розділу 2

1. Досліджено відповідність чинної системи управління якістю (СУЯ) медичного центру «ДОКАРТ» ключовим вимогам міжнародних стандартів ISO 9001:2015 та ISO 15189:2022, що підтвердило наявність багатьох елементів якісного менеджменту, високий професіоналізм персоналу та сучасне обладнання, але водночас виявило критичну потребу в офіційній формалізації та стандартизації процесів.

2. Встановлено наявність прогалин у системній сертифікації, інтеграції ризик-орієнтованого мислення на всіх рівнях та стандартизації деяких адміністративних та комунікаційних процесів. Проаналізовано внутрішні (сильні та слабкі сторони) та зовнішні (можливості та загрози) чинники через SWOT-аналіз, який чітко визначив, що ключовим стратегічним пріоритетом є використання високого професіоналізму лікарів для подолання слабких сторін, пов'язаних із відсутністю формалізації та низькою ефективністю сервісних процесів.

3. З'ясовано, що для досягнення повної відповідності стандартам необхідна реалізація чіткого трьохетапного «Плану дій» (Діагностика та Формалізація, Впровадження та Аудит, Сертифікація та Постійне Вдосконалення), що забезпечить перехід СУЯ до стану, придатного для ресертифікації через три роки.

4. Встановлено на основі анкетування 50 респондентів, що, незважаючи на високу оцінку клінічної компетентності лікарів (4,16 із 5), існуюча СУЯ є незбалансованою, оскільки 54,0% пацієнтів частково незадоволені співвідношенням «ціна-якість», а 34,0% частково не розуміють результати аналізів/консультацій.

5. Проаналізовано виявлені недоліки (неоптимізовані процеси Front-office, недостатня якість комунікації) та з'ясовано їхній прямий зв'язок із преаналітичною фазою лабораторного дослідження, що створює ключові фактори ризику для достовірності діагностики (вимога ISO 15189).

6. Досліджено стратегічний вплив цих недоліків через SWOT-аналіз, який підтвердив, що успіх впровадження СУЯ залежить від цільової стандартизації сервісних процесів та комунікації, забезпечуючи інструменти раннього попередження помилок та втілюючи ризик-орієнтоване мислення ISO.

РОЗДІЛ 3

РОЗРОБКА КОМПЛЕКСУ ЗАХОДІВ ЩОДО УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У МЕДИЧНОМУ ЦЕНТРІ «ДОКАРТ»

3.1 Розроблення концепції безперервного покращення якості у медичному закладі

Удосконалення Системи управління якістю (СУЯ) медичних послуг повинно ґрунтуватися на концепції безперервного покращення, що передбачає систематичний і цілеспрямований процес удосконалення усіх аспектів діяльності закладу охорони здоров'я. Основою такого підходу є модель PDCA (Plan–Do–Check–Act), яка забезпечує циклічність процесів планування, реалізації, контролю та корекції управлінських рішень. Головна мета концепції – досягнення високого рівня задоволеності пацієнтів, зниження ризиків медичних помилок і підвищення ефективності використання ресурсів. Для цього необхідно сформулювати політику якості, яка визначає стратегічні цілі, принципи та обов'язки керівництва у сфері управління якістю.

До основних принципів концепції безперервного покращення належать:

- орієнтація на потреби пацієнтів;
- залучення всього персоналу до процесів покращення якості;
- системний підхід до управління процесами;
- прийняття рішень на основі достовірних даних;
- партнерство із зацікавленими сторонами (пацієнтами, страховими компаніями, державними структурами).

Реалізація концепції можлива через розроблення внутрішніх нормативних документів: політики якості, Стандартів операційних процедур (СОП, SOP), положення про внутрішній аудит, регламентів управління ризиками. Важливо також забезпечити постійний моніторинг ключових показників якості, таких як рівень задоволеності пацієнтів, частота скарг, кількість повторних госпіталізацій тощо.

Як зазначено, удосконалення Системи управління якістю медичних послуг (СУЯМП) у МЦ «ДОКАРТ» має ґрунтуватися на концепції безперервного покращення (Continuous Quality Improvement – CQI). Це гарантує не лише досягнення, але й стале підтримання високого рівня якості. Основним інструментом реалізації CQI є цикл PDCA (Plan–Do–Check–Act), який є динамічною моделлю, спрямованою на постійне вдосконалення процесів.

Для ефективного впровадження цього циклу в МЦ «ДОКАРТ» необхідно:

1. Формалізувати структуру СУЯ: створити Комітет (Раду) з питань якості, який буде відповідальним за стратегічне планування, моніторинг та прийняття рішень щодо покращення. Необхідно також призначити координаторів якості на рівні відділень.

2. Запровадити внутрішню нормативну базу: усі ключові процеси (діагностика, лікування, хірургічні втручання, управління медичними відходами, комунікація з пацієнтами) мають бути описані у вигляді (СОП, SOP), які є основою для етапу Plan та Do циклу PDCA.

3. Систематизувати збір та аналіз даних: для етапу Check критично важливим є постійний моніторинг Ключових показників якості (KPI). Ці показники повинні охоплювати клінічну ефективність (наприклад, частота післяопераційних ускладнень), безпеку пацієнтів (наприклад, кількість ідентифікованих ризиків) та досвід пацієнтів (наприклад, рівень задоволеності).

4. Створити механізм корекційних дій: етап Act передбачає не лише виявлення проблем, але й їхнє усунення та попередження повторення. Для цього використовується методологія аналізу першопричин (Root Cause Analysis – RCA). Успішні зміни та покращення мають бути стандартизовані (внесені в СОП, SOP) для забезпечення стійкості результату.

Таким чином, концепція безперервного покращення перетворює управління якістю з реактивної функції (усунення скарг) на проактивний, системний процес.

Для забезпечення практичної реалізації концепції безперервного покращення якості доцільно деталізувати етапи застосування моделі PDCA у діяльності МЦ «ДОКАРТ» (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЕТАПІВ ЦИКЛУ PDCA В СИСТЕМІ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЦ «ДОКАРТ»

Етап PDCA	Зміст діяльності у МЦ «ДОКАРТ»	Ключові інструменти та методики	Очікуваний результат
1	2	3	4
Plan (Планування)	Розроблення, перегляд та затвердження (СОП, SOP), клінічних протоколів. Визначення кількісних та якісних цілей покращення. Створення планів навчання	Карти процесів, Політика якості, Стандарти операційних процедур (СОП, SOP)	Чіткі регламенти та кількісно вимірювані цілі для кожного процесу
Do (Виконання)	Впровадження оновлених (СОП, SOP) та протоколів. Проведення планових	Навчальні програми, впровадження нових форм	Одноманітне виконання процедур, підвищення
	тренінгів для персоналу. Збір первинних даних про виконання процесів	медичної документації	компетентності персоналу

1	2	3	4
Check (Перевірка)	Проведення внутрішніх аудитів. Моніторинг ключових показників якості (KPI). Аналіз зворотного зв'язку від пацієнтів (скарги, анкети)	Внутрішні аудиторські чек-листи, Панель моніторингу KPI, Система управління скаргами	Виявлення невідповідностей та прогалин у процесах, оцінка ефективності змін
Act (Дія)	Розроблення та впровадження корегувальних і запобіжних дій. Перегляд (СОП, SOP) на основі успішних змін. Стандартизація покращень	Аналіз першопричин (RCA), Плани корекційних дій, Актуалізація внутрішньої нормативної бази	Закріплення покращень, мінімізація повторних проблем, постійне оновлення системи

Дані табл. 3.1 наочно демонструє, як універсальна модель PDCA інтегрується в операційну діяльність МЦ «ДОКАРТ».

Кожен етап циклу деталізований через конкретні дії, методики та очікувані результати. Наприклад, етап «Check» перетворюється на систематичні внутрішні аудити та моніторинг KPI, що забезпечує отримання достовірних даних для прийняття рішень. Етап «Act» підкреслює необхідність не лише виправлення помилок, а й стандартизації успішних рішень для запобігання рецидиву проблеми.

Окрім циклічного механізму PDCA, не менш важливою складовою є формалізація «Політики якості», яка слугує орієнтиром для всього персоналу, визначаючи стратегічні пріоритети.

Основні елементи цієї політики та заходи щодо їхнього забезпечення представлені в табл. 3.2.

