

Н.З. Мачуга (Тернопільський національний економічний університет, Україна)

АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ЯКОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ*

У статті проаналізовано особливості процесу управління системою якісних медичних послуг в Україні. Розроблено етапи формування рівня якості медичних послуг. Запропоновано алгоритм здійснення маркетингової діяльності та створення якості, доведено необхідність реформування медичної сфери із прийняттям стандартів якості медичних послуг.

Ключові слова: рівень якості медичних послуг, маркетингова діяльність у медичній сфері, satисфакція пацієнта, управління якістю медичних послуг, стандарти якості.

Рис. 3. Літ. 11.

Н.З. Мачуга (Тернопольский национальный экономический университет, Украина)

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ УПРАВЛЕНИЯ СИСТЕМОЙ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В УКРАИНЕ

В статье проанализированы особенности процесса управления системой качественных медицинских услуг в Украине. Разработаны этапы формирования уровня качества медицинских услуг. Предложен алгоритм маркетинговой деятельности и создания качества, доказана необходимость реформирования медицинской сферы с принятием стандартов качества медицинских услуг.

Ключевые слова: уровень качества медицинских услуг, маркетинговая деятельность в медицинской сфере, satисфакция пациента, управление качеством медицинских услуг, стандарты качества.

N.Z. Machuga (Ternopil National Economic University, Ukraine)

ANALYSIS OF PECULIARITIES IN QUALITY MANAGEMENT SYSTEMS FOR HEALTHCARE SERVICES IN UKRAINE

The article analyzes the peculiarities of the process of managing the high-quality healthcare services in Ukraine. Stages in the formation of a certain quality level of healthcare services are presented. The algorithm of marketing activities and quality creation is offered, and the necessity for reformation of the healthcare sector with application of new quality standards for medical services is grounded.

Keywords: the quality level of healthcare services; marketing activities in healthcare; satisfaction of a patient; quality management in healthcare; quality standards.

Постановка проблеми. Ефективне функціонування будь-якої системи вимагає створення й належне управління нею. Система якісних медичних послуг не є винятком. Існуюча модель охорони здоров'я, запропонована М.О. Семашком [3], вже давно не відповідає вимогам часу. Все вищезазначене свідчить про термінову необхідність розробки, запровадження й управління системою якості медичних послуг. Остання складова є важливою з міркувань не лише досягнення певного позитивного результату та утримання його на відповідному рівні, але й постійного прагнення вдосконалення.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблематикою управління якістю медичних послуг займалися такі вчені, як А. Азарова [1], Т. Вавак [9], Н. Гі-

* статтю підготовлено на основі доповіді на V Міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні проблеми економіки 2011» (9 грудня 2011 р., Національна академія управління, м. Київ).

ковата [10], В. Гіковатий [5], О. Гіль [1], О. Деніга [2], Д. Ковальська [6], А. Коронкевіч [7], Й. Ланцуцькі [6], Й. Лучак [6], М. Мурковські [7], В. Новацькі [7], Л. Овдій [2], К. Опольські [8], В. Тетера [4], Е. Шимборська [8], Я. Юзьків [4], О. Ястремська [5] та інші.

Невирішені частини проблеми. Незважаючи на той факт, що світова практика управління якістю є досить багатою, у ній відсутні напрацювання щодо управлінського процесу в медичній галузі. Даний аргумент гальмує розвиток останньої та потребує невідкладного методологічного пошуку визначальних аспектів управлінського процесу досліджуваної сфери.

Мета дослідження: проаналізувати особливості процесу управління якістю медичних послуг в існуючих лікувальних закладах.

Основні результати дослідження. Під поняттям якості медичних послуг необхідно розуміти загальні характеристики й умови функціонування медичної галузі, здатність задоволення потреб хворих. Таке визначення містить у собі два підходи, що трактують якість як сукупність характеристик, з одного боку, чи ступінь, в якому послуга задовольняє свої функції, – з іншого.

