

УДК 617-053.2-082:303.022:314.47

О.М. Горбатюк

# Система контролю якості медичної допомоги дітям у відділеннях дитячої хірургії

*Навчально-науковий інститут медицини Університету «КРОК», м. Київ, Україна*

Paediatric Surgery (Ukraine). 2026. 1(90): 137-141. doi: 10.15574/PS.2026.1(90).137141

**For citation:** Gorbatyuk OM. (2026). Quality control system of medical care for children in paediatric surgery departments. Paediatric Surgery (Ukraine). 1(90): 137-141. doi: 10.15574/PS.2026.1(90).137141.

Якість медичної допомоги в системі громадського здоров'я – це комплекс характеристик, що визначають відповідність медичної допомоги потребам дорослого та дитячого населення і сучасним стандартам. Для об'єктивного оцінювання і підвищення ефективності лікувально-діагностичної допомоги дитині хірургічного відділення створюється система контролю якості медичної допомоги.

**Мета** – ознайомити медичний персонал дитячого хірургічного відділення з порядком контролю якості медичної допомоги дітям, методами його оцінювання та результатами для підвищення ефективності лікування і професійного рівня медичного персоналу.

Оцінювання і контроль якості надання хірургічної допомоги дітям здійснюються шляхом застосування методів зовнішнього і внутрішнього контролю якості медичної допомоги, самооцінки медичних працівників, клінічного аудиту, моніторингу індикаторів якості тощо. Зовнішній контроль якості надання медичної допомоги забезпечується органами державної виконавчої влади в межах повноважень, визначених законодавством (атестації/сертифікації). Система внутрішнього контролю якості медичної допомоги передбачає три рівні: 1) завідувач відділення, старша медична сестра відділення; 2) заступник керівника закладу охорони здоров'я за напрямом; 3) медична рада з питань внутрішнього контролю якості надання медичної допомоги. Якість вимірюється шляхом застосування якісних і кількісних показників (індикаторів якості). Якісне медичне обслуговування дитини – це обслуговування, за якого ресурси хірургічного відділення та закладу охорони здоров'я взагалі організуються так, щоб із максимальною ефективністю і безпекою задовольняти медичні потреби дитини, проводити профілактику і лікування відповідно до вимог найвищого рівня.

**Висновок.** Медичні працівники дитячого хірургічного відділення зобов'язані надавати якісну медичну допомогу дітям, адже якісна допомога береже найголовніше – здоров'я дитини, забезпечує репутацію закладу і підвищує конкурентоспроможність.

Авторка заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

**Ключові слова:** якість медичної допомоги, діти, внутрішній контроль якості, зовнішній контроль якості, індикатори якості хірургічної допомоги.

## Quality control system of medical care for children in paediatric surgery departments

**O.M. Gorbatyuk***Educational and Scientific Institute of Medicine University «KROK», Kyiv, Ukraine*

In the public health system, the quality of medical care is defined as a set of characteristics that reflect how well healthcare services meet the needs of both adult and paediatric populations and comply with current standards. To objectively evaluate the effectiveness of care provided to children in a surgical department, a quality control system is implemented. Its purpose is to ensure an unbiased assessment and improvement of the effectiveness of diagnostic and treatment services for children.

**Aim** – to provide an overview for the medical staff of the paediatric surgical department regarding the procedure for quality control of medical care for children, the methods of its assessment, and the outcomes, with the aim of improving treatment effectiveness and the professional level of the medical personnel.

The assessment and control of the quality of surgical care for children is carried out through the application of methods of external and internal quality control of medical care, self-assessment by healthcare workers, clinical audit, and monitoring of quality indicators. External

## Reviews

quality control of medical care is carried out by state executive authorities within the framework of their powers established by legislation (accreditation/certification). The system of internal quality control of medical care includes three levels: 1) head of the department, senior nurse of the department; 2) deputy head of the healthcare facility responsible for the relevant area; 3) medical council on internal quality control of medical care. Quality assessment is carried out using a system of qualitative and quantitative metrics known as quality indicators. High-quality medical care for a child is achieved when the resources of the surgical department and the healthcare facility as a whole are organised to ensure maximum effectiveness and safety, fully addressing the child's medical needs and providing prevention and treatment in accordance with the highest standards.

**Conclusion.** The medical staff of the pediatric surgical department are obligated to provide high quality medical care to children, as quality care protects what is most important – the children's health, and ensures the reputation of the hospital and increase competitiveness.

The author declares no conflict of interest.

**Keywords:** quality of medical care, children, internal quality control, external quality control, quality indicators of surgical care.