**КЛЮЧОВІ КОМПОНЕНТИ ПОЛІТИКИ ЯКОСТІ ТА ЗАХОДИ
ЇХНЬОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ У МЦ «ДОКАРТ»**

Компонент «Політики якості»	Основна ціль	Основні заходи забезпечення у МЦ «ДОКАРТ»	Ключові показники ефективності (KPI)
1	2	3	4
Пацієнтоорієнтованість	Забезпечення найвищого рівня задоволеності пацієнтів та відповідність їхнім потребам	Впровадження механізму анонімного зворотного зв'язку (анкети, онлайн-опитування). Регулярний аналіз скарг та пропозицій	Рівень задоволеності пацієнтів (CSI, NPS), Кількість та динаміка скарг, % вирішених скарг
Безпека пацієнтів та управління ризиками	Мінімізація ризиків медичних помилок, інфекцій та інших інцидентів	Створення та постійне ведення «Реєстру ризиків». Впровадження протоколів безпечної хірургії (чек-листи ВООЗ) та ідентифікації пацієнтів	Кількість зареєстрованих медичних інцидентів, частота внутрішньо-лікарняних інфекцій, % відповідності протоколам безпеки,
Компетентність персоналу	Підтримання та підвищення професійного рівня співробітників	Система безперервного професійного розвитку. Щорічна оцінка знань (СОП, SOP) та клінічних навичок (атестація)	Відсоток персоналу, що пройшов планові тренінги, «Середній бал» оцінки знань, «Частота помилок», пов'язаних з людським фактором

1	2	3	4
Системний підхід та ефективність процесів	Забезпечення логічності, послідовності та економічності ефективності всіх внутрішніх процесів	Картування та оптимізація основних процесів (наприклад, час очікування, прийом пацієнта). Інтеграція роботи підрозділів	Ступінь відповідності процесів (СОП, SOP), час циклу надання ключових послуг, собівартість послуги

Табл. 3.2 структуровано представляє стратегічні напрямки «Політики якості» МЦ «ДОКАРТ». Кожен компонент політики (Пацієнтоорієнтованість, Безпека, Компетентність, Системний підхід) має чітку мету, що узгоджується із загальною концепцією покращення. Найважливішою частиною є колонка Ключові показники ефективності (КРІ), оскільки вона переводить стратегічні наміри в площину вимірюваних результатів. Наявність цих КРІ дозволить Комітету з питань якості здійснювати об'єктивний моніторинг і цілеспрямоване втручання на етапі «Check» циклу PDCA.

Таким чином, розроблена концепція безперервного покращення, що базується на циклі PDCA та чіткій «Політиці якості», створює міцний методологічний фундамент для подальшої розробки комплексу конкретних заходів щодо удосконалення СУЯМП у МЦ «ДОКАРТ», що і буде розглянуто в наступних підрозділах (3.2 та 3.3).

3.2 Організаційні та структурні заходи з удосконалення системи управління якістю медичних послуг

Ефективність СУЯ безпосередньо залежить від її організаційного забезпечення. Доцільно створити в структурі закладу охорони здоров'я постійно діючу Комісію (або відділ) з управління якістю, яка координуватиме всі процеси у цій сфері.

Основними завданнями комісії є:

- розроблення політики та планів з управління якістю;

- аналіз результатів внутрішнього моніторингу;
- узгодження коригувальних і запобіжних дій;
- взаємодія із зовнішніми аудиторами та акредитаційними органами;
- інформування керівництва про стан системи якості.

Для забезпечення ефективного функціонування СУЯ слід чітко визначити функції та відповідальність кожного працівника. Наприклад, керівник закладу відповідає за стратегічне управління, головна медична сестра – за дотримання стандартів у сестринській практиці, лікарі – за якість надання послуг у своїх підрозділах, а служба внутрішнього контролю – за збір і аналіз даних. Оновлення організаційної структури може передбачати також створення посади координатора з якості, який забезпечує координацію між усіма підрозділами. Такий підхід сприяє інтеграції процесів управління якістю в загальну систему менеджменту закладу.

З метою забезпечення сталої та інтегрованої роботи СУЯ в МЦ «ДОКАРТ» необхідно формалізувати та посилити функціональні одиниці, відповідальні за якість. Відповідно до запропонованого створення «Комісії з управління якістю (або Ради з якості)», доцільно визначити її місце в організаційній структурі, а також механізми взаємодії з ключовими підрозділами (табл. 3.3).

Ключові структурні заходи:

1. Створення Ради з якості (РЯ):
 - Склад: Керівник МЦ (голова), Координатор з якості, Головний лікар, Головна медична сестра, представники ключових клінічних та адміністративних відділів.
 - Функції: стратегічне планування, затвердження політики якості, аналіз результатів внутрішнього аудиту та прийняття корегувальних і запобіжних дій (КЗД) на рівні всього закладу.
2. Запровадження посади Координатора з якості: дана особа підпорядковується безпосередньо керівнику закладу і є виконавчим органом

РЯ. Її основна роль – методична підтримка, організація внутрішніх аудитів, збір, аналіз даних та контроль за виконанням рішень РЯ.

3. Делегування повноважень та відповідальності на рівні відділень: призначення відповідальних за якість (Уповноважених) у кожному клінічному та діагностичному відділенні. Вони відповідають за дотримання Стандартів операційних процедур (СОП, SOP) на місцях, оперативний збір даних та ініціювання локальних покращень. Такий підхід забезпечує вертикальну інтеграцію (від стратегічного керівництва до безпосередніх виконавців) та горизонтальну координацію (між усіма відділеннями) управління якістю.

Таблиця 3.3

**РЕКОМЕНДОВАНА ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА УПРАВЛІННЯ
ЯКІСТЮ У МЦ «ДОКАРТ»**

Рівень управління	Орган/посада	Ключова функція у СУЯ	Основні завдання
1	2	3	4
Стратегічний	Керівник МЦ	Стратегічне управління, ресурсне забезпечення, встановлення Політики якості	Затвердження Політики якості та річних планів. Виділення ресурсів. Звіт перед власниками
Координаційний	Рада з якості (РЯ)	Тактичне управління та контроль за циклом PDCA (Plan–Check–Act)	Аналіз результатів аудитів. Прийняття рішень про корегувальні та запобіжні заходи (КЗД). Контроль за КРІ
Операційний (Виконавчий)	Координатор з якості (КЗЯ)	Безпосередня реалізація рішень РЯ, методична та консультаційна підтримка	Організація внутрішніх аудитів. Навчання персоналу. Управління документацією СУЯ

1	2	3	4
Виконавчий (Лінійний)	Уповноважені з якості у відділеннях	Забезпечення дотримання (СОП, SOP) та протоколів на робочому місці (Do)	Щоденний моніторинг дотримання стандартів. Збір локальних даних про якість

Результати табл. 3.3 ілюструє ієрархічну та функціональну структуру управління якістю, що пропонується для МЦ «ДОКАРТ». Вона чітко розмежовує повноваження за рівнями: стратегічний рівень встановлює цілі, координаційний – управляє процесом покращення, а операційний та лінійний – забезпечують безпосереднє виконання стандартів. Центральною ланкою, що забезпечує зв'язок між стратегією та практикою, є Координатор з якості (КЗЯ).

Організаційні зміни мають бути підкріплені оновленою документальною базою, яка формалізує всі процеси управління якістю та відповідальність (табл. 3.4).

Основні нормативні документи, які мають бути розроблені/оновлені:

1. Положення про Раду з якості: визначає склад, повноваження, порядок роботи та частоту засідань РЯ.
2. Посадова інструкція Координатора з якості: чітко окреслює його обов'язки, права та відповідальність у межах СУЯ.
3. Регламент внутрішнього аудиту: встановлює періодичність, критерії, методику проведення аудиту та процедуру документування виявлених невідповідностей.
4. Процедура управління коригувальними та запобіжними діями (КЗД): описує механізм від ідентифікації проблеми/ризиків до перевірки ефективності вжитих заходів (етап Аст циклу PDCA).

ВИЗНАЧЕННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА КЛЮЧОВІ ПРОЦЕСИ СУЯ

Ключовий процес СУЯ	Відповідальна особа/орган	Результат/Вихід процесу	Зв'язок з циклом PDCA
1	2	3	4
Розроблення та оновлення СОП, SOP	Головний лікар, Координатор з якості (методична підтримка), лікарі-експерти	Актуалізовані та затверджені стандарти медичних та адміністративних процедур	Plan (Встановлення стандартів)
Моніторинг КРІ та збір даних	Координатор з якості, Уповноважені з якості відділень, Служба внутрішнього контролю	Звіти про КРІ, Реєстр скарг, результати анкетування пацієнтів	Do (Збір даних), Check (Аналіз)
Аналіз та прийняття рішень	Рада з якості (РЯ)	Рішення про необхідність КЗД, Річні плани покращення	Check (Оцінка), Act (Прийняття рішень)
Проведення корегувальних дій	Керівники відділень (виконання), Координатор з якості (контроль)	Усунення першопричин невідповідностей, оновлені інструкції, навчання персоналу	Act (Виконання змін)

Результати дослідження табл. 3.4 деталізують функціональну відповідальність за чотири ключові процеси, необхідні для ефективного функціонування СУЯ. Вона забезпечує прозорість та підзвітність у процесі управління якістю. Прямий зв'язок процесів із циклами PDCA підкреслює, що

управління якістю не є окремою функцією, а інтегрованою системою управління МЦ «ДОКАРТ». Наприклад, оновлення SOP (Plan) є результатом аналізу даних та прийняття корегувальних дій (Act) з попереднього циклу, забезпечуючи безперервність покращення.

