

Ю.В. Фломін (Харків)

# УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЯК ВАЖЛИВИЙ АСПЕКТ МЕНЕДЖМЕНТУ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

Харківська медична академія післядипломної освіти

*Традиційно якість медичної допомоги оцінюється на підставі структури, процесів і результатів, проте мало відомо про оптимальні процеси при наданні допомоги, а зв'язок між структурою та результатами доволі слабкий. Згідно з теорією управління якістю, існує 8 характеристик якості медичної допомоги: професійна компетентність, доступність, економічна ефективність, особисті взаємини, результативність, безперервність і послідовність, безпечність, зручність. Методологія управління якістю медичної допомоги ґрунтується на 4 принципах: задоволення потреб зовнішнього та внутрішнього споживача, системний підхід, командна робота та науковий метод.*

**Ключові слова:** якість медичної допомоги, управління якістю, менеджмент, охорона здоров'я.

Як зазначено у Конституції України, життя і здоров'я людини є найвищими соціальними цінностями держави, і кожний громадянин України має право на охорону здоров'я та медичну допомогу [16]. Поліпшення якості медичної допомоги в Україні було і залишається однією з найактуальніших проблем [2;12;17;18]. Якість медичної допомоги є водночас і метою, і критерієм діяльності системи охорони здоров'я (СОЗ) від нижчої її ланки (закладу охорони здоров'я – ЗОЗ) до найвищої (Міністерства охорони здоров'я – МОЗ) [13]. Завдання забезпечення й поліпшення якості медичної допомоги, що вирішується сьогодні в Україні, багато в чому співзвучні з цілями інших країн і Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). Основні напрямки підвищення доступності та якості медичних послуг визначено в Програмі економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» та постанові Кабінету Міністрів України від 02.02.2011 р. № 389 «Про затвердження Програми розвитку інвестиційної та інноваційної діяльності в Україні». Безперервне підвищення якості передбачає комплексний, інтегрований і динамічний підхід, спрямований на поліпшення результатів роботи системи в цілому, шляхом постійної модифікації і вдосконалення самої системи, а не шляхом виявлення і покарання працівників, практика або результати роботи яких не відповідають встановленим нормам [13]. При розробці політики управління якістю медичної допомоги в Україні необхідно враховувати

соціально-економічні умови розвитку охорони здоров'я, існуючу практику надання медичної допомоги населенню, досвід інших країн і думку міжнародних експертів з проблеми якості медичної допомоги [9;11;15]. Попри певні досягнення останніх років у сфері управління якістю медичної допомоги, зокрема, посібник для розробників клінічних рекомендацій / медичних стандартів та нещодавно затверджені наказом МОЗ та НАМН України від 11.03.2011 р. № 141/21 методичні рекомендації «Уніфікована методика розробки індикаторів якості медичної допомоги», у вітчизняній літературі бракує інформації про основні характеристики, за якими слід оцінювати якість медичної допомоги, та про методологію управління нею.

**Мета роботи** – описати основні характеристики, за якими можна вивчити якість медичної допомоги, а також методологію управління нею.

## Матеріали та методи

Проведено пошук літератури, відібрано відповідні літературні джерела та узагальнено їх відомості, які дали змогу досягти мети дослідження. Використано метод системного аналізу (вивчено та проаналізовано аспекти якості медичної допомоги як важливої складової поліпшення менеджменту в охороні здоров'я), а також бібліосемантичний метод (вивчено сучасні принципи, світовий досвід і вітчизняні розробки щодо проблеми якості медичної допомоги).

## Результати дослідження та їх обговорення

### *Визначення якості медичної допомоги*

Якість – суб'єктивна ціннісна категорія, і дві людини можуть розуміти її по-різному. Як же можна вимірювати якість? Розглядаючи різноманітні варіанти визначення якості медичної допомоги, необхідно врахувати її визначення у словнику, згідно з яким, під названим терміном слід розуміти наявність суттєвих ознак, властивостей, особливостей, що відрізняють один предмет або явище від інших [1]. Прибічники теорії якості в широкому сенсі часто наводять принцип: робити правильним шляхом те, що правильно. Якість медичної допомоги може бути визначена як виконання професійних медичних стандартів і відповідність наданої медичної допомоги інтересам та очікуванням пацієнта. Існує ще декілька визначень якості медичної допомоги [7;10;12;20]:

- використання медичної науки і технології з найбільшою користю для здоров'я людини, але без збільшення ризику; рівень якості, таким чином, – це рівень балансу вигоди і ризику для здоров'я;
- належне проведення (згідно зі стандартами) всіх заходів, що є безпечними і прийнятними, використовуються в даному суспільстві і впливають на смертність, захворюваність, інвалідність;
- сукупність характеристик, що підтверджують відповідність наданої допомоги наявним потребам пацієнта (населення), його очікуванням, сучасною рівню медичної науки і технології.