Формування якості є необхідною умовою на початкових етапах функціонування ринку медичних послуг. Визначення рівня якості повинне відбуватися поетапно (рис. 1).



Рис. 1. Етапи визначення рівня якості послуги, авторська розробка

На першому етапі відбувається опрацювання характеристик медичних послуг і рівня встановлених вимог окремими групами споживачів.

Другий етап присвячений оцінюванню наданих послуг. У цей період аналізуються планові показники, порівнюються із фактичними, особлива увага приділяється оцінюванню цих відхилень та їх причин.

На заключному, третьому етапі, відбувається порівняння рівня якості послуг (із нижчого на вищий або ж навпаки).

Якість виконання визначає ступінь відповідності параметрів наданої послуги параметрам, прийнятим на проектній фазі. Дослідження сатисфакції пацієнтів є виправданим з точки зору сприйняття чи неприйняття ними наданих послуг. У розрізі зазначеного дослідження важливою є інформація про процес лікування, починаючи з приймального відділення, відправки в визначене відділення для лікування (згідно з попереднім діагнозом) та, в кінцевому результаті, виписки. При дослідженні також необхідно звернути увагу на стан поінформованості пацієнтів, їх сервісне обслуговування, вчасне застосування медичного обладнання. Аналіз масиву перерахованих даних дасть можливість удосконалити процедуру надання послуг і підвищити їхній рівень або ж, як мінімум, піднести на той рівень, який був спочатку задекларованим.

Виходячи з вищенаведених міркувань, варто зауважити, що всі ці процеси безпосередньо пов'язані з управлінням і маркетингом. Без ідентифікації всіх очікувань клієнтів неможливо їх коригувати та вдосконалювати.

Заслугує також на увагу визначення якості медичних послуг, запропоноване Світовою організацією здоров'я. Якість медичних послуг визначається як результат (так звана технічна якість) способу вживання засобів (економічна ефективність), організації надання послуг для сатисфакції пацієнтів [11].

Згідно з визначенням Спільної комісії з акредитації організацій охорони здоров'я, «добра якість – це максимально сприятливий результат при мінімальних негативах» [9].

У свою чергу, автори М. Марковські, В. Новацькі та А. Коронкевіч вважають, що якість медичних послуг є технічною вартістю (знання, клінічні навички, технології), вартістю стосунків між людьми (пацієнт, лікар, медсестра, медичний персонал) і обов'язковими послугами (комфорт і естетика) [7].

Таким чином, у сфері охорони здоров'я якість швидше є поняттям психологічним чи соціологічним, а не матеріальним. Модель якості медичних послуг є змінною. Пацієнти очікують задоволення їхніх потреб в часі лікування, однак тут існує один цікавий нюанс. Мова йде про динамічність вимог чи очікувань хворих з роками. Саме тому необхідно передбачити потреби пацієнтів в майбутньому, виходячи з аналізу попередніх і сучасним матеріалів. При цьому слід взяти до уваги факт старіння суспільства.

Виходячи з тверджень К. Опольського та Е. Шемборської, існують так звані сфери управління якістю, зображені на рис. 2.

