

управлінських послуг, як суб'єкти господарювання та фізичні особи (не підприємці).

*Використані джерела інформації:*

1. Господарський Кодекс України [Електронний ресурс] (ст.55) у ред. від 16 січня 2013 г. № 436-IV:// Законодавство України. – Електрон. дані. – К., 2013. – Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/436-15/page2>. – Назва з екрана.
2. Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг: Федеральный закон Российской Федерации от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ // Российская газета Федеральный выпуск № 5247 от 30 июля 2010 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.rg.ru/2010/07/30/gosusl-dok.html>. – Заголовок с экрана.
3. О разработке и утверждении административных регламентов исполнения государственных функций и административных регламентов предоставления государственных услуг : Постановление Правительства Российской Федерации от 16 мая 2011 г. № 373 // Интернет-портал Правительства Российской Федерации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.government.ru/gov/results/15334/>. – Заголовок с экрана.
4. Про адміністративні послуги [Електронний ресурс] : Закон України від 6 верес. 2012 р. № 5203-VI // Законодавство України. – Електрон. дані. – К., 2012. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/5203-17>. – Назва з екрана.
5. Тимошук В. П. Оцінка якості адміністративних послуг / В. П. Тимошук, А. В. Кірмач. – К. : Факт, 2005. – 88 с.
6. Центри надання адміністративних послуг: створення та організація діяльності : практ. посіб. / за заг. ред. В. Тимошука. – Вид. 2-ге, доповн. і доопрац. – К. : СПД Москаленко О. М., 2011. – 432 с.

*Рецензент: Бакуменко В.Д., д.держ.упр., професор.*

УДК 351.77

**Клименко О.В.,**

к.ю.н., доцент,

доцент кафедри теорії та історії держави і права  
і конституційного права

Академії муніципального управління

## **УПРАВЛІННЯ Й КОНТРОЛЬ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

*Дана стаття визначає методологію організації процесу управління якістю медичної допомоги з урахуванням індикаторів якості.*

*Данная статья определяет методологию организации процесса управления качеством медпомощи с учетом индикаторов качества.*

*Given article defines methodology of the organization of managerial process by quality of medical service in view of indicators of quality.*

*Постановка проблеми.* Сучасний стан галузі характеризується низькою ефективністю використання наявного матеріального й кадрового потенціалу медичних установ, повільними темпами структурних перетворень і впровадження оптимальної моделі оплати праці, відсутністю

розуміння необхідності впровадження стандартів й індикаторів якості й управління медичної допомоги [3, 8, 10].

Удосконалювання управління в охороні здоров'я в цілому є найважливішим чинником поліпшення якості й доступності спеціалізованої медичної допомоги, раціонального використання фінансів, матеріально-технічних і людських ресурсів [4, 5]. Науковою основою прийняття управлінських рішень повинні стати дослідження із залученням клінічної епідеміології, економічного та правового аналізу, психології й інших областей наукового пізнання.

Для впровадження ефективної системи управління якістю медичної допомоги, необхідна розробка методології організації даного процесу з урахуванням індикаторів якості, взаємозв'язку кадрового, матеріально-технічного й фінансового забезпечення виконання стандартів надання медичної допомоги хворим.

Серед сучасного наукового доробку у сфері дослідження критеріїв якості надання медичної допомоги та медичних послуг слід насамперед відзначити праці Г.І. Галанової, А. Донабедиана, Н.В. Зильберберг, М.А.Іванової, Є.П. Какориної, А.А. Кубанової, Н.В.Кунгурова, А.Л. Лінденбратена, В.І. Стародубова, І.А. Тогунова, Р.А. Хальфина, О.П. Щепина та інших.

*Мета дослідження* – розробка методології організації процесу управління якістю медичної допомоги з урахуванням індикаторів якості.

*Викладення основного матеріалу.* **Методологія контролю** якості медичної допомоги активно розвивається разом з розвитком медичного страхування. Передбачалося, що результати контролю якості будуть впливати на оплату за надання медичної допомоги, у тому числі - на оплату праці лікаря. Система контролю якості припускає виявлення відповідності характеристик продукту (товару або послуги) формалізованим вимогам до її якості (фактично виявлення відхилень від стандарту, причин цих відхилень, покарання винних; при цьому зазвичай не враховується думка споживачів про якість продукції, тому що контроль здійснюється на підставі "об'єктивних" критеріїв).