Під якістю медичної допомоги також розуміють процес взаємодії лікаря та пацієнта, заснований на професіоналізмі лікаря, тобто його здатності знижувати ризик прогресування захворювання у пацієнта та попереджувати виникнення нового патологічного процесу, оптимально використовувати ресурси медицини та забезпечувати задоволеність пацієнта наданою йому медичною допомогою [10;12;22]. Згідно з недавнім наказом МОЗ, якість медичної допомоги – це належне (відповідно до стандартів, клінічних протоколів) проведення всіх заходів, які є безпечними, раціональними, прийнятними з точки зору коштів, що використовуються в даному суспільстві, і впливають на смертність, захворюваність, інвалідність [14].

### *Оцінка якості медичної допомоги*

Понад 45 років тому А. Донабедян запропонував розглядати якість медичної допомоги з позицій «структури, процесу та результату» [19]. Структура охоплює характеристики наявних ресурсів для надання допомоги, зокрема, матеріальних ресурсів, кваліфікованих медичних і управлінських кадрів, а також організаційні аспекти (методи компенсації розходів, управління якістю медичної допомоги). Структура має бути ціка-

вою для організацій, що опікуються акредитацією, але відомо, що існує досить слабкий зв'язок між структурою та результатами [9]. Під процесом розуміють характеристики медичної допомоги, що надається, тобто її обґрунтованість, адекватність за обсягом, компетентність персоналу в обранні методів, узгодженість дій та послідовність. Обмеження оцінки процесу пов'язані з тим, що ми дуже мало знаємо про оптимальний процес надання медичної допомоги і вплив відхилень від стандартів на результати лікування. Якість лікування оцінюється за його результатами (виживання, функціональний стан, обмеження життєдіяльності) у пацієнтів з певними вихідними захворюваннями чи станами (наприклад, рак молочної залози або інсульт), а також мірою задоволеності пацієнтів отриманою допомогою. Саме результати лікування є принциповою мірою якості медичної допомоги, оскільки вони мають значення для пацієнтів, платників за медичні послуги і медичних працівників. Об'єктивна оцінка результатів лікування і порівняння діяльності ЗОЗ передбачає використання статистичних методів, які дають змогу врахувати відмінності у вихідних клініко-демографічних показниках хворих. Тобто результати лікування кожного ЗОЗ можуть бути охарактеризовані як «гірші за прогнозовані», «такі, що відповідають прогнозованим» та «кращі за прогнозовані» [21]. Складнощі оцінки якості за результатами полягають у важкості визначення тих результатів, які безпосередньо залежать від медичної допомоги, та недостатній інформації щодо можливостей поліпшення результатів за умов відповідності стандартам структури й процесу в ЗОЗ [22].

### *Характеристики якості медичної допомоги*

Теорія управління якістю пропонує вивчати якість у системі медичної допомоги за 8 характеристиками: професійна компетентність, доступність, економічна ефективність, особисті взаємини, результативність, безперервність і послідовність, безпечність, зручність [6].

1. Професійна компетентність визначається рівнем навиків і вмій, що реалізуються в процесі діяльності людей, які надають медичні послуги, в діяльності керівництва й обслуговуючого персоналу.
2. Доступність медичної допомоги оцінюється ступенем, в якому медична допомога може безперешкодно надаватися, незалежно від географічних, економічних, соціальних, культурних, організаційних або мовних чинників.
3. Результативність – це міра, в якій лікування пацієнта сприяє поліпшенню його стану або бажаному результату.
4. Особисті взаємини стосуються якості взаємодії між провайдером послуг і споживачами, керівництвом і провайдером медичної допомоги, медичними працівниками і місцевими жителями.