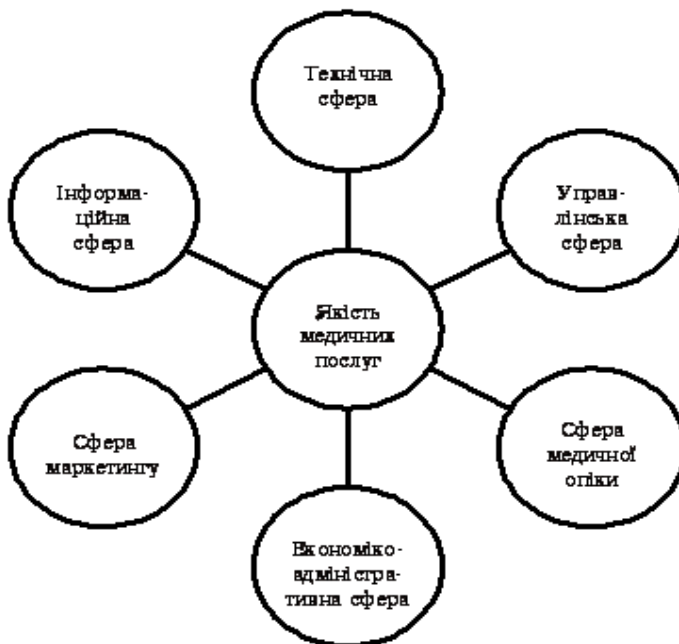


Рис. 2. Сфери управління якістю медичних послуг [8]

Сфера медичної опіки (професійна) – це простір, на якому пацієнт особливу увагу звертає на контакти з медичними працівниками, особливо з лікарями, хоча їх знання в даній сфері обмежені.

Інформація, надана пацієнтові, становить основу інформаційної сфери, яка є вкрай важливою. Досить часто між хворими й лікарями відбувається блокування інформації. Лікарі є авторитетом для пацієнтів. На практиці бувають випадки, коли пацієнти мають певні питання чи інформацію для лікаря (щодо процесу лікування чи встановлення діагнозу). Як результат – неотримання пацієнтами (на їхню думку) очікуваних результатів. Здебільшого це відбувається через їхню необізнаність у деталях перебігу хвороби або ж невміння чітко сформулювати запитання, описати симптоми.

Враховуючи наведені аргументи, варто зазначити, що лише від компетенції лікарів та іншого медичного персоналу залежить успіх лікування й одужання. Не останню роль в цьому відіграє вміння налагодження контакту між хворим і медичним персоналом. Це, у свою чергу, стане можливим завдяки навчанню медичних працівників за спеціальними програмами, адже медпрацівники потребують підвищення кваліфікації не лише медичного спрямування. Повноцінний фахівець повинен бути обізнаною особою в останніх новинах лікарської справи і мати навички психолога. Часом вірно підібрані слова підтримки або ж жест мають більш позитивний вплив, ніж медикаментозне лікування.

Технічна сфера стосується, на перший погляд, малоістотних речей. Мова йде про зовнішній вигляд медичного персоналу, кабінету, приймального відділення та й самого лікувального закладу. Приємний зовнішній вигляд, обладнання новітньою медичною технологією впливає не лише на ступінь досягнення результатів, а і посилює впевненість в якості отриманих медичних послуг.

Управлінська й економічно-адміністративна сфери не є істотними для пацієнтів. Різні нововведення, пов'язані з управлінням людськими ресурсами та використанням матеріальних засобів у межах лімітів, неважливі для пацієнтів, однак мають безпосередній вплив на якість медичних послуг.

У теорії піддається сумнівам функціонування маркетингової сфери в медичних послугах. Варто зауважити, що маркетинг може застосовуватися не лише тоді, коли йдеться про продаж, але й у випадку надання медичних послуг з точки зору консумента. Власне, йдеться про дослідження потреб пацієнтів, їх очікувань і максимальну адаптацію до них.

Успіх у маркетинговій сфері полягатиме у детальній розробці алгоритму проведення відповідної маркетингової діяльності та створення якості (рис. 3).

На першому етапі необхідно створити анкети, що стосуються задоволення потреб пацієнтів. На жаль, на сьогоднішній день система анкетування не має широкого характеру в медичних закладах. Причинами є нехтування такою інформацією з боку керівництва та невміння чітко формувати вищезгаданий різновид документації.

Інформація щодо судових позовів проти лікувального закладу та їх кількості є вкрай важливою. Практика свідчить, що ретельне опрацювання такої інформації дозволяє зробити відповідні висновки, проаналізувати ступінь

провини як окремо взятого лікаря, так і лікувального закладу загалом. На основі цього проводяться необхідні корективи щодо організації роботи як лікувального закладу загалом, так і персоналу зокрема.