Контроль якості медичної допомоги залишається найбільш спірним питанням у всій сфері управління охороною здоров'я. З одного боку, очевидно, що контролювати якість необхідно. З іншого боку - не ясно, на якому рівні, етапі надання допомоги контролювати якість. Так, проведення контролю на етапі виписки зі стаціонару стає, реально, профанацією: результати експертизи багато в чому залежать від особистості експерта, його досвіду й підготовки, умінь і навичок у проведенні експертизи, програми експертизи, якості заповнення медичної документації лікарем і т.д. Фактично в такому виді контроль якості стає аналогом оцінки (експертизи) якості.

Найважливішим елементом контролю якості повинен бути контроль якості виконання окремих процедур і послуг: параклінічних методів дослідження, діяльності служби стерилізації, аптеки при готуванні

розчинів і т.д. Однак такий контроль може носити тільки вибіркового характер, наприклад, - інспекційних перевірок. У переважній більшості випадків в охороні здоров'я поточний контроль діяльності неможливий. Разом з тим необхідно розвивати служби зовнішнього контролю якості лабораторних досліджень, променевих методів діагностики. Потрібно створювати систему сертифікації медичних послуг.

Лише незначну частину медичних технологій можна контролювати винятково "на виході". До останнього об'єкта, на перший погляд, відноситься центральне стерилізаційне відділення, де ефективність стерилізації кожного елемента може бути перевірена за допомогою індикатора - сірки. Однак й у цьому випадку виникає проблема передстерилізаційної підготовки інструментарію - миття, герметичності впакування й т.д. Очевидно, що й тут контролювати необхідно весь процес.

Таким чином, поява й впровадження систем контролю якості медичної допомоги в тім виді, як це мало місце, є не що інше, як тимчасовий і тупиковий розвиток кваліології. Якщо при використанні найпростіших технологій такий контроль можна було б налагодити, то в умовах швидкого технологічного прогресу, де виконання однієї процедури пов'язане з роботою нерідко десятків людей (наприклад, операція на відкритому серці вимагає участі декількох бригад - кардіохірурги, анестезіологи, перфузіологи, трансфузіологи, сестри, медтехніки й т.д.), такий контроль втрачає зміст.

**Управління якістю** медичної допомоги приходить на зміну методології контролю. ISO 9001: 2000 декларує заміну слова "забезпечення" якості на слово "управління" якістю. У виданих раніше документах у назві стояло слово "забезпечення", однак сучасні тенденції розвитку кваліології привели до розуміння, що крім забезпечення внутрішніх показників якості продукції систему необхідно націлити на задоволення споживачів. Основними принципами менеджменту якості, згідно ISO 9001: 2000 й ISO 9004: 2000, є:

- *орієнтація на споживача* - потреби пацієнта визначають вектор розвитку системи менеджменту якості; роботу організації повинні формувати потреби споживачів;
- *лідерство керівництва* - ніяка система менеджменту якості не здатна реалізувати свій потенціал без активної участі й управління з боку вищого керівництва організацією, що накладає на нього особливу відповідальність;
- *залучення працівників* - участь всіх працюючих у процесі керівництва й забезпечення якості: кваліфікація й компетентність персоналу є найважливішими елементами управління якістю, необхідна командна робота як засіб формування й досягнення єдиних цілей;
- *процесний підхід* - всі досягнуті результати з'являються в процесі, рушійною силою якого, з погляду менеджменту якості, є потреби й очікування пацієнта; будь-яка робота являє собою процес, тобто систему

дій, що перетворюють ресурси на вхід процесу в певний результат на виході; будь-який продукт, послуга є результатом процесу або послідовності взаємозалежних процесів, які можуть бути ідентифіковані й піддаються плануванню, управлінню й удосконалюванню;