5. Економічна ефективність визначається співвідношенням між потребою в обслуговуванні та існуючими ресурсами для надання допомоги. Ефективність досягається шляхом надання оптимального обсягу медичної допомоги населенню, тобто найбільше допомоги найкращої якості, що можливо досягнути при наявних ресурсах.
6. Безперервність і послідовність віддзеркалює ступінь, в якому пацієнт одержує необхідне йому медичне обслуговування без перерв, зупинок або зайвих повторень обстежень або лікування.
7. Безпечність визначається мірою, в якій система медичної допомоги знижує ризик пошкоджень, інфікування, побічних явищ чи інших збитків у процесі надання медичної допомоги.
8. Зручність є тією характеристикою медичного обслуговування, які безпосередньо не відносяться до клінічної ефективності, але можуть позитивно вплинути на ступінь задоволеності пацієнта якістю обслуговування. Комфортність визначається зовнішнім виглядом і чистотою приміщень, що використовуються, обладнанням і персоналом, а також заходами щодо забезпечення комфорту і зручності.

Діяльність із забезпечення якості медичної допомоги може спрямовуватися на одну або декілька характеристик з цього переліку, котрі допомагають визначити рамки, в яких працюють команди експертів при аналізі проблем якості та оцінці ступеня дотримання стандартів. Вісім характеристик, наведених вище, обрані на основі аналізу літератури й синтезу ідей експертів із забезпечення якості. Кожну з цих характеристик слід розглядати у світлі специфічної програми і в місцевому контексті. Всі вони стосуються як клінічного й організаційного аспектів надання медичної допомоги, так і роботи допоміжних служб [4].

#### *Професійна компетентність*

Професійна компетентність передбачає відповідні навички і знання та безпосередньо повсякденну роботу медичних працівників і допоміжного персоналу. Тобто для забезпечення якості професійної медичної допомоги працівники СОЗ повинні передусім мати якісну й сучасну освіту і відповідний рівень практичного досвіду, які їм дають змогу послідовно й точно виконувати певні завдання. Професійна компетенція віддзеркалює те, наскільки добре медичний працівник дотримується клінічних протоколів і стандартів у плані надійності, охайності, послідовності. Це включає клінічні навички діагностики, лікування і профілактики захворювань, а також лікарські знання, мистецтво встановити вірний діагноз, вилікувати хворого. Наприклад, професійні навички лікаря-спеціаліста охоплюють такі вміння: одразу помічати ознаки й порушення, що заслуговують на подальшу увагу; зби-

рати сфокусований анамнез, детально обговорюючи ситуації та епізоди, які безпосередньо стосуються робочого та диференціальних діагнозів; ефективно використовувати час для інтерв'ю; під час опитування по системах зосереджувати увагу на тих симптомах, які можуть надати відомості про фактори ризику та спрямувати діагностичний пошук; пристосовувати методику огляду до обставин, стану пацієнта та наявного часу, приділяючи першочергову увагу тим відхиленням, про які свідчить анамнез захворювання; під час огляду діяти методично вірно та ефективно, вміти розслабити пацієнта та встановити з ним інформаційний контакт, демонструючи увагу до людської гідності, віку, фізичного та психоемоційного стану, культурних та релігійних особливостей пацієнтів, уникаючи болю чи інших неприємних відчуттів під час маніпуляцій; а також мити руки перед та після огляду. Особливу увагу потрібно приділяти правильній інтерпретації даних анамнезу та фізичного огляду, врахуванню клінічних особливостей пацієнта під час складання списку його проблем, пов'язаних зі здоров'ям, формулювання найбільш імовірного та диференціальних діагнозів. Щодо компетенції керівного робітника йдеться передусім про вміння приймати оптимальні рішення з приводу нагальних проблем і здійснювати ефективне управління. Брак компетентності може призвести до різних наслідків: від незначних відхилень від стандарту до важких помилок, які знижують ефективність лікування або навіть ставлять під загрозу здоров'я та життя пацієнта.

