

Менеджмент контролю якості медичної допомоги: ключові аспекти системного підходу та міжнародний досвід

О. М. Труш

ТОВ «РедБіз», Київ, Україна

Ключові слова: якість медичної допомоги, система охорони здоров'я, системний контроль якості, управління змінами, інновації в системі охорони здоров'я

Те, що можна виміряти, можна також адмініструвати та покращувати.

(Першоджерело цитати невідоме; авторство у різних варіаціях приписують багатьом відомим людям)

У фундаментальній роботі під егідою Європейської обсерваторії з питань систем та політики охорони здоров'я (European Observatory on Health Systems and Policies — EOHSP) є простий, як все геніальне, орієнтир для пошуку відповіді на запитання «Що таке якість?» [5]. Таким «золотим перетином» є певна пропорція дотримання провайдером технічних вимог та задоволення очікувань пацієнта. При цьому друга умова — «незалежна змінна», бо у іншому випадку маємо втілення чорного професійного гумору на кшталт «операція пройшла успішно, проте хворий помер». Тому врахувати потреби й очікування пацієнта є однією з основних засад поліпшення якості медичного продукту чи послуги. Тож система безпеки пацієнтів ґрунтується на таких принципах, як залучення пацієнтів або їх законних представників до прийняття рішень та відповідальності (концепція інформованої згоди), покращення належного інформування, санітарної грамотності, дотримання принципів доказової медицини та медичної етики.

Якість — це інтегральна характеристика, за якої «медичні послуги на індивідуальному та популяційному рівнях є ефективними, безпечними та орієнтованими на людей» [28]. Протягом останніх 20 років з метою сприяння кращому розумінню систем охорони здоров'я ті їхніх властивостей були розроблені численні рамкові концепції [12, 24]. Особливо впливовою є теорія «будівельних блоків» Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), що концептуалізує систему, розділяючи її на структурні та функціональні складові [22] (рис. 1).

Управління та оцінку якості традиційно виконують на декількох рівнях, причому завданням керівництва є досягнення відповідності між зовнішніми чинниками (макрорівень, який важко піддається впливу) та внутрішніми чинниками (оперативний

мезо- та мікрорівні, які потрібно моделювати та корегувати) [23]:

- системи охорони здоров'я («макро»):
 - політика, фінанси, правова база;
- організації чи установи («мезо»):
 - стратегії, системи, практики, взаємовідносини;
- пацієнта та лікаря (клінічний («мікро»)):
 - компетенції, комунікації, очікування.

Деякі дослідження показують, що високоефективні організації мають кілька спільних рис, які відображають прагнення покращувати якість. Сюди входить створення сприятливої культури, розбудова відповідної інфраструктури та впровадження систем освіти та навчання [13]. Організації можуть самовдосконалюватись, розробляючи та впроваджуючи відповідні стратегії, залучаючи:

- аналіз даних для вимірювання та моніторингу продуктивності;
- пов'язування стимулів («батога і пряника») з показниками якості;
- відбір, розвиток, утримання та підтримку якісної та кваліфікованої робочої сили;
- достатні технічні ресурси і формування культури, яка підтримує вдосконалення.

Один з провідних учених світового рівня, лікар та дослідник, ліванець вірменського походження Аведіс Донабедян (Avedis Donabedian; 1919–2000) у 1966 р. розробив концептуальну модель, що забезпечує основу для вивчення медичних послуг та оцінки якості медичної допомоги. Вона включає три сфери (так звана тріада Донабедяна), що визначають якість медичної допомоги: структуру, процес та результат. Цей вчений, подібно іншим експертам, запропонував кілька різних вимірів якості, важливість яких залежить від контексту в рамках загального менеджменту якості (total quality management — TQM), — «сім стовпів»:



Рис. 1. Концепція «будівельних блоків» якості від BOOZ [22].