- *системний підхід* - бажані результати досягаються за допомогою оптимального використання ресурсів, що можливо лише в умовах системи, що складається із взаємозалежних організаційно-технічних і технологічних компонентів: окремі заходи щодо поліпшення якості не здатні істотно впливати на результат;

- *постійне поліпшення* - менеджмент якості має на увазі постійну оцінку якості, планування й вплив на всі елементи процесу досягнення результату;

- *прийняття рішень, засноване на фактах*, - прагнення до наукового обґрунтування рішень і рекомендацій зі створення продукції, заснованому на зборі й аналізі об'єктивних даних; в охороні здоров'я останніх років одержало назву «медицини, заснованої на доказах (медицини доказів)»;

- *взаємовигідні відносини з постачальниками* - раціональне використання наявних ресурсів.

Австралія є в цей час єдиною країною, що ввела в практику охорони здоров'я ISO 9001: 2000 "Вимоги до систем менеджменту якості". У розробленому в цій країні "Посібнику із застосування стандарту ISO 9001: 2000 в області охорони здоров'я" докладно коментуються положення цього основного документа з погляду конкретизації вимог для установ охорони здоров'я - від лікарів-індивідуалів до великих лікарень. Останнім часом в Україні спостерігається тенденція впровадження систем менеджменту якості в роботу окремих медичних організацій і навіть відомств. Однак у цей час ця тенденція не є загальною й застосовується лише в одиничних установах країни.

Концепція управління якістю медичної допомоги є сукупністю уявлень про те, яким чином можна досягти вимог, що становлять сутність поняття "якість" (формулювання самих вимог при цьому залишається "за кадром"). Для охорони здоров'я виявилися придатними інструменти й методи управління на промисловому виробництві, що, зокрема, демонструється досвідом Австралії, що впроваджує вимоги ISO, орієнтовані в першу чергу на виробничу сферу, протягом декількох років в охорону здоров'я.

Виділяють три основних моделі управління якістю медичної допомоги: професійна, бюрократична й індустріальна. На рубежі XX й XXI століть почала швидко формуватися нова, четверта інформаційно-комунікативна модель управління.

**Бюрократична модель** заснована на аудиторському принципі - кожна установа повинна мати ліцензію або сертифікат установленого зразка, вищестоящими організаціями здійснюються регулярні перевірки, а про якість допомоги судять із позицій професійної моделі й використовують статистичні показники й відповідність стандартам. У

системі управління використовують накази, розпорядження й методологію суцільного контролю, доводячи останній нерідко до абсурду. Така система активно розвивається в структурі ОМС.

**Професійна модель** має на увазі, що лікар виступає як гарант якості надаваної допомоги й має високий рівень кваліфікації. Адміністрація установи створює умови лікареві для здійснення професійної діяльності. Оцінка якості лікування лежить при цьому тільки в площині професійної експертизи. Вищим вираженням цієї тупикової галузі розвитку є високоспеціалізовані клініки республіканського підпорядкування, де все зосереджено на розвитку нових технологій, і немає ніякого потенціалу й бажання поширювати ці технології. При цьому між професіоналами й чиновниками виникає й росте конфлікт, пов'язаний з нерозумінням і небажанням зрозуміти один одного. Професіонал вважає, що він досяг вершин майстерності й усі повинні носитись з ним, як з писаною торбою, чиновник заперечує, що на реалізацію цих "мрій" не вистачить ніякого бюджету. Розмовляючи на різних мовах, що лише віддалено нагадують рідну мову, ці дві групи ніяк не можуть прийти до консенсусу, що в остаточному підсумку погіршує й без того незавидне положення нашої охорони здоров'я.

Вершиною еволюції професійної моделі і її тупиком є клінічні рекомендації, створені асоціаціями фахівців. Ці рекомендації окреслюють напрямок руху вперед, на перспективу, але, як правило, відірвані від життя й тому, найчастіше, не виконуються. Клінічні рекомендації не збалансовані з ресурсами, з наявністю в лікарів відповідних умінь і навичок, не гармонізовані з бюджетом. Все це обмежує використання клінічних рекомендацій в управлінні.