#### *Доступність медичної допомоги*

Доступ до служб СОЗ не може обмежуватися через географічні, економічні, соціальні, культурні, організаційні або мовні бар'єри. Географічна доступність вимірюється наявністю транспорту, відстанню, тривалістю доставки й іншими труднощами, що можуть перешкоджати отриманню пацієнтом необхідної допомоги. Економічна доступність визначається можливістю оплатити необхідну допомогу. Соціальна або культурна доступність відноситься до сприйняття медичної допомоги в світлі культурних цінностей пацієнта, його віри тощо. Наприклад, служба планування родини може бути неприйнятною для деяких пацієнтів з огляду на їхню культуру чи релігію. Організаційна доступність оцінюється за зручністю організації роботи медичних служб (години роботи поліклініки, тривалість очікування в черзі тощо). Наприклад, недостатня кількість вечірніх прийомів у поліклініці знижує доступність для тих людей, які працюють вдень. Мовна доступність передбачає використання в роботі медичних служб мови пацієнтів, які звертаються по медичну допомогу.

#### *Результативність*

Якість роботи служб охорони здоров'я залежить від результативності існуючих правил, чинних норм

і клінічних протоколів. При оцінці результативності треба відповісти на два запитання:

1. Чи сприятиме призначене лікування бажаним результатам?
2. Чи є призначене лікування найкращим за даних умов?

Результативність є дуже важливою характеристикою якості на центральному рівні, де встановлюються норми. Питання результативності необхідно враховувати на локальному рівні, де місцеві керівники СОЗ вирішують, як саме слідувати цим нормам і адаптувати їх до місцевих умов. При встановленні стандартів потрібно враховувати чинник відносного ризику. Наприклад, необхідно підходити з обережністю до частого застосування кесарева розтину серед населення з більшою кількістю вагітностей підвищеного ризику, незважаючи на можливий несприятливий наслідок. Для визначення результативності цієї стратегії треба порівняти можливий ризик операції з потенційними перевагами в цілому.

#### *Особисті взаємини*

Ця характеристика стосується взаємин між медперсоналом і пацієнтами, працівниками та їхнім керівництвом, СОЗ і населенням у цілому. Гарні відносини створюють атмосферу довіри та взаємної поваги, конфіденційності, чемності, чуйності та симпатії. Вміння слухати та розуміти пацієнтів і колег (вербальні та невербальні сигнали), робота в команді, ефективна комунікація, підтримка терапевтичного альянсу з пацієнтами, відверте обговорення плану обстеження, переваг і недоліків лікування, підвищення обізнаності пацієнтів з медичних, психологічних, соціальних питань також дуже важливі. Передусім це сприяє позитивному настрою пацієнтів щодо СОЗ у цілому та окремого закладу чи виду лікування зокрема.

#### *Ефективність*

Ефективність – це співвідношення отриманих результатів і витрачених ресурсів. Вона завжди відносна, її аналізують для порівняння альтернативних рішень. Важливість цієї характеристики визначається тим, що ресурси СОЗ зазвичай обмежені. При цьому ефективна СОЗ забезпечує оптимальну (за наявних ресурсів), а не максимально можливу медичну допомогу. Ефективність потребує надання всього комплексу необхідної медичної допомоги. Все, що через неефективні норми або погану організацію забирає надто багато часу і коштів, слід звести до мінімуму. Таким чином, якість можна поліпшити при одночасному зниженні витрат [8]. Не можна, однак, думати, що підвищення якості ніколи не вимагає додаткових асигнувань. Шляхом аналізу ефективності можна вибрати найбільш економічно доцільний засіб.

#### *Безперервність та послідовність*

Цей термін означає, що пацієнт отримує всю необхідну медичну допомогу без необґрунтованих затримок, перерв чи непотрібних повторень у процесі діагностики й лікування. Допомога має бути доступною в будь-який час і на безперервній основі. Пацієнта повинен мати змогу проконсультуватися з вузькими спеціалістами або ж бути повторно оглянутим лікуючим лікарем, коли це необхідно. На загал дотримання цього принципу забезпечується тим, що пацієнта веде один і той же лікар, акуратно роблячи записи в медичних документах, чітко організовуючи взаємодію між рівнями і службами. Порушення цього принципу впливає на результативність, знижує ефективність і погіршує особисті взаємини.