## Вступ

Якість медичної допомоги в системі громадського здоров'я – це комплекс характеристик, що визначають відповідність медичної допомоги потребам дорослого та дитячого населення і сучасним стандартам. Однією з основних цілей діяльності будь-якого закладу охорони здоров'я є задоволеність пацієнтів якісною медичною допомогою. Для об'єктивного оцінювання ефективності медичної допомоги дитині хірургічного відділення також створюється система контролю якості медичної допомоги [2]. Мета системи контролю якості медичної допомоги – об'єктивно оцінювати і підвищувати ефективність лікувально-діагностичної допомоги. Забезпечення якості медичної допомоги на всіх етапах і рівнях її надання є комплексним процесом, важливою складовою якого є контроль якості медичної допомоги. Оцінювання якості медичної допомоги – це визначення відповідності наданої медичної допомоги встановленим стандартам у сфері охорони здоров'я [3,10].

Контроль якості медичної допомоги в дитячому хірургічному відділенні має здійснюватися згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України від 28.09.2012 № 752 (зі змінами, внесеними згідно з Наказами МОЗ України № 2197 від 30.12.2024 і № 650 від 16.04.2025) «Про порядок контролю якості медичної допомоги», Наказу МОЗ України № 69 від 05.02.2016 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування» і Наказу МОЗ України № 795 від 11.09.2013 «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги», що розроблені з метою впровадження та організації роботи з управління якістю медичної допомоги та забезпечення отримання дітям медичної допомоги належної якості [7–9].

**Мета** публікації – ознайомити медичний персонал дитячого хірургічного відділення з порядком контролю якості медичної допомоги дітям, методами його оцінювання та результатами для підвищення ефективності лікування й професійного рівня медичного персоналу.

Оцінювання і контроль якості надання хірургічної допомоги дітям здійснюється шляхом застосування методів зовнішнього і внутрішнього контролю якості медичної допомоги, самооцінки медичних працівників, клінічного аудиту, моніторингу індикаторів якості тощо [1,6]. Індикатори в галузі хірургії розглядаються сьогодні як один з основних механізмів оцінювання якості медичної допомоги в усьому світі [4,5,11].

Зовнішній контроль якості надання медичної допомоги здійснюється органами державної виконавчої влади в межах повноважень, визначених законодавством (атестації/сертифікації) [5].

Система внутрішнього контролю якості медичної допомоги передбачає три рівні: 1) завідувач відділення, старша медична сестра відділення; 2) заступник керівника закладу охорони здоров'я за напрямом; 3) медична рада з питань внутрішнього контролю якості надання медичної допомоги. Внутрішній контроль якості медичної допомоги дітям у хірургічному відділенні відбувається шляхом оцінювання обсягів і характеру лікувально-діагностичних заходів, що надаються дітям, їх ефективності, проводиться статистичний аналіз результатів діяльності структурного підрозділу порівняно з іншими часовими періодами (роками) та іншими профільними лікувальними закладами.

За результатами оцінювання якості медичної допомоги пацієнтам хірургічного відділення виявляються недоліки і розробляються заходи щодо їх недопущення й профілактики. Особливе значення має розроблення і впровадження в роботу відділення індикаторів якості хірургічної допомоги дітям при різних патологічних станах, що мають такі компоненти як безпека, доступність, своєчасність, результативність тощо [8].

Організація системи контролю якості медичної допомоги передбачає, що медпрацівники мають дотримувати вимог щодо:

- посадових інструкцій;
- встановлених стандартів;
- клінічних маршрутів пацієнта відповідно до профілю відділення;

- положення про систему контролю якості медичної допомоги;
- правил оформлення і ведення медичної документації;
- порядку взаємодії з іншими підрозділами та лікувальними закладами [2,10].

Метод експертного оцінювання результатів лікування дітей базується на порівнянні фактично наданої хірургічної допомоги дітям із державними вимогами стандартів, клінічних протоколів, нормативів тощо.

Вдумливе експертне оцінювання рівня діагностування, лікування та реабілітації того чи іншого пацієнта дає змогу виявити дефекти, які допустили конкретні спеціалісти, визначити чинники медичного забезпечення, що призводять до смертності, інвалідності, ускладнень і хронізації захворювань, похибок лікарської тактики, серйозних ускладнень під час перебігу захворювання з внесенням необхідних корективів у лікувально-діагностичний процес та оптимізації заходів профілактики.