Таким чином, організаційні та структурні заходи, що передбачають створення «Ради з якості» та посади «Координатора з якості», а також чітке делегування повноважень, є необхідною передумовою для успішного впровадження технічних та процесуальних заходів з удосконалення СУЯМП.

3.3 Підвищення професійної компетентності та мотивації медичного персоналу

Медичний персонал є ключовим елементом у забезпеченні якості медичних послуг. Тому підвищення кваліфікації та мотивації працівників повинно бути невід'ємною складовою удосконалення системи управління якістю.

Професійна компетентність персоналу може вдосконалюватися через:

- участь у тренінгах, семінарах, конференціях із питань управління якістю та безпеки пацієнтів;
- впровадження системи наставництва та внутрішнього навчання;
- обов'язкове щорічне тестування знань стандартів і протоколів лікування;
- розробку індивідуальних планів професійного розвитку.

Мотиваційний механізм має поєднувати матеріальні (премії, доплати, надбавки) та нематеріальні (публічне визнання, можливості кар'єрного зростання, участь у програмах розвитку) стимули.

Для підвищення зацікавленості персоналу у підтримці якості доцільно впровадити систему внутрішнього оцінювання діяльності, де працівники отримують зворотний зв'язок щодо результатів своєї роботи. Це підвищує відповідальність і сприяє формуванню культури якості в колективі.

Якість медичних послуг у МЦ «ДОКАРТ» безпосередньо залежить від рівня знань, навичок та особистої залученості кожного співробітника. Тому, відповідно до концепції безперервного покращення та організаційних змін, необхідним є впровадження системного підходу до управління людськими ресурсами в контексті якості. Система підвищення компетентності має бути безперервною, цілеспрямованою та сфокусованою на прогалинах, виявлених у процесі внутрішнього аудиту та моніторингу КРІ.

Наведемо основні заходи з підвищення професійної компетентності (табл. 3.5):

1. Навчання, орієнтоване на якість та безпеку: обов'язкове включення до навчальних планів тем, що стосуються управління ризиками, використання (СОП, SOP), принципів пацієнтоорієнтованого підходу та роботи в рамках циклу PDCA.

2. Формалізація внутрішнього навчання: створення «Навчального центру» або призначення «Тренера з якості» для проведення регулярних воркшопів і тренінгів. Це дозволить ефективно впроваджувати нові протоколи та корегувальні дії, ухвалені Радою з якості.

3. Система наставництва (Менторство): впровадження інституту наставництва для нових співробітників, а також для обміну досвідом між старшими та молодшими фахівцями. Це прискорює адаптацію та забезпечує швидке засвоєння стандартів МЦ «ДОКАРТ».

4. Періодична оцінка знань: обов'язкове тестування (як теоретичне, так і практичне – чек-листи спостереження) знань протоколів лікування та стандартів безпеки, особливо тих, які були оновлені в результаті КЗД.

Мотиваційний механізм має стимулювати персонал не лише до виконання обов'язків, а й до активної участі у процесах покращення якості, а саме:

1. Матеріальна мотивація, прив'язана до якості: впровадження системи преміювання, де частина змінної заробітної плати залежить від індивідуальних та командних показників якості (наприклад, відсутність

обґрунтованих скарг, низька частота помилок, успішне проходження внутрішнього аудиту).

2. Нематеріальна мотивація та визнання: регулярне публічне відзначення співробітників, які проявили ініціативу у покращенні процесів (наприклад, ініціювали ефективну КД) або отримали високий рівень задоволеності пацієнтів («Працівник місяця/року»).

3. Кар'єрний та професійний розвиток: фінансування участі у провідних професійних конференціях, навчання за рахунок закладу для ключових фахівців та надання можливості співробітникам долучатися до роботи Ради з якості.

Таблиця 3.5

**КОМПЛЕКС ЗАХОДІВ З ПІДВИЩЕННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ
КОМПЕТЕНТНОСТІ ПЕРСОНАЛУ МЦ «ДОКАРТ»**

Напрямок вдосконалення	Конкретний захід	Очікуваний результат	Показник ефективності (KPI)
1	2	3	4
Теоретична компетентність	Впровадження обов'язкових щоквартальних тренінгів із управління ризиками та інфекційного контролю	Зниження кількості інцидентів, пов'язаних із ризиками	Кількість зареєстрованих Near Misses, Результати пост-тренінгового тестування (%)
Практична компетентність	Щорічне практичне оцінювання знань (СОП, SOP) через чек-листи спостереження на робочому місці	Одноманітне та стандартизоване виконання критичних процедур	% відповідності виконання СОП, SOP (за результатами аудиту), Середній бал практичного іспиту

1	2	3	4
Культура якості	Створення Системи наставництва та внутрішніх семінарів із обміну досвідом	Активна участь персоналу у виявленні проблем та пропозиції покращень	Кількість пропозицій щодо покращення від персоналу, Індекс залученості персоналу (за внутрішнім опитуванням)
Індивідуальний розвиток	Розробка та реалізація індивідуальних планів професійного розвитку (ІПР) для ключових фахівців	Зростання кваліфікації та утримання цінного персоналу	% персоналу з ІПР, що успішно його виконав, Плинність кадрів

Результати табл. 3.5 деталізують конкретні заходи, спрямовані на підвищення компетентності персоналу. Вона забезпечує перехід від загальних освітніх заходів до цільового навчання, яке безпосередньо корелює з потребами СУЯ.

Ключовим моментом є прив'язка до показників ефективності (KPI), що дозволяє «Раді з якості» оцінювати, чи дійсно інвестиції у навчання призводять до покращення клінічних результатів та підвищення безпеки пацієнтів.

Наступним кроком є формалізація мотиваційного механізму, який безпосередньо пов'язує фінансове та нематеріальне заохочення з об'єктивними показниками якості та безпеки. Основні елементи цієї вдосконаленої системи мотивації представлені у табл. 3.6.

**ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ МОТИВАЦІЇ ПЕРСОНАЛУ НА
ОСНОВІ ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ**

Вид стимулювання	Інструмент мотивації у МЦ «ДОКАРТ»	Критерії оцінювання (Система, орієнтована на якість)	Очікуваний ефект
1	2	3	4
Матеріальна	Премія за якість (квартальна)	1. Відсутність обґрунтованих скарг на працівника/відділення. 2. Успішне проходження внутрішнього аудиту (понад 95,0% відповідності СОП, SOP). 3. Ініціювання та успішне впровадження КЗД	Зростання особистої відповідальності та фінансова зацікавленість у дотриманні стандартів
Нематеріальна	Публічне визнання та заохочення	1. Нагорода «Лідер якості» за найвищий показник задоволеності пацієнтів. 2. Запрошення до участі в Раді з якості.	Формування позитивного іміджу «Лідер якості», посилення культури приналежності до СУЯ
Професійна	Фінансування участі у профільних заходах	Надання переваги фахівцям, які активно беруть участь у впровадженні нових протоколів та інновацій	Утримання висококваліфікованих кадрів, впровадження найкращих світових практик

В табл. 3.6 описується двокомпонентний підхід до мотивації, де заохочення безпосередньо пов'язане з результатами роботи у сфері якості. Це

забезпечує, що персонал не просто дотримується мінімальних вимог, а активно залучений до процесів покращення. Прив'язка премій до таких об'єктивних показників, як відсутність скарг та успішне проходження аудиту, перетворює управління якістю на особистий пріоритет кожного працівника.

Таким чином, реалізація цих заходів дозволить МЦ «ДОКАРТ» сформувати компетентний та високо мотивований колектив, що є необхідною умовою для успішного функціонування всієї системи управління якістю медичних послуг.