**Індустріальна модель** припускає використання концепції безперервного підвищення (забезпечення) якості медичної допомоги, що одержала в середині ХХ століття розвиток у промисловості, а з початку 90-х рр. - в охороні здоров'я деяких економічно розвинених країн.

Концепція безперервного підвищення якості має у своїй основі філософію управління, розроблену американським інженером В.Е. Демінгом.

Сучасні підходи до індустріальної моделі управління якістю можна коротко охарактеризувати наступними основними положеннями:

1) Організації (до яких відносяться й установи охорони здоров'я) розглядаються як відкриті системи, що функціонують у тісній взаємодії із зовнішнім середовищем (так званий системний підхід до управління організацією).

2) Управління організацією включає послідовне безперервне здійснення управлінських функцій: планування, створення адекватної цілям і завданням організації структури, забезпечення мотивації співробітників до виконання роботи, координацію й контроль.

3) Забезпечення якості продукції завжди вважалося одним із завдань управління, однак за роки існування управління як науки відбулися істотні

зміни в тлумаченні поняття "якість" і поглядах на принципи її досягнення. Якщо на початку якість визначалася як відповідність певному стандарту (технічним вимогам), не враховуючи думки споживача, то в сучасному уявленні під якістю продукції (послуги) розуміють її відповідність не тільки стандарту і явним (суб'єктивним) очікуванням споживача, але і його схованим (об'єктивним) потребам. Це знову вимагає розробки й прийняття індикаторів якості.

**Система менеджменту якості** передбачає наявність систематично запланованих і здійснюваних дій, спрямованих на найбільше відтворення споживчих властивостей, при виконанні кожного елемента робіт або послуг. Система менеджменту якості є циклічною, на початку кожного циклу виробляється оцінка можливостей задоволення очікувань споживача, розробляються технології, виконуються роботи й проводиться оцінка ефективності. На основі оцінки результатів знову плануються зміни в ресурсах й у технологіях.

У рамках системи менеджменту якості з'являється врахування думки споживача, виявлення відхилень від стандарту, аналіз причин цих відхилень, заохочення, що відрізнялися в кращу сторону (створення позитивної мотивації замість негативної, що використовується в системі контролю якості, де виявлення відхилень від заданих параметрів якості карається адміністративно або економічно). Найважливішим елементом системи безперервного підвищення (забезпечення) якості є повсюдне, на кожному робочому місці, проведення заходів з метою підвищення ефективності й результативності діяльності. Як рекомендував Б. Пастернак: "У всьому дійти до самої суті...".

**Інформаційно-комунікативна модель** базується на сукупності уявлень про те, що існуючі перед охороною здоров'я проблеми управління якістю майже неможливо вирішити без використання сучасних інформаційних технологій і систем зв'язку. Дійсно, по кожній хворобі створюється перелік послуг і ліків, що є обов'язковим мінімумом надання допомоги, число хвороб вимірюється тисячами, а їхніх варіантів і сполучень - десятками тисяч. Очевидно, що лікареві мати на робочому столі томи стандартів не представляється реальним, у той же час мати їх у персональному комп'ютері - абсолютно можливо. Більше того, автоматизація процесу ухвалення рішення з використанням ЕОМ дозволить міксувати переліки послуг зі стандартів, у випадку, якщо в пацієнта є 2 і більше патології, які необхідно діагностувати й лікувати (наприклад, одночасно інфаркт міокарда, цукровий діабет і виразку шлунка). У такому випадку комп'ютер вибере з декількох стандартів всі необхідні послуги, при їхньому збігу залишить тільки одну, і покаже найбільшу кратність її виконання, у випадку, якщо є розходження в стандартах. Це - дуже просто. Лікареві залишиться або погодитися із пропозицією комп'ютера, або додати в перелік послуги, або забрати, зайві на його думку. Одночасно виникає проблема обґрунтування вибору

лікарем тих або інших послуг, і в цьому йому допоможе ЕОМ, надавши посилання на алгоритми й докази.