Рис. 3. Алгоритм здійснення маркетингової діяльності і створення якості, авторська розробка

Третій етап є стартовою лінією на дистанції одужання. Досить часто довжина цієї дистанції залежить саме від того, настільки детально буде передана інформація щодо хвороби пацієнтів та схеми їх одужання. При реалізації цього етапу, з одного боку, теоретично не повинно виникати жодних перепон, однак, як свідчить практика, останні складають ліву частку інформаційного простору «лікар – пацієнт». Мова йде про форму донесення інформації медичними працівниками до окремо взятого хворого. Особливістю є попередньо встановлений діагноз.

Не виникає проблем при оголошенні пацієнту такого діагнозу, як пневмонія. Необхідно пояснити хворому, що лише чітке дотримання запропонованої медикаментозної схеми лікування й дотримання всіх рекомендацій призведе до одужання. Лікар зобов'язаний повідомити також пацієнта про можливі ускладнення у разі будь-яких відхилень і ризик, пов'язаний з ними. В такий спосіб, відхиляючись від схеми лікування, пацієнт свідомо бере на себе відповідальність за наслідки. Хоча ступінь відповідальності медиків за даних обставин і зменшується, проте цілковито не знімається. Все це повинно бути передбачене при створенні медичних стандартів.

Постійний моніторинг задоволення пацієнтів лежить в основі наступного етапу маркетингової діяльності й створення якості лікування. Він тісно пов'язаний із попереднім етапом, адже саме повномасштабна поінформованість пацієнтів щодо стану їх здоров'я та методики лікування складатиме 80% задоволення хворих. Найбільш поширеним інструментарієм моніторингу, як пока-

зує світова практика, є розробка анкет з питань задоволення пацієнтами процесом лікування.

Однак розробка вищезгаданих анкет і проведення опитування не матимуть жодної користі для управлінців без процесу опрацювання даних анкетування і їх систематизації. Результати стануть основою для нових організаційних і кадрових змін.

Логічним продовженням процесу створення якості медичних послуг є підбір інформації про вимоги клієнтів у розрізі якості медичних послуг. Опрацювавши результати анкетування (для повноти успіху анкети повинні бути анонімними), варто виокремити проблемні блоки якості в лікувальному закладі. Згодом необхідно підібрати інформацію щодо усунення прогалин.

На основі отриманих раніше даних лікувальному закладу необхідно перейти до розробки медичних стандартів і створення книги якості. Весь цей комплекс дій становить сутність шостого етапу маркетингу.

Процес стандартизації охорони здоров'я не повинен асоціюватися з ускладненням чи обмеженням прав лікарів. Це зворотній процес, або ж процес встановлення вказівників на шляху до омріяної моделі якості. Останні дозволяють систематизувати схему лікування та визначити всі можливі варіанти розвитку подій, що, у свою чергу, є вкрай важливим при існуванні ризику щодо життя пацієнта.

Медичні стандарти також повинні враховувати нову методику лікування чи діагностику, які є більш ефективними, ніж існуючі та визнані на теперішній час. Вони розробляються для типових ситуацій, які найчастіше зустрічаються в медичній практиці.

Стандарти обов'язково повинні стосуватися тих лікувальних процесів, під час яких найчастіше виникають сумніви, а також характеризуються великими затратами (навіть якщо їх рідко трапляється застосовувати). Це дасть змогу контролювати видатки на належному рівні. Клятва Гіпократата «не нашкодь» (*primum non nocere*) та лікарська етика є основою стандартів якості медичної сфери.

Важливо також розробити стандарти для тих випадків, коли спостерігаються відмінності в лікуванні або діагностиці випадків з майже однаковими клінічними характеристиками.