- 1) Ефективність
- 2) Дієвість
- 3) Оптимальність
- 4) Прийнятність
- 5) Законність
- 6) Справедливість
- 7) Вартість

Як вважав А. Донабедян, ідентифікація компонентів чи процесів, залучення яких призводить до зниження якості нижче очікуваного чи бажаного рівня, — це єдиний безперечний привід для моніторингу медичної діяльності [25]. У його реалізації необхідний деякий проактивний підхід — планова розвідка (planned reconnaissance) та систематизоване вирішення (troubleshooting). При цьому проблеми зазвичай не є самоочевидними: причиною складності для виявлення та одночасно захисним механізмом є багатошарова будова медичних систем, коли ефект будь-якого дефекту компенсується на наступному рівні системи, що запобігає можливій шкоді — система «швейцарського сиру» (рис. 2) [8].

Оцінка та програми забезпечення якості

Всеосяжний характер загального менеджменту якості вимагає постійного моніторингу із зворотним зв'язком та оцінкою ефективності вдосконалень. Загальноприйнятий принцип якості визначається як цикл «Плануй-виконуй-перевірй-дій» або «Плануй-роби-вивчай-дій».

Вимірювання чи оцінку якості (quality measures) зазвичай здійснюють на трьох рівнях:

- 1) структури, щодо оцінки наявності певних ресурсів (будівлі, обладнання, кадри, включаючи компетенції та командну культуру);
- 2) процесів, тобто фактично надана клінічна допомога та відповідне залучення різних ресурсів (наприклад, кількість пацієнтів, які отримали певну терапію);
- 3) результатів (стан здоров'я пацієнта або його задоволеність).

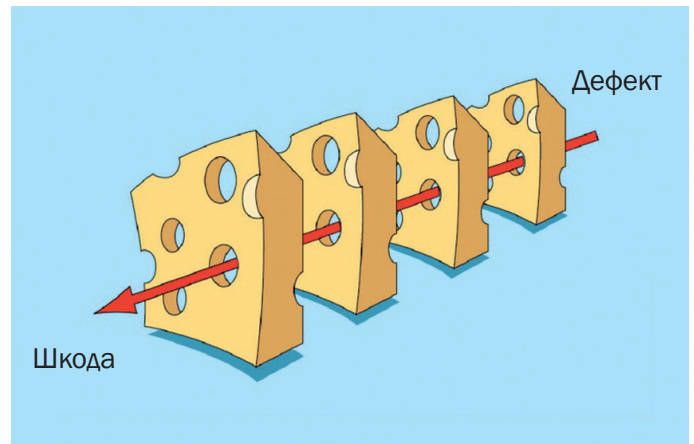


Рис. 2. Ефект «швейцарського сиру» на прикладі медичних систем.

Впровадження забезпечення якості традиційно проходить етапи від «реактивного» до «розрахункового, проактивного» і закінчується «генеративним», укоріненим у культурі. Тобто від реагування на катастрофи, що вже сталися, до створення «ціннісного простору». Зазначається, що загальне ставлення до якості у медицині перебуває десь на другій стадії: існує «реактивна» тактика, але останніми роками вона розвивається до більш «розрахункової» стратегічної поведінки [8]. На теренах вітчизняної медицини, на жаль, поки що переважає погано систематизоване управління якістю та, як наслідок, її нестабільний, невідтворювальний характер.

Гарна новина в тому, що розбудова цієї системи має накопичувальний характер, і після повільних перших етапів процес значно прискорюється. Так, часовий паттерн розповсюдження інновацій описують S-подібною кривою (рис. 3).