3.4 Оцінка ефективності запропонованих заходів та їх соціально-економічний ефект

Ефективність впровадження комплексу заходів з удосконалення СУЯМП у МЦ «ДОКАРТ» оцінюється шляхом порівняння показників до та після реалізації програми. Для системної оцінки використовується Процесно-орієнтована модель оцінки ефективності, яка інтегрує якісні, кількісні та соціально-економічні результати. Саме, «Процесно-орієнтована модель оцінки ефективності Системи управління якістю медичних послуг (СУЯМП) у МЦ «ДОКАРТ» візуалізує послідовний перехід від вимірювання внутрішніх змін до зовнішнього (соціально-економічного) результату (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

ПРОЦЕСНО-ОРІЄНТОВАНА МОДЕЛЬ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ (СУЯМП) У МЦ «ДОКАРТ»

Етап	Основна мета	Ключові показники	Вхідні дані
1	2	3	4
1. Оцінка процесної ефективності (KPI)	Вимірювання безпосередніх змін у робочих процесах та клінічних результатах	% відповідності СОП, SOP. Частота ускладнень/помилоч. Кількість зареєстрованих Misses Near	Результати внутрішніх аудитів, дані клінічних реєстрів

1	2	3	4
2. Оцінка якісного ефекту (Соціальний)	Оцінка змін у сприйнятті закладу зовнішніми та внутрішніми стейкхолдерами	Індекс чистої підтримки (NPS). Рівень задоволеності персоналу. Кількість обґрунтованих скарг	Дані опитувань пацієнтів, дані анкетування персоналу
3. Оцінка кількісного ефекту (Економічний)	Переведення покращень процесів та соціального ефекту у фінансові показники	Зниження витрат на корекцію помилок. Зростання пропускної спроможності (продуктивність). Динаміка доходів	Фінансові звіти, дані обліку витрат, аналіз продуктивності

Дана модель підтверджує, що вдосконалення процесів (Етап 1) є причиною соціального покращення (Етап 2), яке, своєю чергою, генерує економічну вигоду та підвищує конкурентоспроможність (Етап 3) МЦ «ДОКАРТ». Модель охоплює три взаємопов'язані етапи, що відображають комплексний вплив впроваджених заходів. Запропонована «Процесно-орієнтована модель оцінки» вимагає кількісного вираження очікуваних результатів, що дозволить керівництву МЦ «ДОКАРТ» об'єктивно оцінити повернення інвестицій у якість. З цією метою було здійснено прогнозне моделювання ключових індикаторів ефективності (KPI) на основі світового досвіду та базових даних МЦ «ДОКАРТ». Порівняння базових показників із цільовими, яких планується досягти після впровадження комплексу заходів, чітко ілюструє соціально-економічний ефект.

Детальний прогноз зміни KPI за трьома основними напрямками оцінки представлено у табл. 3.8.

**ПРОГНОЗОВАНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТА СОЦІАЛЬНО-
ЕКОНОМІЧНИЙ ЕФЕКТ ВІД ВПРОВАДЖЕННЯ СУЯМП У
МЦ «ДОКАРТ»**

Напрямок оцінки	Ключовий показник (KPI)	Базове значення (до впровадження %)	Прогнозоване значення (після впровадження %)	Прогнозована зміна
1	2	3	4	5
I. КЛІНІЧНА ТА ПРОЦЕСНА ЕФЕКТИВНІСТЬ				
1. Безпека: Реєстрація Near Misses	Частота зареєстрованих Near Misses (щомісяця /1000 послуг)	5	15	Зростання на 200% (за рахунок формування культури повідомлення)
2. Відповідність стандартам	% відповідності СОП, SOP (за внутрішнім аудитом)	75,0%	95,0%	Збільшення на 20 (процентний пункт) п.п.
3. Клінічний результат	Частота післяопераційних ускладнень (по хірургічному профілю)	2,5%	1,5%	Зниження на 1.0 п.п. (40,0%)
II. СОЦІАЛЬНИЙ (ЯКІСНИЙ) ЕФЕКТ				
4. Задоволеність пацієнтів	Net Promoter Score (NPS) / Індекс чистої підтримки	+30	+50	Зростання на 20 одиниць
5. Компетентність персоналу	Середній бал тестування знань СОП, SOP	70,0%	90,0%	Збільшення на 20 п.п.
III. ЕКОНОМІЧНИЙ (КІЛЬКІСНИЙ) ЕФЕКТ				

1	2	3	4	5
6. Ефективність витрат	Зниження витрат на повторне лікування/корекцію помилок	100,0%	Зниження на 15,0%	Економія ресурсів
7. Продуктивність	Зростання пропускної спроможності (за рахунок скорочення часу простою)	Базовий	Збільшення на 5,0%	Ефективне використання ресурсів

Результати дослідження табл. 3.8 демонструють комплексний підхід до оцінки, що охоплює всі сфери, на які впливає удосконалена СУЯМП.

- Клінічна та Процесна ефективність: найбільш значущим є прогнозоване зниження частоти ускладнень на 40,0% (з 2,5% до 1,5%), що є прямим наслідком підвищення відповідності СОП, SOP (до 95,0%). Зростання реєстрації Near Misses є позитивним сигналом, який вказує на зміцнення культури безпеки.

- Соціальний Ефект: зростання «Індексу чистої підтримки або Індексу лояльності споживачів» NPS на 20 одиниць підтверджує підвищення лояльності та довіри пацієнтів, що є критично важливим для конкурентоспроможності.

- Економічний Ефект: ключовий фінансовий результат – це зниження витрат на 15,0% на лікування повторних випадків і корекцію помилок, що забезпечує пряму економічну віддачу від інвестицій у якість.

Наочне відображення прогнозованих змін, представлене у табл. 3.8, переконливо доводить, що впровадження заходів СУЯМП призведе до значного покращення ключових показників (KPI). Це зростання ефективності та якості є фундаментом для формування вагомого соціально-економічного

ефекту. Саме прогнозоване зниження частоти ускладнень, зростання лояльності пацієнтів (NPS) та оптимізація внутрішніх процесів забезпечать фінансову стабільність та зміцнення репутації закладу. Успішна реалізація запропонованих заходів матиме вагомий соціально-економічний ефект для МЦ «ДОКАРТ», що деталізовано нижче:

1. Підвищення конкурентоспроможності та репутації: зростання NPS та зменшення кількості скарг створюють позитивний імідж закладу, що призводить до збільшення припливу пацієнтів. Згідно з прогнозом, високий показник NPS (+50) переводить МЦ «ДОКАРТ» у категорію лідерів, які активно рекомендуються.

2. Покращення умов праці: чіткість (СОП, SOP), зниження стресу від помилок та активна мотиваційна програма сприяють підвищенню задоволеності та лояльності персоналу. Прогнозоване зниження плинності кадрів на 8,0 - 10,0% економить кошти на рекрутинг та навчання.

3. Гармонізація зі стандартами: досягнення 95,0% відповідності СОП, SOP та впровадження циклу PDCA дозволяє МЦ «ДОКАРТ» успішно пройти акредитацію відповідно до національних та, потенційно, міжнародних стандартів якості (наприклад, ISO 9001 або JCI), що відкриває нові ринки (наприклад, медичний туризм).

Висновки до розділу 3

1. Досліджено необхідність системного підходу до управління якістю медичних послуг у МЦ «ДОКАРТ» та сформовано концепцію безперервного покращення якості (CQI), основою якої є методологічний цикл PDCA та безумовна орієнтація на потреби пацієнтів.

2. Встановлено, що для успішної реалізації концепції критично важливим є оновлення організаційної структури, яке передбачає створення «Ради з якості» та посади «Координатора з якості». Це забезпечує вертикальну інтеграцію, чітке розмежування відповідальності за якість на всіх рівнях та ефективне впровадження внутрішніх стандартів (СОП, SOP).

3. З'ясовано, що людський фактор є ключовим у СУЯМП. Тому удосконалено заходи з підвищення професійної компетентності (через безперервне навчання, наставництво та обов'язкове тестування знань СОП, SOP) та мотивації персоналу (шляхом прив'язки премій до об'єктивних показників якості та безпеки).

4. Установлено критерії оцінки ефективності запропонованої програми, що охоплюють як кількісні (зниження витрат на лікування помилок на 15,0%, скорочення термінів лікування), так і якісні/соціальні показники (прогнозоване зростання NPS до +50). Це підтверджує, що розроблений комплекс заходів відповідає принципам ISO 9001:2015 і дозволить МЦ «ДОКАРТ» трансформуватися з реактивного закладу на проактивну, конкурентоспроможну та репутаційно стійку організацію, повністю орієнтовану на безпеку та довіру пацієнтів.