Очевидна економіка процесу: персоніфікований облік послуг і ліків дозволяють точно й об'єктивно визначити вартість наданої хворому допомоги. Зовсім небагато потрібно, щоб об'єднати дані по хворим, усереднити їх й одержати повну клініко-економічну характеристику діагностики й лікування. За допомогою все тих же засобів цю характеристику можна аналізувати як з позицій індивідуальних особливостей, так і з узагальнених позицій. Створення подібних програм - автоматизованих історій хвороб - іде в цей час досить активно, однак ця технологія розглядається винятково як інструмент полегшення діяльності лікаря, а не як інструмент управління якістю.

Інформаційно-комунікативна модель менеджменту якості ставить нові завдання, пов'язані з відповідальністю розроблювача програмних засобів. Для забезпечення можливості аналізу одержуваних відомостей необхідно однакове подання інформації. Для цього повинні використовуватися методи й принципи системи стандартизації в охороні здоров'я. Не менш важлива стандартизація режимів обміну даними, що стосуються технічної моделі управління. І, нарешті - найвища відповідальність у виборі й поданні інформації: вибір здійснюється деякими, а використання результатів - всі ми. Тут дуже доречно нагадати приказку, що стосується звичайно керівників системи охорони здоров'я: "Помилка лікаря - у крайньому випадку - смерть хворого, помилка менеджера - цвинтар". Це ще більш справедливо стосовно розроблювачів програмних засобів, що допомагають лікареві в прийнятті рішень: невелика помилка може бути майже не виявлюваною, але бути фатальною для багатьох. У зв'язку із цим повинні бути використані повною мірою принципи медицини доказів і клініко-економічного аналізу.

Протягом останніх 15 років в Україні розвивається система стандартизації в охороні здоров'я як основа забезпечення якості застосування медичних технологій. Поряд із системостворюючими нормативними документами на галузевому рівні в 1998-2007 р. затверджені документи, спрямовані на раціоналізацію застосування методів діагностики, лікарських і нелікарських методів лікування. Зокрема, це порядок формування Переліку життєво необхідних і найважливіших лікарських засобів на державному рівні й формулярів лікарських засобів на рівні медичних установ і регіонів, формування формулярних статей на лікарські засоби, розробка протоколів ведення хворих, технологій виконання простих медичних послуг, класифікатори простих, складних і комплексних медичних послуг. На основі класифікаторів в 2004 р. була створена Номенклатура роботи послуг в охороні здоров'я, що постійно оновлюється й доповнюється, щорічно перетерплюють зміни близько 1000 позицій.

Розроблений й затверджений ряд національних стандартів (ДЕРЖСТАНДАРТ Р52600-2006 "Протоколи ведення хворих. Загальні

положення", ДЕРЖСТАНДАРТ Р52623-2006 "Технології виконання простих медичних послуг. Загальні положення"), ведеться актуалізація ряду протоколів ведення хворих і переведення їх у статус національних стандартів, СТАНДАРТІВ за технологіями виконання простих медичних послуг, пов'язаних із сестриним процесом. Крім питань забезпечення якості медичної допомоги, правил і критеріїв вибору медичних технологій, ці нормативні документи дозволять, зокрема, робити оцінку й планування ресурсного забезпечення охорони здоров'я. При розробці й впровадженні протоколів ведення хворих, Переліку життєво необхідних лікарських засобів, Національного посібника з лікарської терапії виникає проблема наукового обґрунтування включення того або іншого методу діагностики й лікування (медичної технології) до складу обов'язкових вимог документа. Зазвичай мова йде в системі доказів ефективності технології, але одним із критеріїв включення, наприклад, лікарських засобів, є економічна оцінка ефективності і якості їхнього застосування, виконувана з використанням сучасних клініко-економічних методик.

Таким чином, за останні 15 років в Україні створена й активно розвивається система, що дозволяє об'єднати всі достоїнства історично сформованих підходів до оцінки, забезпечення й управління якістю й наповнити їх новим, більш об'єктивним змістом. На жаль, варто констатувати, що багато досягнень наукової й суспільної діяльності по забезпеченню якості медичної допомоги попереднього періоду виявилися незатребуваними, забутими в процесі рішення завдань. Таке положення речей не може не викликати тривоги, хоча й уявляється тимчасовим явищем, можливо обумовленим "проблемами росту".