Віддане керівництво, поряд із управлінням, що інтегроване до медичної інформаційної системи, сприятимуть впровадженню таких засобів покращення якості, як внутрішній аудит, зворотний зв'язок

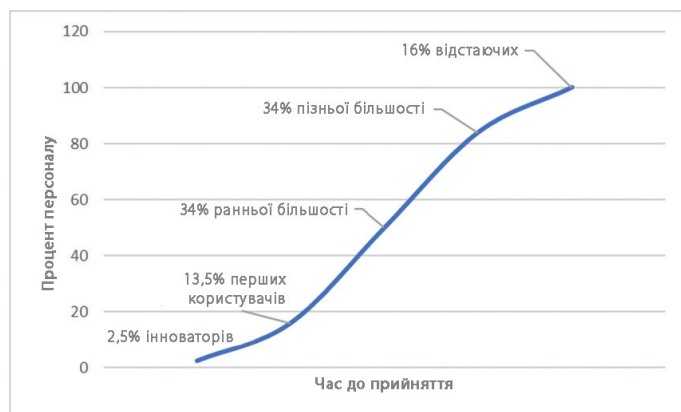


Рис. 3. Поступовий характер прийняття інновацій — від «випробувальників» до відстаючих [8].

всередині організації та коригувальні/профілактичні заходи, що відповідають чинним стандартам. Важливу роль у поширенні ініціатив щодо якості в системі охорони здоров'я відіграють «лідери думок». Без їхньої відданої підтримки досягти зрушень у звичних процесах дуже важко.

Фактори безпеки пацієнта

Існує безліч ідентифікованих процесів і результатів, які мають пряме відношення до питань безпеки пацієнтів, і багато з них піддаються виміру. Хоча безпека пацієнта явно передбачає певну базу знань, багато інших чинників ґрунтуються на навичках та поведінці — наприклад спілкування, робота в команді, професіоналізм, лідерство, культурна компетентність — ці показники структури не завжди коректно піддаються виміру. Дуже різномірними та багатфакторними є також показники результатів з боку пацієнта. Вони варіюються від потенційно складних (таких як післяопераційна захворюваність і смертність) до простих показників (таких як частота внутрішньолікарняних інфекцій чи хірургічні помилки). Нерідко простіше та надійніше відстежувати показники, пов'язані із процесом (дотримання вимог технологічних документів, впровадження певних методів, структура призначень тощо). На цьому базується процесне управління, коли в клініці усі основні бізнес-процеси чітко регламентовані та вдосконалюються за потребою.

Сімейство стандартів ISO 9000 включає вимоги (9001) та настанови (9004) для системи управління якістю, розроблені та опубліковані Міжнародною організацією зі стандартизації (International Organization for Standardization — ISO). Воно успішно використовується та прийняте у всьому світі в організаціях охорони здоров'я. Стандарти містять вимоги, специфікації, інструкції та інструменти для надання продуктів та послуг, які постійно відповідають вимогам клієнтів (www.iso.org). Стандарти ISO спрощують порівняння, обмін інформацією, зведення великих даних і захист конфіденційності. По відношенню до пацієнтів вони покликані забезпечити якісний догляд, безпечні та надійні продукти та послуги. Застерігають, що прийняття додаткових моделей якості не обов'язково призведе до значного покращення діяльності установи, тобто тільки ґрунтовне запровадження систем призводить до підвищення якості допомоги [2, 10].

Виявлення та подолання проблем

Небажання документувати відповідні події внаслідок побоювань щодо точності даних та/або наслідків їх фіксації часто пов'язане з негативним впливом на оцінку професійної компетентності чи оплати за результатами роботи [14]. Проте початок оперування подібними даними може стати потужним двигуном для змін, а також ключовим мірилом їхнього успіху [19]. Навіть система ISO, яку часто вважають синонімом бюрократії, може парадоксальним образом зменшити організаційне навантаження завдяки оптимізації документообігу [6, 29].

Деякі перешкоди для впровадження програми забезпечення якості базуються на фінансових обмеженнях або відсутності вмотивованого та підтримуючого керівництва. Окрім таких бар'єрів є опір змінам, які часто зустрічаються під час впровадження нових правил в організаціях. Крім того, можна очікувати збільшення робочого навантаження або інших зусиль, пов'язаних із впровадженням. Минулий досвід може мати негативний вплив на реалізацію, якщо він не приніс позитивного результату для зацікавлених сторін. Брак інформації, навичок та формалізованих інструкцій також згадується як перешкода для залучення лікаря до ініціатив щодо покращення якості [4].