#### *Безпечність*

Як одна з характеристик якості безпечність передбачає зведення до мінімуму ризику травм, інфекцій, побічних ефектів лікування та інших небажаних явищ у процесі надання медичної допомоги. Це стосується як медичного працівника, так і пацієнта. Наприклад, переливання крові потребує великої обережності, особливо у зв'язку з появою загрози ВІЛ-інфекції. І пацієнти, і медики повинні бути захищеними від ризику інфікування через кров та інструменти. Додаткові заходи безпеки мають забезпечити асептику і правильну техніку переливання. Дотримуватися безпеки дуже важливо при наданні не тільки спеціалізованої, але й первинної медичної допомоги. Наприклад, через нерозбірливий рецепт фармацевт чи пацієнт можуть порушити рекомендовані дози ліків.

#### *Зручність*

Під цією характеристикою мають на увазі зовнішній вигляд ЗОЗ, персоналу і матеріальних об'єктів, а також комфорт, чистоту, конфіденційну обстановку. Певне значення мають такі речі, як гарне оздоблення приміщень, приємна музика, телебачення, періодика.

#### *Методологія управління якістю медичної допомоги*

Управління якістю медичної допомоги складається з трьох основних видів діяльності: створення якості, поліпшення якості та контроль рівня якості. Сюди входять усі види діяльності, спрямовані на створення системи забезпечення якості, підвищення якості існуючої СОЗ, нагляд за якістю (розробка стандартів, аудит, система моніторингу, самооцінка, зворотний зв'язок, дії менеджменту, оцінювання якості, процес змін) [5]. В основі методології управління якістю медичної допомоги лежать такі чотири принципи.

1. Задоволення потреб і очікувань зовнішнього споживача (пацієнта) і внутрішнього споживача (медичного працівника).

Необхідно з'ясувати, що потрібно споживачу, чого він очікує від медичної допомоги. Зосередитися на потребах споживача означає постійно бути поінформованим, хто ваш споживач, які його потреби, бажання і очікування. Ми переконані, що якість визначається ступенем задоволення споживача. Це означає, що СОЗ повинен знати, хто є його споживачем, і використовувати різноманітні засоби з метою встановлення його потреб. Пильна увага до потреб споживача не обмежується послугами, які існують сьогодні, але і дає змогу зрозуміти, які послуги необхідні йому в майбутньому. Саме невдоволення споживача змушує змінити всю систему надання медичної допомоги і побудувати її відповідно до очікувань, що дає змогу правильно оцінити напрями пошуку поліпшення якості медичної допомоги.

## 2. Системний підхід.

Роботу СОЗ можна уявити як сукупність підсистем і процесів, що в них відбуваються. Тому для отримання кращих результатів медичної допомоги необхідно проаналізувати систему, визначити пріоритетні проблеми і прийняти можливі рішення щодо її зміни. Результати діяльності будь-якої системи визначаються її побудовою і функціонуванням. Згідно з цим положенням, якщо ми продовжуємо працювати так, як працюємо, то можемо розраховувати лише на ті результати, що зараз маємо. Для досягнення кращих результатів слід змінити систему [3]. Виходячи з цього, можна зробити три висновки:

- Поліпшення якості може потребувати зміни побудови та / або функціонування системи. Але не всі зміни пов'язані з поліпшенням, і не всі поліпшення обумовлені змінами.
- Поліпшення якості потребує зміни не тільки частин і елементів системи, але й їхньої взаємодії. Удосконалення тільки частини системи є недостатнім.
- Проста вказівка на необхідність поліпшення якості зазвичай є недостатньою. Слід розуміти, що необхідно змінити систему, а не діяти засобами винагороди, покарання, інспектування тощо, які не можуть якісно змінити ситуацію.

## 3. Командна робота.

Командна робота дає змогу об'єднати зусилля представників різних сторін при наданні медичної допомоги: медичних працівників, пацієнтів, фармацевтичних фірм і менеджерів СОЗ. Включення їх у команду дає змогу використати детальні знання кожного про відповідний елемент системи, що є принципово важливим для знаходження оптимального рішення зміни системи в цілому і її процесів. Команда — це колектив, який працює над досягненням спільної мети. Головна відмінність команди від групи полягає в тому, що в команді кожен виконує власне завдання для досягнення однієї мети, у процесі роботи тісно спів-

працює з іншими її членами. Одним із засобів, за допомогою яких команда навчається працювати, — це аналіз власного досвіду. Якщо не аналізувати власний досвід, не буде жодних заходів щодо поліпшення роботи.