ВИСНОВКИ

1. Доведено, що сучасна концепція якості медичного обслуговування базується на інтегрованій моделі А. Донабедіана, яка розглядає якість як досягнення оптимального балансу між найбільшою користю для здоров'я пацієнта та мінімізацією ризиків, що виникають при застосуванні медичної науки.

2. Встановлено, що якість медичної допомоги є сукупністю характеристик, які не обмежуються лише клінічними показниками, а включають також складно вимірювані фактори, як-от задоволеність пацієнта, частота помилок та вплив «ефекту загального пакету медичного обслуговування». Систематизовано, що основу ефективного управління якістю в охороні здоров'я становлять вісім принципів менеджменту якості ISO 9001:2015, серед яких ключовими є орієнтація на пацієнта, лідерство та процесний підхід, а інструментом безперервного покращення є цикл PDCA (Plan-Do-Check-Act).

3. Доведено, що ці принципи створюють міцну основу для надійної СУЯ, незважаючи на низку системних та культурних бар'єрів, які стримують впровадження світових досягнень в Україні. Досліджено, що світовий досвід організації СУЯ медичних послуг базується на інтегрованому підході, де ISO 9001:2015 слугує загальною рамкою для системного менеджменту, а ISO 15189:2022 є спеціалізованим стандартом для медичних лабораторій, який деталізує вимоги до технічної компетентності та якості преаналітичних, аналітичних і постаналітичних етапів. Обґрунтовано, що саме інтеграція цих двох міжнародних стандартів забезпечує оптимальну систему якості для діагностичних медичних послуг, гарантуючи як надійне управління, так і високу точність кінцевого діагностичного результату.

4. Досліджено відповідність чинної Системи управління якістю (СУЯ) медичного центру «ДОКАРТ» ключовим вимогам міжнародних стандартів ISO 9001:2015 та ISO 15189:2022. Це підтвердило наявність високої клінічної компетентності персоналу, сучасного обладнання та високого рівня

структурної якості (комфорту та гігієни), проте виявило гостру потребу в офіційній формалізації, стандартизації та інтеграції процесів у єдину, сертифіковану систему.

5. Встановлено наявність значних прогалин у системній сертифікації, повноцінному впровадженні ризик-орієнтованого мислення на всіх рівнях та стандартизації адміністративних та комунікаційних процесів. Проаналізовано внутрішні та зовнішні чинники через SWOT-аналіз, який чітко визначив, що ключовим стратегічним пріоритетом є використання наявного високого професіоналізму лікарів для подолання слабких сторін, пов'язаних із недостатньою процесною якістю. З'ясовано, що для досягнення повної відповідності стандартам необхідна реалізація чіткого трьохетапного плану дій, що забезпечить плановий перехід до сертифікованого стану та готовність до ресертифікації через трирічний цикл.

6. Проведено оцінку ефективності СУЯ з позиції клієнта через анкетування 50 респондентів. Встановлено, що, незважаючи на високу оцінку клінічної якості (4,16 із 5), існуюча СУЯ є незбалансованою: значна частка пацієнтів (54%) частково незадоволена співвідношенням «ціна-якість», а 34% частково не розуміють результати консультацій/аналізів.

7. Проаналізовано виявлені недоліки (неоптимізовані Процеси Front-Office, проблеми комунікації) та з'ясовано їхній прямий зв'язок із преаналітичною фазою лабораторного дослідження, що створює ключові фактори ризику для достовірності діагностики (вимога ISO 15189). Доведено, що успіх впровадження СУЯ залежить від цільової стандартизації сервісних та комунікаційних процесів, що забезпечить інструменти раннього попередження помилок та втілить ризик-орієнтоване мислення ISO, перевивши часткову задоволеність пацієнтів у повну.

8. Обґрунтовано важливість системного підходу до управління якістю медичних послуг у МЦ «ДОКАРТ» та сформовано концепцію безперервного вдосконалення якості (CQI), яка базується на циклі PDCA й передбачає беззаперечну орієнтацію на потреби пацієнтів.

9. Визначено, що успішна реалізація концепції CQI потребує модернізації організаційної структури, зокрема створення «Ради з якості» та введення посади «Координатора з якості». Це сприятиме вертикальній інтеграції, чіткому розподілу відповідальності за якість на всіх рівнях та ефективному впровадженню внутрішніх стандартів (СОП, SOP).

10. Підтверджено ключову роль людського фактора у функціонуванні СУЯМП. Удосконалено заходи щодо підвищення професійної компетентності персоналу через безперервне навчання, наставництво та регулярне тестування знань СОП (SOP), а також оптимізовано систему мотивації шляхом прив'язки преміювання до об'єктивних індикаторів якості та безпеки.

11. Сформульовано критерії оцінювання ефективності запропонованої програми, які охоплюють як кількісні показники (зменшення витрат на усунення помилок на 15,0%, скорочення тривалості лікування), так і якісні/соціальні (очікуване підвищення NPS до +50). Це підтверджує, що розроблений комплекс заходів відповідає вимогам ISO 9001:2015 і сприятиме трансформації МЦ «ДОКАРТ» із реактивної моделі управління на проактивну, конкурентоспроможну та репутаційно стійку установу, орієнтовану на безпеку та довіру пацієнтів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аналіз сайту медичного центру «Докарт». URL: <https://www.oks.com.ua/uk> (дата звернення: 22.10.2025).
2. Бавико О. Є. Семантична генеза поняття «якість» у підприємницькій діяльності та стандартах з управління якістю. *Інвестиції: практика та досвід*. 2016. № 23. С. 24–26.
3. Безродна С. М. Управління якістю : навч. посіб. для студентів економ. спец. Чернівці : Технодрук, 2017. 174 с.
4. Білинська М. М., Юрочко Т. П. Управління змінами сфери охорони здоров'я : навч. посіб. Київ : НАДУ, 2017. 108 с.
5. ДСТУ EN ISO 15189:2022. Медичні лабораторії. Вимоги до якості та компетентності. URL: https://naau.org.ua/userfiles/files/%D0%97%D0%94-08_01_42_%D1%80%D0%B5%D0%B4_01_ISO_15189_2022.pdf (дата звернення: 02.11.2024).
6. ДСТУ ISO 9000:2015 (ISO 9000:2015, IDT). Системи управління якістю. Основні положення та словник термінів. Чинний від 2016-07-01. Вид. офіц. Київ : ДП «УкрНДНЦ», 2016. 51 с.
7. Загальне управління якістю : підручник / О. В. Нанка та ін. Харків : ХНТУСГ, 2019. 205 с.
8. Іванова Л. О., Семак Б. Б., Вовчанська О. М. Маркетинг послуг : навч. посіб. Львів : Львів. торговельно-економ. ун-т, 2018. 508 с.
9. Касянчук В. В., Бергілевич О. М., Сміянова О. І. Впровадження системи управління якістю у лікувально-профілактичних організаціях ISO 9001:2015 : навч. посіб. Суми : Сумський державний ун-т, 2019. 246 с.
10. Коваленко В. В., Тридід С. О., Торяник Ж. І. Маркетинг : навч. посіб. для студентів вищ. навч. закл. Львів : Новий Світ-2000, 2011. 266 с.
11. Лойко Д. П., Вотченікова О. В., Удовіченко О. П. Управління якістю : навч. посіб. Львів : Магнолія, 2018. 336 с.

12. Мартинюк О. А., Курдибанська Н. Ф. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах. *Економіка та управління підприємствами*. 2016. № 6. С. 75–79.
13. Менеджмент в лабораторній медицині. Маркетинг медичних послуг : курс лекцій / В. В. Малий та ін. Харків : НФаУ, 2023. 156 с.
14. Миронюк І. С., Новічкова О. М. Застосування моделі поліпшення якості надання послуг у закладах охорони здоров'я : навч. посіб. Київ : Друкарський двір Олега Федорова, 2017. 156 с.
15. Москаленко В. Ф., Галієнко Л. І., Грузєва Т. С. Удосконалення якості медичної допомоги як передумова реалізації права на здоров'я та його охорону. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. Спец. вип. 2018. С. 75–77.
16. Національне агентство з акредитації України. URL: <https://naau.org.ua/> (дата звернення: 17.10.2025).
17. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992. р. № 2801-ХІІ. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 10.10.2025).
18. Осовська Г. В., Масловська Л. Ц., Осовський О. А. Менеджмент організацій : підруч. для ВНЗ. Київ : Кондор, 2016. 366 с.
19. Петков В. П. Охорона здоров'я в Україні : навч. посіб. Київ : Скіф, 2017. 288 с.
20. Попович Т. Механізм підвищення якості системи управління закладом охорони здоров'я в умовах автономізації. *Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи* : матеріали доп. Всеукр. наук.–практ. конф. з міжнар. участю, 12–13 груд. 2018 р. Тернопіль ; Кам'янець–Подільський : ТНЕУ, 2018. С. 67–68.
21. Прокопів Ю. В. Міжнародні стандарти якості в Україні та їх важливість в управлінні організацією. *Молодий вчений*. 2015. № 11(26). С. 81–85.
22. Радиш Я. Ф., Васюк Н. О., Мельник Л. А. Менеджмент в охороні

здоров'я. Управління організаціями у сфері охорони здоров'я : конспекти лекцій. Київ : НАДУ, 2015. 92 с.