Відповідь на ці побоювання лежить у площині командної відповідальності та закономірності неспровокованого настання деяких небажаних наслідків за умов, що склалися, — «помилятися — це природньо» [17]. Проблема в тому, що у вітчизняних реаліях збір об'єктивної інформації про факти та причини несприятливих подій організований лише частково, немає презумпції невинності лікаря, безумовно неупередженої експертизи. Навіть на понятійному рівні належить пройти довгий шлях до опанування системи компенсації «без провини», тобто запровадження відшкодування шкоди та збитків без персонального покладання провини за помилку чи недбалість. З іншого боку, існує проблема невідповідальності матеріально-технічної бази та кадрового забезпечення сучасним вимогам, що стає дійсною перешкодою на шляху до отримання якісних послуг.

Роками у вітчизняному експертному середовищі формувалася культура «замовчування» навіть досить розповсюджених та «природніх» проблем, таких як внутрішньолікарняні інфекції, побічні дії ліків та вакцин. При повному розумінні наявності цих небажаних явищ «документального сліду» вони майже не лишають. Особливо актуальним під час впровадження управління та контролю якості повинно стати покращення якості допомоги, а не лише документообігу. Тому що і тут за взірцем може бути взятий деякий показник «дозволених недоліків», що стане «ною нормальністю».

Навіть засновник системи якості проф. А. Донабедян, попри відомий редукаціонізм власної теорії, перебуваючи на схилі років, був стурбований переважанням так званого «промислового підходу» до покращення якості. В одному з інтерв'ю перед смертю він зворушливо наказував: «Секрет якості — це любов. Ви повинні любити свого пацієнта, ви

повинні любити свою професію, ви повинні любити свого Бога» [3].

Проблеми якості під час відбудови системи

Країни, які постраждали від військових конфліктів, мають одні з найгірших показників здоров'я та найслабші у світі системи охорони здоров'я [15, 20]. Водночас відновлення, місцями навіть «перезапуск» вітчизняної системи — виняткова можливість заново розставити пріоритети, виправити недоліки, встановити більш міцні зв'язки із світовою професійною спільнотою. G. Cometto et al. припускають, що перехід до постконфліктного відновлення «надає вікно можливостей для швидких реформ та впровадження нових ідей» [7]. Це може стати місією світового масштабу — з огляду на те, що раніше подібний досвід був отриманий лише у країнах, які набагато більше схожі між собою, ніж з Україною, — Судані, Східному Тиморі, Демократичній Республіці Конго, Афганістані, Ліберії, Камбоджі, Сьєрра-Леоне, Лівії, Сирії, Мозамбіку тощо. Реконструкція охорони здоров'я у країнах із сучасними системами останніми роками та десятиріччями відбувалася лише в малих масштабах — після локальних природних та промислових катастроф, із можливістю евакуювати населення та поступово відновлювати необхідні функції по мірі їхнього повернення, як у японській Фукусімі [21].

Складність полягає в тому, що заходи із «ремонт» та зміцнення спроможності системи мають відбуватися поряд із задоволенням гострих потреб населення в медичних послугах. Хоча між цими двома напрямками неминуче виникає напруга, існує безперечне визнання обов'язкового виконання обох [18]. У процитованому вище труді експертів з США йдеться про необхідність стратегічного планування з боку міністерства охорони здоров'я та широке залучення громад як співорганізаторів. Для досягнення успіху розбудова потенціалу та поточне медичне обслуговування повинні підкріплювати одне одного, і це може відбуватися лише через важкий шлях розробки процесів підзвітності між організаторами, постачальниками та громадянами. Під час структурного та функціонального відновлення місцевих систем надання медичних послуг може покладатися на міжнародні та місцеві неурядові організації, проте це загрожує втратою єдиного плану розвитку та лідерства уряду у цих процесах. Це часто призводить до більш фрагментованої системи охорони здоров'я з нестійкими операційними стандартами, які зазвичай встановлюються зовнішніми суб'єктами, у відповідь на обмежені інституційні, технічні та управлінські можливості країн у стані конфлікту [20]. Міжнародні організації також мають власну пріоритизацію проблем, віддаючи перевагу боротьбі із інфекційними захворюваннями, що мають потенціал транскордонної передачі. Проте і системи акредитації місцевих неурядових організацій, зокрема в Україні, внаслідок додаткового бюрократичного тягаря можуть погіршувати доступність медичної допомоги [9].