## 4. Наукові методи.

Науковий підхід дає змогу на основі достовірних даних обрати нагальну проблему, оцінити її розміри і значущість, розробити план дій, що включає зміни процесів і самої системи, поставити експеримент для перевірки правильності намічених змін, оцінити результати експерименту, впровадити в діяльність СОЗ зміни, в результаті яких підвищилася якість. Відповіді на три фундаментальні питання, що стосуються якості, дають змогу встановити основу майбутньої моделі:

— Якого результату ми хочемо досягти?

— На якій підставі ми припускаємо, що зміни сприятимуть поліпшенню?

— Які саме зміни можуть привести до поліпшення?

Відповіді на ці питання дають змогу визначити мету і розробити механізми поліпшення, які піддаються перевірці. Очевидно, що відповіді на ці питання визначаються знаннями, досвідом і творчим підходом до справи учасників процесу.

## Висновки

У поліпшенні якості медичної допомоги зацікавлені всі: населення, уряд, органи місцевого самоврядування, керівники МОЗ, роботодавці та медичні працівники. Ефективність і чіткість функціонування всіх ланок механізму поліпшення якості медичної допомоги можливі тільки при їх взаємодії. Тільки державний і міжгалузевий підхід до формування політики медичної допомоги забезпечить її високу якість. Керівні органи СОЗ, лікарські асоціації, страхові медичні організації, навчальні заклади, що здійснюють переддипломну підготовку й післядипломне навчання медичних кадрів, СОЗ, що безпосередньо надають медичну допомогу, повинні керуватися єдиною стратегією поліпшення якості медичної допомоги. Для цього необхідно розробити комплексну програму управління якістю медичної допомоги та забезпечити її виконання з чітким розмежуванням обов'язків і відповідальності.

Високий рівень технологій надання медичної допомоги у світовій практиці, функціонування і розвиток доказової медицини потребують перегляду акцентів у формуванні політики якості в українській охороні здоров'я. Модель СОЗ, що існує сьогодні, потребує не тільки нових концептуальних підходів, але й кардинальних системних перетворень. Якість медичної допомоги визначається передусім організацією СОЗ у цілому і кожної її ланки зокрема. Результати роботи в Тульській і Тверській областях Російської Федерації у свій час довели дієвість описаної вище методології управ-

ління якістю та можливість її поєднання з традиційними шляхами впровадження нових клінічних технологій і принципів доказової медицини в практику. Для проведення перетворень у системі надання медичної допомоги, розробки і впровадження клініко-організаційних рекомендацій (як документів, що закріпили організаційні та клінічні зміни в медичній допомозі) необхідно провести такі кроки:

1. Оцінити діючу систему надання медичної допомоги.
2. На кожному етапі надання медичної допомоги чітко визначити клінічний та організаційний зміст проблем.
3. Зібрати і узагальнити літературні дані доказової медицини з клінічної проблеми.

4. Оновити текст рекомендацій відповідно до нових знань з доказової медицини.
5. Внести зміни у процеси та систему надання медичної допомоги для забезпечення можливості застосування нових клінічних технологій.
6. Розробити індикатори для перевірки змін у клінічній практиці й системі надання медичної допомоги.
7. Повернутися до кроку 1.

У подальших дослідженнях слід вивчити можливість запровадження описаної методології управління якістю медичної допомоги як у підготовку менеджерів СОЗ, так і у клінічну практику, а також оцінити вплив цієї методології на стан здоров'я населення України.