23. Сердюк О. І., Рогожин Б. А. Маркетинг в охороні здоров'я : навч. посіб. для самостійної роботи. Харків : ХМАПО, 2015. 27 с.

24. Сердюк О. І., Рогожин Б. А., Самусенко С. О. Маркетинг в охороні здоров'я: прийняття рішень : навч. посіб. Харків : ХМАПО, 2017. 100 с.

25. ДСТУ ISO 9001:2015. Системи управління якістю. Вимоги (ISO 9001:2015, IDT). На заміну ДСТУ ISO 9001:2009 ; чинний від 2016-07-01. Київ : УкрНДНЦ, 2016. 30 с. URL: <https://khoda.gov.ua/image/catalog/files/%209001.pdf> (дата звернення: 23.10.2025).

26. Стандартизація, сертифікація, метрологія та управління якістю : навч. посіб. / уклад.: М. М. Воробець, І. В. Кондрачук. Чернівці : Чернівець. нац. ун-т ім. Юрія Федьковича, 2022. 104 с.

27. Фармацевтичний маркетинг та менеджмент : навч. посіб. для здобувачів вищої освіти / В. В. Малий та ін. Харків : НФаУ, 2022. 226 с.

28. Чирва О. Г., Гарматюк О. В. Менеджмент та маркетинг у фармації : навч.-метод. посіб. Умань : Візаві, 2018. 217 с.

29. From a Quality Management System to a Lean Quality Management System / P. Vasouf et al. *The TQM Journal*. 2018. Vol. 30(1). P. 20–42. DOI: 10.1108/TQM-06-2016-0053.

30. Bakotic D., Rogosic A. Employee involvement as a key determinant of core quality management practices. *Total Quality Management Business Excellence*. 2017. Vol. 28(11-12). P. 1209–1226.

31. ISO 15189:2022. Medical laboratories – Requirements for quality and competence. Geneva : International Organization for Standardization, 2022. 64 p.

32. Experience in implementing a quality management system in a tuberculosis laboratory, Kisumu, Kenya / S. Musau et al. *Int. J. Tuberc. Lung Dis.* 2015. Vol. 6. P. 693–695. DOI: 10.5588/ijtld.14.0886.

33. Quality management systems. Requirements: ISO 9001:2015. Fifth

edition 2015-09-15, Reference number ISO 9001:2015(E). Geneva, 2015. 40 p.

34. Rajan D. Motivation and job satisfaction: a study of pharmacists in private hospitals. *Samvad*. 2015. Vol. 9. P. 87–100.

35. Ramly E., Ramly Ef., Sha'ri M. Y. Effectiveness of Quality Management System audit to improve quality performance – A conceptual framework. *The Fifth International Conference on Quality and Reliability*. Singapore, 2007. P. 26–31.

36. WHO hospital emergency response checklist: an all-hazards tool for hospital administrators and emergency managers. 2011. URL: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/publications/hospitalemergency-response-checklist.pdf> (Date of access: 12.11.2025).

ДОДАТКИ

АНКЕТА**Шановні респонденти!**

Кафедра менеджменту, маркетингу та забезпечення якості у фармації Національного фармацевтичного університету проводить дослідження відвідувачів медичного центру «ДОКАРТ». Мета дослідження оцінити рівень задоволеності якістю медичних послуг, професіоналізмом персоналу та ефективністю організації обслуговування у медичному центрі «ДОКАРТ»

БЛОК 1. ЗАГАЛЬНІ ВІДОМОСТІ**1. Ваша стать:** Чоловіча Жіноча**2. Ваш вік:** До 25 років 26–40 років 41–60 років Понад 60 років**3. Як часто Ви звертаєтеся до медичного центру?** Уперше 1–2 рази на рік 3–5 разів на рік Частіше**4. З якою метою ви зверталися до медичного центру?** Консультація лікаря Лабораторні дослідження Діагностичні процедури Лікування Інше (вказіть): _____

5. Як Ви дізналися про медичний центр?

- Рекомендація знайомих
- Інтернет / соціальні мережі
- Реклама
- Інше: _____

БЛОК 2. ОЦІНКА ЯКОСТІ ОБСЛУГОВУВАННЯ**6. Як Ви оцінюєте зручність і простоту запису на прийом або консультацію (наприклад, через онлайн-форму чи телефоном), який надає медичний центр?**

- 1 бал – Критично незручно (дуже складно, заплутано або неможливо записатися)
- 2 бали – Незручно
- 3 бали – Задовільно (можна записатися, але процес вимагає зусиль)
- 4 бали – Зручно
- 5 балів – Максимально зручно (Швидкий та інтуїтивно зрозумілий процес)

7. Чи задоволені ви швидкістю обслуговування при реєстрації / прийомі?

- Так, повністю
- Частково
- Ні

8. Як Ви оцінюєте загальний комфорт умов перебування в медичному центрі (чистота, інтер'єр, температура, організація черг тощо)?

- 1 бал – Критично незадовільно (дуже некомфортно, великі проблеми)
- 2 бали – Дуже погано
- 3 бали – Погано
- 4 бали – Задовільно (середній рівень, є недоліки)
- 5 балів – Добре

- 6 балів – Дуже добре
- 7 балів – Відмінно (максимально комфортні умови)

9. Чи був адміністративний персонал (реєстратори, адміністратори) ввічливим, уважним та доброзичливим до Вас?

- Так, повністю
- Скоріше так, але є невеликі зауваження
- Скоріше ні (був/ла неуважним/ою або недоброзичливим/ою)
- Ні, абсолютно не був/ла
- Не контактував/ла з адміністративним персоналом

10. Як Ви оцінюєте професійність, кваліфікацію та компетентність лікаря, до якого Ви зверталися?

- 1 бал – Критично низько (некомпетентний, не задовольнив очікування незадовільно)
- 2 бали – Низько
- 3 бали – Задовільно (середній рівень професіоналізму)
- 4 бали – Високо
- 5 балів – Максимально високо (надзвичайно кваліфікований та компетентний)

11. Чи отримали ви достатньо інформації про своє лікування, діагностику або процедуру?

- Так, повністю
- Частково
- Ні

12. Чи були Вам зрозумілі результати консультацій або аналізів, які ви отримали?

- Так

Частково

Ні

13. Наскільки загальна якість медичних послуг відповідала Вашим очікуванням?

1 бал – Зовсім не відповідала (значно гірше, ніж очікувалося)

2 бали – Скоріше не відповідала

3 бали – Частково відповідала (нейтрально)

4 бали – Скоріше відповідала

5 балів – Повністю відповідала та/або перевищувала очікування

14. Наскільки Ви задоволені співвідношенням «ціна-якість» медичних послуг, наданих нашим центром?

Повністю задоволений/на (ціни обґрунтовані та повністю відповідають високій якості послуг)

Частково задоволений/на (ціни загалом прийнятні, але, на мою думку, дещо завищені відносно отриманої якості)

Не задоволений/на (ціни значно завищені, а якість послуг їх не виправдовує)

Важко відповісти

БЛОК 3. ВІДЧУТТЯ БЕЗПЕКИ ТА ДОВІРИ

15. Наскільки Ви задоволені дотриманням правил гігієни та санітарної безпеки в медичному центрі (чистота приміщень, дезінфекція, заходи безпеки персоналу тощо)?

Повністю задоволений/на (усі правила дотримуються бездоганно, центр виглядає максимально чисто та безпечно)

- Задоволений/на з невеликими зауваженнями (загалом добре, але я помітив/ла незначні недоліки (наприклад, неідеальна чистота у певних зонах)
- Частково задоволений/на (є помітні недоліки в дотриманні правил гігієни або санітарної безпеки, які викликають занепокоєння)
- Незадоволений/на (у центрі недостатньо дотримуються базових санітарних норм (наприклад, помітна неохайність, відсутність дезінфекторів, ігнорування правил безпеки персоналом)
- Важко відповісти.

16. Як Ви оцінюєте Ваш рівень довіри до професійних фахівців медичного центру (лікарів, медичного персоналу тощо)?