Під час відновлення спостерігають посилення ще одного несприятливого тренду: порожнечу, створену слабкою системою громадського здоров'я,

заповнюють приватні постачальники. Це надає певні можливості, так, наприклад, у Мосулі (Ірак) у 2017 р. польовими госпіталями керувала приватна медична фірма за контрактом від ВООЗ [9]. Проте непропорційне зростання приватного сектору може вести до деградації системи громадського здоров'я та критично низької якості послуг у її рамках із відтоком кадрів.

З організаційного погляду можуть допомогти Керівні принципи Sphere (2018) щодо «Гуманітарної хартії та мінімальних стандартів реагування на катастрофи» (Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response) та методичні розробки інших міжнародних організацій [1, 9, 26, 27]. У них встановлюють мінімальні необхідні стандарти медичної допомоги для критичних періодів. Наприклад, у рекомендаціях Sphere зазначено, що у 80% населення має бути доступ до медичної допомоги в межах однієї години ходьби, і що на 10 000 осіб має бути принаймні один заклад первинної медичної допомоги [28].

Ініціатива на місцях має пріоритетне значення під час кризових явищ, тому на рівні громад, окремих установ та їх об'єднань проводять цілу низку заходів із відновлення функціональності. Не виключена і поява нових низових управлінських структур охорони здоров'я подібно Сирії, Палестині, Сомалі під час хронічних конфліктів на їхній території [11]. Серед заходів структурного та функціонального відновлення слід виділити такі [16].

1. Оцінка руйнувань та матеріально-технічної бази, що залишилася (експертиза із залученням за потребою фахівців різного профілю (будівельників, менеджерів охорони здоров'я, громадського здоров'я)).

2. Аналіз та оцінка потреб населення.

3. Складання кошторису на фінансування відновлювальних робіт.

4. Розуміння щодо джерел фінансування, постачання, найму та утримання персоналу.

5. Залучення вітчизняних та іноземних спонсорів та меценатів.

6. Відповідність штатного розкладу типам послуг, надання яких буде відновлено.

7. Забезпечення медичних закладів цифровими технологіями, засобами комунікацій, виходом у інтернет, джерелами безперебійного живлення.

8. Організація доступу до сучасних медичних технологій.

9. Доступ до інформаційних технологій та систем.

10. Безперервна професійна освіта та навчання.

11. Навчання медичного персоналу софт-скілам та стандартам клінічних комунікацій.

12. Створення стандартних операційних процедур, систем якості та контролю за їх дотриманням.

Дотримання якості медичних послуг із можливістю її оцінки та порівняння є запорукою поступального руху системи надання медичної допомоги до максимально можливого у непростих умовах, що склалися, задоволення потреб населення. Перевагами при цьому мають стати підтримання гідної якості життя співвітчизників та справедливий доступ до медичної допомоги.

Література:

1. A guidance document for medical teams responding to health emergencies in armed conflicts and other insecure environments. Geneva: World Health Organization, 2021. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Al-Qatawneh L. Framework for establishing records control in hospitals as an ISO 9001 requirement. *Int. J. Health Care Qual. Assur.* 2017. Vol. 30, No 1. P. 37–42.
3. Berwick D., Fox D. M. “Evaluating the quality of medical care”: Donabedian’s classic article 50 years later. *Milbank Q.* 2016. Vol. 94, No 2. P. 237–241.
4. Buciuniene I., Malciankina S., Lydeka Z., Kazlauskaite R. Managerial attitude to the implementation of quality management systems in Lithuanian support treatment and nursing hospitals. *BMC health services research.* 2006. Vol. 6, No 1. P. 1–10.
5. Busse R., Panteli D., Quentin W. An introduction to healthcare quality: defining and explaining its role in health systems. *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies.* Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies, 2019. Vol. 53. P. 1.
6. Colonna P., Pasini E., Pitocchi O., Bovenzi F., Sorino M., de Luca I. Il sistema qualità in cardiologia: un esempio pratico per sviluppare un modello organizzativo certificabile senza burocrazia [Quality system in cardiology: practical example to develop an organizational model for management certification without bureaucracy]. *Ital. Heart J. Suppl.* 2003. Vol. 4, No 4. P. 319–331.
7. Cometto G., Fritsche G., Sondorp E. Health sector recovery in early post-conflict environments: experience from southern Sudan. *Disasters.* 2010. Vol. 34. P. 885–909.
8. de Jonge V., Sint Nicolaas J., van Leerdam M. E., Kuipers E. J. Overview of the quality assurance movement in health care. *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* 2011. Vol. 25, No 3. P. 337–347.
9. Debarre A. Hard to Reach: Providing Healthcare in Armed Conflict. International Peace Institute, 2018. URL: www.ipinst.org/wp-content/uploads/2018/12/1812_Hard-to-Reach.pdf (last accessed: 18.12.2022).
10. Dombrádi V., Csenteri O. K., Sándor J., Godény S. Association between the application of ISO 9001:2008 alone or in combination with health-specific standards and quality-related activities in Hungarian hospitals. *Int. J. Qual. Health Care.* 2017. Vol. 29, No 2. P. 283–289.
11. Douedari Y., Howard N. Perspectives on rebuilding health system governance in opposition-controlled syria: a qualitative study. *Int. J. Health Policy Manag.* 2019. Vol. 8, No 4. P. 233–244.
12. Fekri O., Macarayan E. R., Klazinga N. Оценка эффективности систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ: какие сферы и показатели используют государства-члены при проведении измерений? Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. Сводный доклад. 2018. 38 с.
13. Fulop N. J., Ramsay A. I. G. How organisations contribute to improving the quality of healthcare. *BMJ.* 2019. Vol. 365.
14. Galbraith R. M., Holtman M. C., Clyman S. G. Use of assessment to reinforce patient safety as a habit. *Qual. Saf. Health Care.* 2006. Vol. 15, Suppl. 1. P. i30–33.
15. Hakki L., Stover L., Haar R. J. Breaking the silence: Advocacy and accountability for attacks on hospitals in armed conflict. 2022. *IRRC.* No. 915. URL: <https://international-review.icrc.org/articles/breaking-the-silence-advocacy-and-accountability-for-attacks-on-hospitals-in-armed-conflict-915> (last accessed: 18.12.2022).
16. Khanyk N., Hromovyk B., Levytska O., Agh T., Wettermark B., Kardas P. The impact of the war on maintenance of long-term therapies in Ukraine. *Front. Pharmacol.* 2022. Vol. 13. P. 1024046.
17. Kohn L. T., Corrigan J., Donaldson M. S. To err is human: building a safer health system. Vol. 21. Washington, D. C.: National Academy Press, 2000.
18. Leonard S., Rubenstein L. S. Post-conflict Health Reconstruction: New Foundations for U.S. Policy Working paper. U.S. Institute of Peace, 2009. P. 87
19. Lewis J. J., Rosen C. L., Grossestreuer A. V., Ullman E. A., Dubosh N. M. Diagnostic error, quality assurance, and medical malpractice/risk management education in emergency medicine residency training programs. *Diagnosis (Berl).* 2019. Vol. 6, No 2. P. 173–178.
20. Martineau T., McPake B., Theobald S., Raven J., Ensor T., Fustukian S., Ssengooba F., Chirwa Y., Vong S., Wurie H., Hooton N., Witter S. Leaving no one behind: lessons on rebuilding health systems in conflict- and crisis-affected states. *BMJ Glob. Health.* 2017. Vol. 2, No 2. P. e000327.
21. Miyagawa A., Tanigawa K. Health and medical issues in the area affected by Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant accident. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2021. Vol. 19, No 1. P. 144.
22. Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. World Health Organization. 2010. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf>
23. Øvretveit J. Quality evaluation and indicator comparison in health care. *Int. J. Health Plann. Manage.* 2001. Vol. 16, No 3. P. 229–241.
24. Papanicolas I, Smith P. Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research. McGraw-Hill Education (UK), 2013.
25. Perides M. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. *International Journal for Quality in Health Care.* 2003. Vol. 15, No 4. P. 357–358.
26. Primary health care coverage standard – UNHCR Emergency Handbook. URL: <https://emergency.unhcr.org/entry/38925/primary-health-care-coverage-standard> (last accessed: 18.12.2022).
27. Quality of care in fragile, conflict-affected and vulnerable settings: taking action. Geneva: World Health Organization, 2020.