*Використані джерела інформації:*

1. Воробьев П. А. Качество медпомощи: проблемы оценки, контроля и управление / Научно-практический журнал «Проблемы стандартизации в здравоохранении», № 10, Москва, 2007. С. 6-14.
2. Зильберберг Н.В. Управление качеством медицинской помощи в кожно-венерологических учреждениях на основании рационального планирования ресурсного обеспечения и оптимизации профессиональной деятельности врачей дерматовенерологов / Автореферат дисс. на соискание уч. ст. д. мед.н. - Москва, 2008 г.
3. Какорина, Е. П., Слепушенко И.О. Организация первичной медицинской помощи населению. Справочник фельдшера и акушерки, 2006.-N 2.-С.8-9.
4. Кунгуров Н.В. Совершенствование системы контроля за заболеваемостью инфекциями, передаваемыми половыми путями / Н.В. Кунгуров, А.Б. Блохин, Н. В. Зильберберг и др. // Организация здравоохранения: проблемы и решения (Сб. статей).- Екатеринбург, 2000.- С. 59-69.
5. Кунгуров Н.В. Организация контроля качества дерматовенерологической помощи / Н.В. Кунгуров, В.А. Игликов, Н.В. Зильберберг и др. // Актуальные проблемы уретрогенных ин-фекций : мат-лы науч. - практ. конф. - М., 2003. - С. 65.
6. Линденбрaten А.Л. Современные очерки об общественном здоровье и здравоохранении. Изд.2- и. Г.: Медицина, 2005.
7. Линденбрaten А.Л. Некоторые рассуждения о качестве медицинской помощи/ Научно-практический журнал «Проблемы стандартизации в здравоохранении», № 10, Москва, 2007. С.3-5.



8. Хальфин Р.А. Приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения: результаты и перспективы [Текст] // Экономика здравоохранения. - 2007. - N11. - С. 45-50
9. Оценка качества и эффективности медпомощи / Под ред. О.П. Щепина. - Г., 1999.
10. Щепин О.П., Стародубов В.И., Линденбрaten А.Л., Галанова Г.И. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медпомощи. - Г.: Медицина, 2002.

*Рецензент: Радиш Я.Ф., д.держ.упр., професор.*

УДК 330.341.1:332.146.2

**Коврига О.С.,**

к. держ.упр., доцент  
кафедри державного управління  
та місцевого самоврядування  
Академії муніципального управління

## **УПРАВЛІННЯ ЗМІНАМИ ТРАНСАКЦІЙНИХ ВИТРАТ В КОНТЕКСТІ ІНСТИТУЦІОНАЛЬНИХ ПЕРЕТВОРЕНЬ**

*Визначено структуру трансакційних витрат інституціональних перетворень та виділені трансакційні галузі.*

*Определенна структура трансакционных расходов институциональных преобразований и усовершенствована классификация трансакционного сектора путем группировки фирм по их основным функциям. К трансакционному сектору относятся финансы и операции с недвижимостью, банковское дело и страхование, правовые (юридические) услуги.*

*Certain structure of transaction charges of institutional transformations and selected transaction industries*

*Постановка проблеми.* У теорії прав власності затверджується, що головна особливість системи приватної власності полягає у тому, що завдяки свободі обміну і комбінуванню цих прав вона відкриває максимально широке поле для створення і вибору самих різних організаційних форм, зокрема що будуються на протилежних їй принципах. Мінімізація трансакційних витрат в тому або іншому варіанті економічної організації робить його, по суті, безальтернативним. Даний варіант виявляється шляхом зіставлення трансакційних витрат в межах однієї системи прав власності. Даний метод виправданий тим, що витрати не піддаються прямому вимірюванню, але від цього вони не перестають бути реальними.

*Аналіз останніх досліджень і публікацій.*

Аналізу окремих аспектів державного регулювання інституціональних аспектів формування ринкової економіки регіону присвячено праці таких відомих учених як Д. Норт, Т. Веблен, У. Мітчелл, Д. Коммонс та ін. Значним внеском у дослідження процесу формування