- 1 бал – Зовсім не довіряю (маю серйозні сумніви щодо кваліфікації)
- 2 бали – Довіряю мало
- 3 бали – Довіряю частково (переважно довіряю, але є певні сумніви)
- 4 бали – Довіряю
- 5 балів – Повністю довіряю (впевнений / на у їхній кваліфікації та рекомендаціях)

17. Чи відчували Ви повагу та етичне ставлення з боку персоналу?

- Завжди
- Переважно так
- Іноді ні
- Ні

18. Чи готові Ви рекомендувати медичний центр «Докарт» своїм знайомим?

- Так, безумовно
- Можливо
- Ні

БЛОК 4. ПРОПОЗИЦІЇ ТА ПОКРАЩЕННЯ

19. Які аспекти обслуговування в нашому медичному центрі, на Вашу думку, потребують найбільшого покращення? (Оберіть не більше 3-х варіантів)

Категорія	Варіанти відповідей
I. Робота персоналу	Ввічливість та доброзичливість персоналу
	Професійна компетентність (знання та кваліфікація спеціалістів)
	Комунікація (чіткість, зрозумілість, готовність пояснити)
II. Процеси та ефективність	Швидкість обслуговування та скорочення часу очікування в черзі
	Зручність запису / бронювання онлайн
	Організація черг та потоків відвідувачів
III. Середовище	Комфорт умов перебування (температура, зона очікування)
	Чистота та дотримання санітарних норм
	Навігація та розташування товарів/кабінетів у центрі
IV. Додаткові аспекти	Цінова політика (зробити співвідношення "ціна-якість" кращим)
	Наявність потрібних товарів/послуг
V. Загальна оцінка	Мене все влаштовує / Покращення не потрібні

Ваші відповіді допоможуть нам покращити якість медичних послуг.

Дякуємо за вашу участь!

Порівняння ISO 9001:2015 та ISO 15189:2022

ISO 9001:2015 – це універсальний стандарт, що визначає загальні вимоги до Системи управління якістю (СУЯ) для будь-якої організації. Він є частиною стандартів ISO 9000.

ISO 15189:2022 – це спеціалізований стандарт, що встановлює вимоги до компетентності та якості медичних лабораторій. Він будується на принципах ISO 9001, але адаптує їх до клінічних процесів. Нове видання ISO 15189:2022 має структуру, подібну до ISO/IEC 17025:2017 (стандарт для випробувальних лабораторій), що полегшує акредитацію.

Таблиця В.1 ілюструє концептуальний зв'язок між ISO 9001:2015 та ISO 15189:2022, а Таблиця В.2 показує порівняння ISO 15189:2022 та ISO/IEC 17025:2017.

ISO 9001:2015	ISO 15189:2022 (цей документ)
1 Сфера застосування	1 Область застосування
2. Нормативні посилання	2 Нормативні посилання
3 Терміни та визначення понять	3 Терміни та визначення
4 Середовище організації	4 Загальні вимоги
4.1 Розуміння організації та її середовища	4.1 Неупередженість
4.2 Розуміння потреб і очікувань зацікавлених сторін	4.2 Конфіденційність
4.3 Визначення сфери застосування системи управління якістю	4.2.1 Управління інформацією
4.4 Система управління якістю та її процеси	4.2.2 Оприлюднення інформації
	4.2.3 Відповідальність персоналу
	4.3 Вимоги щодо пацієнтів
	5.1 Юридична особа
	8 Вимоги до системи менеджменту
	8.1 Загальні вимоги
	8.1.1 Загальні

<p>5 Лідерство</p> <p>5.1 Зобов'язання лідера</p> <p>5.1.1 Загальні положення</p> <p>5.1.2 Орієнтація на замовника</p> <p>5.2 Політика</p> <p>5.2.1 Формування політики в сфері якості</p> <p>5.2.2 Інформування про політику у сфері якості</p> <p>5.3 Функції, обов'язки та повноваження в межах організації</p>	<p>5 Вимоги до структури та управління</p> <p>5.2 Завідувач лабораторією</p> <p>5.2.1 Компетентність завідувача лабораторією</p> <p>5.2.2 Обов'язки завідувача лабораторією</p> <p>5.2.3 Делегування обов'язків</p> <p>5.3 Лабораторна діяльність</p> <p>5.3.1 Загальні положення</p> <p>5.3.2 Відповідність вимогам</p> <p>5.3.3 Консультативна діяльність</p> <p>5.4 Структура та повноваження</p> <p>5.4.1 Загальні положення</p> <p>5.4.2 Управління якістю</p>
<p>6 Планування</p> <p>6.1 Дії стосовно ризиків і можливостей</p> <p>6.2 Цілі в сфері якості та планування дій для їх досягнення</p> <p>6.3 Планування змін</p>	<p>8.5 Дії щодо ризиків і можливостей для поліпшування</p> <p>8.5.1 Визначення ризиків і можливостей для поліпшування</p> <p>8.5.2 Дії щодо ризиків і можливостей для поліпшування</p> <p>5.5 Цілі та політики</p> <p>5.6 Управління ризиками</p> <p>7.8 Планування безперервності та готовності до надзвичайних ситуацій</p>
<p>7 Підтримання системи управління</p> <p>7.1 Ресурси</p> <p>7.1.1 Загальні положення</p> <p>7.1.2 Людські ресурси</p> <p>7.1.3 Інфраструктура</p>	<p>6 Вимоги до ресурсів</p> <p>6.1 Загальні</p> <p>6.2 Персонал</p> <p>6.2.1 Загальний</p> <p>6.2.2 Вимоги до компетентності</p>
<p>7.1.4 Середовище для функціонування процесів</p> <p>7.1.5 Ресурси моніторингу та вимірювання</p> <p>7.1.6 Знання організації</p> <p>7.2 Компетентність</p> <p>7.3 Обізнаність</p>	<p>6.2.5 у повноваження</p> <p>6.2.4 Безперервна освіта та професійний - розвиток</p> <p>6.2.5 Записи щодо персоналу лабораторії</p> <p>6.3 Приміщення та умови навколишнього середовища</p> <p>6.3.1 Загальний</p> <p>6.3.2 Управління приміщеннями</p> <p>6.3.3 Складські приміщення</p> <p>6.3.4 Приміщення для персоналу</p> <p>6.3.5 Приміщення для збору проб</p> <p>6.2.2 Вимоги до компетентності</p> <p>8.1.3 Поінформованість про систему менеджменту</p>
<p>7.4 Інформування</p>	<p>7.6 Управління даними та інформацією</p> <p>7.6.1 Загальний</p> <p>7.6.2 Повноваження та відповідальність за управління інформацією</p> <p>7.6.3 Управління інформаційними системами</p> <p>7.6.4 Плани простоїв</p> <p>7.6.5 Управління поза лабораторією</p>

<p>7.5 Задокументована інформація 7.5.1 Загальні положення 7.5.2 Створювання та актуалізування 7.5.3 Контроль задокументованої інформації</p>	<p>8.2 Документація системи менеджменту 8.2.1 Загальний 8.2.2 Компетентність і якість 8.2.3 Докази зобов'язань 8.2.4 Документація 8.2.5 Доступ персоналу 8.3 Управління документами системи менеджменту 8.3.1 Загальні 8.3.2 Управління документами 8.4 Управління записами 8.4.1 Створення записів 8.4.2 Внесення змін до записів 8.4.3 Зберігання записів</p>
<p>8 Виробництво 8.1 Оперативне планування та контроль</p>	<p>6.4 Обладнання 6.4.1 Загальний 6.4.2 Вимоги до обладнання 6.4.3 Процедура прийнятності обладнання 6.4.4 Інструкції з експлуатації обладнання 6.4.5 Технічне обслуговування та ремонт обладнання 6.4.6 Повідомлення про несприятливі випадки з обладнанням 6.4.7 Записи щодо обладнання 6.5 Калібрування обладнання та метрологічна простежуваність 6.5.1 Загальний 6.5.2 Калібрування обладнання 6.5.3 Метрологічна простежуваність результатів вимірювань</p>
<p>6.2 вимоги щодо продукції та послуг 8.2.1 Інформаційний зв'язок з замовниками 8.2.2 Визначення вимог щодо продукції та послуг</p>	<p>6.6 Реагенти та витратні матеріали 6.6.1 Реактиви та витратні матеріали - Загальні 6.6.2 Реактиви та витратні матеріали - Отримання та зберігання</p>
<p>8.2.3 Аналізування вимог до продукції та послуг 8.2.4 Зміни до вимог щодо продукції та послуг</p>	<p>6.6.3 Реагенти та витратні матеріали - Приймальні випробування 6.6.4 Реагенти та витратні матеріали - Управління запасами 6.6.5 Реактиви та витратні матеріали - Інструкції з використання 6.6.6 Реагенти та витратні матеріали - звітування про несприятливі події 6.6.7 Реактиви та витратні матеріали - Записи 6.8 Зовнішні продукти та послуги 6.8.1 Загальні 6.8.2 Залучені лабораторії та консультанти 6.8.3 Перегляд і затвердження зовнішніх продуктів і послуг</p>