## Список літератури

1. Гафуров Б. С. Контроль качества медицинской помощи – основа в системе защиты прав пациента / Б. С. Гафуров // Проблемы управления здравоохранением. – 2004. – № 3. – С. 22–25.
2. Гук А. В. Стратегічні напрямки забезпечення якісної медичної допомоги / А. В. Гук // Главный врач. – 2002. – № 8. – С. 55–60.
3. Зіменковський А. Б. Системний підхід до оцінки якості медичної допомоги в період реформування охорони здоров'я в Україні / А. Б. Зіменковський // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я. – 2003. – № 2. – С. 42–45.
4. Індикатори якості медичної допомоги та їх роль в управлінні охороною здоров'я / В. М. Богомаз, Є. Л. Горох, О. М. Ліщишина [та ін.] // Укр. мед. часопис. – 2010. – № 1 (75) I–II. – С. 12–26.
5. Капилевич Л. В. Проблема управления качеством в здравоохранении / Л. В. Капилевич // Здравоохран. Рос. Федерации. – 2002. – №4. – С. 54–55.
6. Качество медицинской помощи // Главный врач. – 1998. – № 1. – 71 с.
7. Качество медицинской помощи // Глоссарий. – Россия-США, 2000. – 107 с.
8. Концептуальные подходы к затратам и качеству: По материалам проекта по обеспечению качества Центра социальных служб США // Главный врач. – 2002. – № 6. – С. 69–77.
9. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: Український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2009. – 56 с.
10. Нагорна А. М. Проблема якості в охороні здоров'я / А. М. Нагорна, А. В. Степаненко, А. Н. Морозов. – Кам'янець-Подільський : Абетка-НОВА, 2002. – 384 с.
11. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.
12. Полубенцева Е. И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи: методические рекомендации / Е. И. Полубенцева, Г. Э. Улумбекова, К. И. Сайткулов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 60 с.
13. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року : наказ МОЗ України від 01.08.2011 р. № 454 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20110801\\_454.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html). – Назва з екрана.
14. Про управління якістю медичної допомоги : наказ МОЗ України від 24.02.2010 р. № 163 [Електронний документ]. – Режим доступу : [http://moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20100224\\_163.html](http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100224_163.html). – Назва з екрана.
15. Програма надання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги : постанова Кабінету Міністрів України від 11.07.2002 р. № 955 // Офіц. вісн. України. – 2002. – № 28. – С. 13–24.
16. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення. – К. : НІСД, 2011. – 41 с.
17. Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.eu-shc.com.ua/ua/presentations.html>. – Назва з екрана.

18. Уніфікована методика розробки індикаторів якості медичної допомоги: методичні рекомендації / О. М. Ліщишина, В. М. Лехан, А. П. Гук [та ін.]. – К., 2011. – 29 с.
19. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care / A. Donabedian // MMFQ. – 1966. – Vol. 44. – P. 166–206.
20. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? / A. Donabedian // JAMA. – 1988. – Vol. 260. – P. 1743–1748.
21. Is in-hospital stroke mortality an accurate measure of quality of care? / J. A. Hinchey, A. J. Furlan, J. L. Frank, R. Kay [et al.] // Neurology. – 1998. – Vol. 50. – P. 619–625.
22. Quality and Outcomes Framework (QOF) [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.gpcontract.co.uk/browse/UK/11>. – Title from screen.

Дата надходження рукопису до редакції: 02.11.2012 р.

### Управление качеством медицинской помощи как важный аспект менеджмента в здравоохранении

Ю.В. Фломин (Харьков)

Традиционно качество медицинской помощи оценивается на основе структуры, процессов и результатов, однако мало известно об оптимальных процессах при оказании помощи, а связь между структурой и результатами довольно слабая. Теория управления качеством предлагает рассматривать 8 характеристик качества медицинской помощи: профессиональная компетентность, доступность, экономическая эффективность, личные взаимоотношения, результативность, непрерывность и преемственность, безопасность и удобство. Методология управления качеством медицинской помощи основана на 4 принципах: удовлетворение потребностей внешнего и внутреннего потребителя, системный подход, командная работа и научный метод.

**Ключевые слова:** качество медицинской помощи, управление качеством, менеджмент, здравоохранение.

### Medical care quality assurance as a key aspect of management in healthcare

Yu.V. Flomin (Kharkiv)

Historically, quality of medical care was evaluated with regard to structure, process and results, however at present very little is known about optimal processes in care, and relation between structure and results is only modest. Quality assurance theory suggests that eight characteristics of medical care quality be considered: professional competence, accessibility, cost-effectiveness, personal relations, performance, continuity, safety and comfort. Medical care quality assurance methodology is based on the four principles: external and internal customer needs satisfaction, systems approach, teamwork, and scientific method.

**Key words:** medical care quality, quality assurance, management, healthcare.

Рецензент: д. держ. упр. Н.П. Ярош.