28. Sphere. The Sphere Handbook Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response. 2018. URL: [spherestandards.org/wp-content/uploads/Sphere-Handbook-2018-EN.pdf](https://www.spherestandards.org/wp-content/uploads/Sphere-Handbook-2018-EN.pdf) (last accessed: 18.12.2022).

УДК 614.2:616-082

doi: 10.33149/vkp.2023.01.10

UA Менеджмент контролю якості медичної допомоги: ключові аспекти системного підходу та міжнародний досвід

О. М. Труш

ТОВ «РедБіз», Київ, Україна

Ключові слова: якість медичної допомоги, система охорони здоров'я, системний контроль якості, управління змінами, інновації в системі охорони здоров'я

Безпека, якість життя та забезпечення кращих результатів для здоров'я пацієнтів є головною метою діяльності закладів охорони здоров'я та системи в цілому. Сучасний підхід до забезпечення стабільної та відтворювальної якості медичних послуг почав формуватися ще у минулому столітті, а нині досяг високого ступеню узагальнення. Контроль у цій сфері — це багаторівневий процес, який охоплює усі ланки діяльності медичного закладу: від матеріально-технічного забезпечення до управління персоналом.

Показники якості медичних послуг з боку пацієнта варіюються від потенційно складних (післяопераційна захворюваність і смертність) до простих (частота внутрішньолікарняних інфекцій чи хірургічні помилки). Процесне управління, коли в клініці усі основні бізнес-процеси чітко регламентовані та вдосконалюються за потребою, дає змогу проектувати якість, беручи до уваги показники, пов'язані із дотриманням вимог технологічних документів.

Сімейство стандартів ISO 9000, що успішно використовується та прийняте у всьому світі в організаціях охорони здоров'я, містить вимоги, специфікації, інструкції та інструменти для надання продуктів та послуг. Вони спрощують порівняння, обмін інформацією, зведення великих даних і захист конфіденційності. По відношенню до пацієнтів стандарти покликані забезпечити якісний догляд, безпечні та надійні продукти та послуги. Існують певні застереження щодо занадто технологічного підходу під час забезпечення і контролю якості, але наразі найбільшою загрозою вважається руйнівний вплив війни та порушення в зв'язку із цим звичних відносин та процесів.

Тривожними щодо якості медичної допомоги є шкода матеріальному фонду, збідніння кадрового потенціалу, нестача фінансових та інших ресурсів. Потенційно погрозливими є фрагментація охорони здоров'я, нерівний доступ до неї у відношенні регіонів та соціальних груп. Приклади країн із тривалими військовими конфліктами на їх території свідчать про «розмивання» стандартів діяльності, які зазвичай у таких умовах встановлюються зовнішніми суб'єктами, у відповідь на обмежені інституційні, технічні та управлінські можли-

29. van den Heuvel J., Koning L., Bogers A. J., Berg M., van Dijen M. E. An ISO 9001 quality management system in a hospital: bureaucracy or just benefits? *Int. J. Health Care Qual. Assur. Inc. Leadersh. Health Serv.* 2005. Vol. 18, No 4–5. P. 361–369.