<p>8.5 Проектування та розроблення продукції та послуг</p> <p>8.3.1 Загальні положення</p> <p>8.3.2 Планування проектування та розроблення</p> <p>8.3.3 Вхідні дані проектування та розроблення</p> <p>8.3.4 Засоби контролю проектування та розроблення</p> <p>8.3.5 Вихідні дані проектування та розроблення</p> <p>8.3.6 Зміни в проекті та розробці</p>	<p>7 Вимоги до процесів</p> <p>7.1 Загальні</p> <p>7.2 Переданалітичні процеси</p> <p>7.2.1 Загальні положення</p> <p>7.2.2 Лабораторна інформація для пацієнтів і користувачів</p> <p>7.2.3 Направлення на проведення лабораторних досліджень</p> <p>7.2.3.1 Загальний</p> <p>7.2.3.2 Усні направлення</p> <p>7.2.4 Первинний збір та обробка проб</p> <p>7.2.4.1 Загальні</p> <p>7.2.4.2 Інформація щодо заходів перед отриманням проб</p> <p>7.2.4.3 Згода пацієнта</p> <p>7.2.4.4 Інструкції щодо збору зразків</p> <p>7.2.5 Транспортування зразків</p> <p>7.2.6 Отримання зразку</p> <p>7.2.6.1 Процедура отримання зразка</p> <p>7.2.6.2 Винятки щодо прийняття зразків</p> <p>7.2.7 Обробка, підготовка та зберігання перед дослідженням</p> <p>7.2.7.1 Захист зразків</p> <p>7.2.7.2 Критерії для запитів на додаткові дослідження</p> <p>7.2.7.3 Стабільність зразка</p>
<p>8.4 Контроль надаваних іззовні процесів, продуктів і послуг</p> <p>8.4.1 Загальні положення</p> <p>8.4.2 Вид та обсяг контролю</p> <p>8.4.3 Інформація для зовнішніх постачальників</p> <p>8.5 Виготовлення продукції та надання послуг</p> <p>8.5.1 Контроль виготовлення продукції та надання послуг</p> <p>8.5.2 Ідентифікація та простежуваність</p> <p>8.5.3 Власність замовників або зовнішніх постачальників</p> <p>8.5.4 Збереження</p> <p>8.5.5 Діяльність після постачання</p> <p>8.5.6 Контроль змін</p>	<p>6.7 Договори про надання послуг</p> <p>6.8 Зовнішні продукти та послуги</p> <p>6.8.1 Загальні вимоги</p> <p>6.8.2 Залучені лабораторії та консультанти</p> <p>6.8.3 Перегляд і затвердження зовнішніх продуктів і послуг</p> <p>7.3 Процеси досліджень</p> <p>7.3.1 Загальні положення</p> <p>7.3.2 Верифікація методів дослідження</p> <p>7.3.3 Валідація методів дослідження</p> <p>7.3.4 Оцінка невизначеності вимірювання (MU)</p> <p>7.3.5 Біологічні референтні інтервали та межі клінічного рішення</p> <p>7.3.6 Документування процедур дослідження</p>

8.6 Випуск продукції та послуг	7.4 Істотні аналітичні процеси 7.4.1 Звітування про результати 7.4.1.1 Загальні 7.4.1.2 Перегляд і надання результатів 7.4.1.3 Повідомлення про критичні результати 7.4.1.4 Особливі міркування щодо результатів 7.4.1.5 Автоматичний вибір, перегляд, публікація та звітування про результати 7.4.1.6 Вимоги до звітів 7.4.1.7 Додаткова інформація для звітів 7.4.1.8 Поправки до наданих звітів про результати
8.7 Контроль невідповідних виходів 9 Оцінювання діяльності 9.1 Моніторинг, вимірювання, аналізування та оцінка 9.1.1 Загальні положення 9.1.2 Задоволеність замовника 9.1.3 Аналізування та оцінювання 9.2 Внутрішній аудит 9.3 Аналізування системи управління 9.3.1 Загальні положення 9.3.2 Вхідні дані аналізування системи управління 9.3.3 Вихідні дані системи управління 10 Поліпшування 10.1 Загальні положення	7.5 Невідповідна робота 7.3.4 Оцінка невизначеності вимірювання 7.3.7 Забезпечення достовірності результатів дослідження 7.3.7.1 Загальний 7.3.7.2 Внутрішній контроль якості (IQC) 7.3.7.3 Зовнішня оцінка якості (EQA) 7.3.7.4 Порівняльність результатів дослідження 8.8 Оцінювання 8.8.1 Загальний 8.8.2 Індикатори якості 8.8.3 Внутрішні аудити 8.9 Огляди керівництва 8.9.1 Загальний 8.9.2 Вхідні дані для аналізування 8.9.3 Вихідні дані аналізування 8.6 Поліпшування 8.6.2 Відгуки пацієнтів лабораторії, користувачів і персоналу
10.2 Невідповідність і коригувальні дії 10.3 Постійне поліпшування	7.5 Невідповідна робота 7.7 Скарги 7.7.1 Процес 7.7.2 Отримання скарги 7.7.3 Вирішення скарги 8.7 Невідповідності та коригувальні дії 8.7.1 Дії при виявленні невідповідності 8.7.2 Ефективність коригувальних заходів 8.7.3 Записи про невідповідності та коригувальні дії 8.6.1 Постійне поліпшування

Постерна доповідь на VIII Всеукраїнській науково-освітній конференції з міжнародною участю «Формування національної лікарської політики: питання освіти, теорії та практики» (м. Харків, 27 листопада 2025 р.)



ЯКІСТЬ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ: ПРИНЦИПИ УПРАВЛІННЯ ТА СТАНДАРТИЗАЦІЯ

Живолуп Г.О., Малініна Н.Г.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
malinina_nata@ukr.net

Вступ

Якість медичних послуг — фундаментальне поняття сучасної охорони здоров'я, що визначає ефективність, безпеку та результативність обслуговування. На світовому рівні вона забезпечується через уніфікацію процесів та контроль, що реалізується міжнародними стандартами, зокрема ISO 9001, ISO 15189 та стандарти Joint Commission International (JCI).

Мета дослідження

Проаналізувати сутність і структуру поняття «якість медичних послуг», визначити принципи та підходи до управління якістю у сфері охорони здоров'я, а також дослідити міжнародний досвід організації систем забезпечення якості медичного обслуговування

Матеріали та методи

Використано аналіз міжнародних стандартів ISO, наукових праць із менеджменту якості, нормативних документів, практик акредитації медичних закладів. Методи дослідження включали: аналітичний, порівняльний, системний та структурно-функціональний

Результати та їх обговорення

Результати дослідження показали, що поняття «якість медичних послуг» є багатограним і включає чотири ключові складові: професійно-технологічну (компетентність, сучасні протоколи), організаційну (доступність, оптимізація маршрутів), соціально-комунікативну (пацієнтоорієнтованість, етичність) та економічну (ефективність використання ресурсів).

Сучасні системи управління якістю базуються на фундаментальних принципах: орієнтація на пацієнта, процесний підхід, безперервне вдосконалення та управління ризиками. Для їхньої реалізації використовуються ключові методології: TQM (комплексне покращення), Lean Healthcare (усування втрат) та Six Sigma (зниження помилок). Міжнародний досвід підтверджує ефективність цих моделей через стандартизацію: Європейський підхід акцентує на стандартах ISO, а США — на сертифікації JCI та використанні CLIA, з пріоритетом на безпеці. Усі міжнародні системи єдині у підкресленні критичної ролі стандартизації, етичності та професійної відповідальності фахівців.

Висновки

Якість медичних послуг – це комплексне, багатокomпонентне поняття. Ефективне управління якістю ґрунтується на принципах пацієнтоорієнтованості, управління ризиками та безперервного вдосконалення, які реалізуються через міжнародні моделі ISO, JCI, TQM. Впровадження цих міжнародних моделей в українській системі сприятиме підвищенню довіри пацієнтів, покращенню результатів лікування та інтеграції у світовий медичний простір.