Процес розробки головних принципів складається із двох фаз. Перша фаза полягає у пошуку й оцінці існуючих керівних принципів, звітів систематичних переглядів, публікацій. На основі вищезгаданих джерел розробляється так званий погоджувальний документ, над розробкою якого має працювати великий колектив фахівців з різних напрямків медицини. Загалом, перша фаза є досить трудомісткою.

На підставі розробленого погоджувального документу на другій фазі повинна бути створена клінічна модель.

Центральним елементом функціонування системи якості медичних послуг є медична документація як джерело інформації. В ній максимально необхідно описати стан здоров'я пацієнта та його потреби. Доречним, як свідчить практика, було функціонування внутрішнього пакета документації в справі окремо взятого хворого. Сюди мають входити формуляри історії хвороби та

додаткові документи (картка обстеження; карта медичних призначень; формуляр із зазначенням температури пацієнта; результати діагностичних досліджень; картка із зазначенням проведених консультацій).

На сьомому етапі відбувається реєстрація та документування медичних послуг відповідно до встановлених стандартів якості.

На останньому етапі здійснюється порівняння даних щодо незадоволення пацієнтами наданими медичними послугами в попередні роки з результатами повторного анкетування після прийняття стандартів якості й приведення всієї документації у відповідність з ними.

Ретельне та повномасштабне опрацювання й впровадження системи якості медичних послуг можливе лише за умови цілковитого усвідомлення детермінантів якості медичних послуг.

Вищезазначене дає змогу зробити такі **висновки**:

1. Необхідність заміни існуючої в охороні здоров'я моделі Семашка як такої, що не відповідає сучасним вимогам.

2. Формування якості медичних послуг та визначення їх рівня повинне відбуватися поетапно.

3. Ефективність процесу управління якістю медичних послуг безпосередньо залежить від урахування всіх його сфер (інформаційної, технічної, управлінської, економіко-адміністративної, маркетингової).

4. Основою моделі системи управління якістю медичних послуг має бути концентрація на клієнті.

1. *Азарова А.О., Гіль О.В.* Визначення базових показників управління якістю продукції засобами кореляційно-регресійного моделювання // Актуальні проблеми економіки.— 2008.— №12.— С. 186–191.

2. *Денега О.З., Овдій Л.І.* Проблеми управління якістю продукції в Україні // Вісник Хмельницького національного університету.— Серія: Економічні науки.— 2007.— №3, Т. 2. — С. 166–171.

3. *Механик А.* Піраміда Семашко // Експерт.— 2011.— №30–31. — С. 68–72.

4. *Юзків Я., Тетера В.* Роль стандартизації у підвищенні якості та конкурентоспроможності вітчизняної продукції, процесів і послуг // Стандартизація, сертифікація, якість.— 2006.— №5. — С. 16–20.

5. *Ястремська О.М., Гіковата Н.К., Гіковатий В.М.* Створення нової продукції: організаційно-економічний та маркетинговий аспекти. — Харків: ХНЕУ, 2007. — 232 с.

6. *Lancucki, J., Kowalska, D., Luczak, J.* (1994). Zarzadzanie jakoscia w przedsiebiorstwie. OPO, Wydgoszcz.

7. *Murkowski, M., Nowacki, W., Koronkiewicz, A.* (1996). Zastosowanie standardow w programie akredytacji spitali. Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Zaklad Szpitalnictwa, Warszawa.

8. *Opolski, K., Szemborska, E.* (1997). Sfery zarzadzania jakoscia w sluzbie zdrowia. Antidotum 9/1997.

9. *Quality Assurance in Managed Health Care Organizations* (1989). Joint Commission on the Accreditation of Health Organizations. Chicago.

10. *Wawak, T.* (1995). Zarzadzanie przez jakosc. WIE, Krakow.

11. WHO Working group. *Quality Ace in Health Care*, 1989, S. 79–95.

Стаття надійшла до редакції 12.12.2011.