На основі власного досвіду багаторічної роботи в галузі дитячої хірургії може констатувати, що дефекти в наданні хірургічної допомоги дітям насамперед обумовлені:

- недостатнім рівнем теоретичних знань фахівців;
- недостатнім рівнем практичних підходів;
- недостатнім рівнем володіння практичними навичками і хірургічними процедурами;
- ступенем оснащення лікувально-діагностичною апаратурою;
- індивідуальними анатомо-фізіологічними особливостями пацієнта;
- індивідуальними проявами захворювання і його перебігу та патогенетичними аспектами захворювання;
- якістю медичного менеджменту.

На першому рівні контролю якості медичної допомоги завідувач відділення оцінює рівень якості лікування дитини і рівень якості медичної допомоги окремого лікаря за Медичною картою стаціонарного хворого (форма № 003/о). Вивчаючи медичну карту стаціонарного хворого, яка є дуже важливим документом експертизи, завідувач відділення виявляє дефекти, допущені лікарем-ординатором, що призвели до зниження якості допомоги відповідно до розробленої в закладі системи оцінювання.

На основі власних спостережень виявлено, що серед допущених дефектів оформлення Медичної карти стаціонарного хворого найчастіше трапляються:

- дефекти анамнезу: відсутність опису скарг, динаміки клінічних симптомів від моменту їх виникнення, анамнезу життя щодо перенесених захворювань

і/або травм, обсягу та ефективності перенесених оперативних втручань, характеру лікування і його результативності тощо. Проте відомо, що ретельно зібраний анамнез у педіатричній практиці, що є суб'єктивним клінічним методом обстеження дитини, – це вже половина клінічного діагнозу [8];

- дефекти відображення стану дитини і переліку виявлених патологічних змін;

- дефекти обґрунтування й оформлення діагнозу: неповний діагноз без зазначення клінічних форм патології, стадії захворювання, ступеня вираженості функціональних розладів, відсутність обґрунтування для залучення консультантів;

- дефекти прийнятого рішення щодо висновків, рекомендацій із лікувально-діагностичних, профілактичних і реабілітаційних заходів.

Експертне оцінювання проводить завідувач відділення, коли підписує Карту пацієнта, який вибув зі стаціонару (форма №066/о), на основі аналізу інформації Медичної карти стаціонарного хворого та на основі огляду дитини напередодні виписки. Експертне оцінювання входить до прямих функціональних обов'язків завідувача відділення. Статистичних карт без параметрів експертного оцінювання статистичний відділ не приймає [8].

Під час експертизи завідувач відділення **оцінює:**

1. Категорію складності захворювання, яку визначає за схемою розподілу нозологій за ступенем складності.

2. Показник результативності праці лікаря за кінцевим результатом (визначається після закінчення лікування – досягнули чи не досягнули запланованого результату лікування).

3. Рівень якості лікування – оцінює діяльність лікаря щодо забезпечення обсягу та якості лікувально-діагностичного процесу відповідно до локальних протоколів лікування хворих.

Для оцінювання діяльності лікаря рекомендують застосовувати 15-бальну систему (максимальна кількість балів – 15), за якою визначають:

**А. Якість оформлення і ведення первинної медичної документації – 5 балів:**

- правильне і повне заповнення титульного листа Медичної карти стаціонарного хворого (форма 003/о) з фіксуванням дати звернення пацієнта, визначенням профільного відділення і паспортної частини;

- наявність результатів обстеження дитини, листка лікарських призначень, температурного листка в Медичній карті стаціонарного хворого;

- хворий поінформований про власні права, обов'язки, можливий ризик під час лікувальних

## Reviews

і діагностичних процедур, а також про можливий подальший перебіг хвороби [4,9].

**Б. Відповідність діагностичного процесу Стандартам медичної допомоги/локальним маршрутам пацієнта при відповідному захворюванні – 5 балів:**

- клінічний діагноз сформульований згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду (МКХ-10);

- план обстеження хворого;
- обґрунтування клінічного діагнозу з урахуванням даних анамнезу, результатів об'єктивного клінічного, лабораторного та інструментального обстеження;
- огляд суміжних спеціалістів (за потреби) із відповідними записами в історії хвороби.

**В. Лікувальний процес – 5 балів:**

- в індивідуальному плані лікування хворому призначене своєчасне, адекватне й повне лікування згідно з клінічними маршрутами лікування хворих;

- хворий оглянутий завідувачем відділення (упродовж перших трьох діб після надходження, а надалі – один раз на тиждень), про що є відповідний запис в історії хвороби;

- щоденники в повному обсязі відображають стан хворого, динаміку перебігу хвороби, кратність записів відповідає стану хворого;

- призначення та видачу ліків щоденно фіксують у листках призначень підписом лікаря та медична сестра.

Максимальна кількість балів – 15 балів.

**Найпоширеніші дефекти, що виявляються завідувачем відділення під час оцінювання якості лікування на I етапі, такі:**

**А. Якість оформлення та ведення первинної медичної документації:**

- не заповнені всі графи титульного листа та всіх вкладних форм;

- є зауваження щодо ведення температурного листа;
- результати аналізів обстежень, листок призначень не акуратно підшиті до історії хвороби;

- хворий не поінформований про власні права, обов'язки, можливий ризик під час лікувальних і діагностичних процедур, а також про можливий подальший перебіг хвороби;

- виписний епікриз викладений не в повному обсязі;
- рекомендації щодо реабілітації, подальшого лікування і диспансерного спостереження не чіткі, не в повному обсязі або взагалі відсутні.

**Б. Діагностичний процес:**

- клінічний діагноз сформульований неправильно, не відповідає клінічній класифікації хвороб МКХ-10;

- діагноз не обґрунтований скаргами;
- діагноз не обґрунтований об'єктивними даними;
- діагноз не обґрунтований інструментальними дослідженнями;

- діагноз не обґрунтований висновками лікарів-спеціалістів;

- немає плану обстеження хворого;

- аналізи й інші методи обстежень хворого не в повному обсязі відповідають стандартам діагностичного процесу або дублюються, якщо в цьому немає необхідності;

- діагноз не обґрунтований лабораторними обстеженнями;

- хворий не оглянутий суміжними спеціалістами, немає відповідного запису в історії хвороби.

**В. Лікувальний процес:**

- неадекватне консервативне медикаментозне лікування в плані його тривалості та доцільності проведення, через що не дотримана своєчасність хірургічного втручання;

- неправильний шлях уведення необхідного препарату;

- поліпрагмазія;

- лікування проведене не всіма необхідними інструментальними методами;

- необхідне лікування із застосуванням інших методів (ЛФК, масаж, мануальна терапія, голкорексотерапія тощо) не проведене.

**Другий ступінь контролю якості надання медичної допомоги** проводять за дорученням медичного директора незалежні спеціалісти за профілем перехресно з працівниками профільних кафедр, визначених наказом по закладу. Зазвичай організують вибіркочку перевірку виписаних Медичних карт стаціонарного хворого. За результатами експертизи спеціалісти формують рекомендації щодо вирішення виявлених проблем і роздають їх завідувачам відділень.

Аналіз якості хірургічної допомоги дітям обов'язково проводять при летальних і ускладнених клінічних випадках та за повторної госпіталізації пацієнта.

Детально обговорюються випадки розбіжностей діагнозів і скарги пацієнтів із необхідними висновками та заходами їх недопущення в подальшому.

Якість вимірюють шляхом застосування якісних і кількісних показників – **індикаторів якості**. Індикатори якості медичної допомоги мають відповідати таким критеріям: надійність, чутливість до змін, простота в розрахунках.

Індикатори якості хірургічної допомоги дітям такі: частота ускладнень, рівень летальності, час очікуван-

ня планової операції, відсоток повторних госпіталізацій, рівень відповідності клінічним стандартам, ефективність лікування (відсоток пацієнтів, що досягли очікуваного результату лікування), хірургічна активність, зворотний зв'язок із пацієнтами (задоволеність дітей і батьків якістю наданого лікування).

**Старша медична сестра** дитячого хірургічного відділення ознайомлює підлеглий медичний персонал з основними службовими обов'язками, необхідними професійними навичками та організаційними аспектами їхньої діяльності. Розподіл обов'язків і повноважень медичних працівників у лікувальному закладі визначає такий організаційно-правовий документ, як Посадова інструкція. **Головна медична сестра** не рідше одного разу на тиждень перевіряє виконання старшими медсестрами посадових обов'язків. Випадки, що підлягають експертизі, визначають шляхом випадкового відбору тих робочих ситуацій, коли дії старших медичних сестер можуть бути об'єктивно оцінені. Експертизі може підлягати один день роботи або одне чергування, кілька видів діяльності. Щоб об'єктивно оцінити, чи відповідає робота тієї чи іншої старшої сестри критеріям якості, головна медична сестра може:

- вивчати медичну документацію (карти, журнали, листки призначень);
- вести особисте спостереження за діяльністю старшої медсестри в повсякденній роботі;
- опитувати медичних сестер відділення тощо.

Якість оцінюють за єдиними критеріями, тобто об'єктивно. Усі помилки в роботі враховують, аналізують, організують роботу щодо їх усунення.

Показники дефектів:

- обґрунтовані скарги з боку завідувача відділення, головної медичної сестри закладу охорони здоров'я, адміністрації закладу;
- ускладнення, що виникли з боку медичної сестри та з її вини [2].

## Висновок

Отже, ефективний контроль якості медичної допомоги дітям із хірургічною патологією чи підозрою на неї має бути пріоритетом у роботі хірургічного відділення. Якісне медичне обслуговування дитини – це обслуговування, за якого ресурси хірургічного відділення та закладу охорони здоров'я взагалі організуються так, щоб із максимальною ефективністю і безпечністю задовольнити медичні потреби пацієнта,

проводити профілактику і лікування відповідно до вимог найвищого рівня. Медичний персонал відділення має бути зацікавленим у спільному пошуку шляхів усунення виявлених недоліків. Важливий момент у системі контролю – облік виявлених помилок, їх причинно-наслідковий аналіз, організація роботи з їх усунення та оцінювання кінцевого результату. Здійснення ефективного контролю якості медичної допомоги є невід'ємною частиною шляху до поліпшення системи громадського здоров'я в Україні.

*Авторка заявляє про відсутність конфлікту інтересів.*

## References/Література

1. Braithwaite J. (2018). Changing how we think about healthcare improvement. *BMJ*. 361: K2014. doi: 10.1136/bmj.K2014.
2. Dovhan VI, Arziantseva DA, Zakharchevich NP. (2022). Audit of the quality of medical services of the healthcare institution. *Naukovi perspektive*. 7(25): 79-90. doi: 10.52058/2708-7530-2022-7(25)-79-90.
3. Fulop NJ, Ramsay AIG. (2019). How organizations contribute to improving the quality of healthcare. *BMJ*. 365: 1773. doi: 10.1136/bmj.11773.
4. Hay P, Wilton K, Barker J et al. (2020). The importance of clinical documentation improvement for Australian hospital. *Heal Inf Manag J*. 49(1): 69-73. doi: 10.1177/1833358319854185.
5. Mironov A. (2019). State control as means of ensuring the quality of care. *Publichne pravo*. 4(36): 98-110. doi: 10.37374/2019-36-11.
6. Motaylo O. (2021). Strategy for improving the monitoring system for the health of the population of Ukraine. *Derzhavne upravlinnya: udoskonalennya ta rozvytok* [Online]. 3: 37. doi: 10.32702/2307-2156-2021.3.37.
7. MOZ Ukrainy. (2012). Pro poriadok kontroliu yakosti medychnoi dopomohy. *Nakaz MOZ Ukrainy vid 28.09.2012 No. 752 (zi zminamy, vnesenymy zghidno z Nakazamy MOZ Ukrainy vid 30.12.2024 No.2197 ta vid 16.04.2025 No.650)*. [МОЗ України. (2012). Про порядок контролю якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 752 (зі змінами, внесеними згідно з Наказами МОЗ України від 30.12.2024 №2197 та від 16.04.2025 №650)].
8. MOZ Ukrainy. (2013). Pro monitorynh klinichnykh indyikatoriv yakosti medychnoi dopomohy. *Nakaz MOZ Ukrainy vid 11.09.2013 No.795*. [МОЗ України. (2013). Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 11.09.2013 №795].
9. MOZ Ukrainy. (2016). Pro orhanizatsiiu kliniko-ekspertnoi otsinky yakosti nadannia medychnoi dopomohy ta medychnoho obsluhovuvannia. *Nakaz MOZ Ukrainy vid 05.02.2016 No.69*. [МОЗ України. (2016). Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування. Наказ МОЗ України від 05.02.2016 №69].
10. Scarpis E, Brunelli L, Tricarico P et al. (2021). How to assure the quality of clinical records: A 7-years experience in a large academic hospital. *PLoS One*. 16(12). doi: 10.1371/journal.pone.0261018.
11. Watters DA, Hollands MJ, Gruen RL et al. (2015). Perioperative mortality rate (POMR): a global indicator of access to safe surgery and anaesthesia. *World J Surg*. 39: 856-64. doi: 10.1007/s00268-014-2638-4.

## Відомості про автора:

**Горбатюк Ольга Михайлівна** – д.мед.н., проф., директор навчально-наукового інституту медицини Університету «КРОК». Адреса: м. Київ, вул. Табірна, 30-32. <https://orcid.org/0000-0003-3970-8797>.

Стаття надійшла до редакції 28.12.2025 р., прийнята до друку 16.03.2026 р.