вості країн у стані конфлікту. Комплекси заходів із відновлення функціональності системи надання медичної допомоги організують на рівні громад, окремих установ та їх об'єднань. Найбільш важливими при цьому є перші кроки, оскільки нерідко вони визначають розвиток на роки та десятиріччя вперед. Тому відновлення, місцями навіть «перезапуск» вітчизняної системи — виняткова можливість заново розставити пріоритети, виправити недоліки, встановити більш міцні зв'язки із світовою професійною спільнотою.

УДК 614.2:616-082

doi: 10.33149/vkp.2023.01.10

RU Менеджмент контролю качества медицинской помощи: ключевые аспекты системного подхода и международный опыт

Е. Н. Труш

ООО «РедБиз», Киев, Украина

Ключевые слова: качество медицинской помощи, система здравоохранения, системный контроль качества, управление изменениями, инновации в системе здравоохранения

Безопасность, качество жизни и обеспечение лучших результатов для здоровья пациентов являются главной целью деятельности учреждений здравоохранения и системы в целом. Современный подход к обеспечению стабильного и воспроизводственного качества медицинских услуг начал формироваться еще в прошлом веке, а сейчас достиг высокой степени обобщения. Контроль в этой сфере — это многоуровневый процесс, который охватывает все звенья деятельности медицинского учреждения: от материально-технического обеспечения до управления персоналом.

Показатели качества медицинских услуг со стороны пациента варьируются от потенциально сложных (послеоперационная заболеваемость и смертность) до простых (частота внутрибольничных инфекций или хирургические ошибки). Процессное управление, когда в клинике все основные бизнес-процессы четко регламентированы и совершенствуются по необходимости, позволяет проектировать качество, принимая во внимание показатели, связанные с соблюдением требований технологических документов.

Семейство стандартов ISO 9000, которое успешно используется и принято во всем мире в организациях здравоохранения, содержит требования, спецификации, инструкции и инструменты для предоставления продуктов и услуг. Они упрощают сравнение, обмен информацией, сведение больших данных и защиту конфиденциальности. По отношению к пациентам стандарты призваны обеспечить качественный уход, безопасные и надежные продукты и

услуги. Существуют определенные предостережения относительно слишком технологического подхода во время обеспечения и контроля качества, но сейчас наибольшей угрозой считается разрушительное влияние войны и нарушение привычных отношений и процессов.

Тревожными в отношении качества медицинской помощи являются ущерб материальному фонду, обеднение кадрового потенциала, нехватка финансовых и других ресурсов. Потенциально угрожающими являются фрагментация здравоохранения, неравный доступ к ней в разных регионах и социальных группах. Примеры стран с длительными военными конфликтами на их территории свидетельствуют о «размывании» стандартов деятельности, которые обычно в таких условиях устанавливаются внешними субъектами, в ответ на ограниченные институциональные, технические и управленческие возможности стран в состоянии конфликта. Комплексы мероприятий по восстановлению функциональности системы оказания медицинской помощи организуют на уровне общин, отдельных учреждений и их объединений. Наиболее важными при этом являются первые шаги, поскольку нередко они определяют развитие на годы и десятилетия вперед. Поэтому восстановление, местами даже «перезапуск» отечественной системы — исключительная возможность заново расставить приоритеты, исправить недостатки, установить более прочные связи с мировым профессиональным сообществом.

EN **Controlling the quality of medical care: key aspects of a systematic approach and international experience**

O. M. Trush

“RedBiz” LLC, Kyiv, Ukraine

Key words: medical care quality, healthcare system, system quality control, change management, innovations in the healthcare system

Safety, quality of life, and ensuring the best results for the health of patients are the main goals of healthcare institutions and the system as a whole. The modern approach to ensuring stable and reproducible quality of medical services was shaped in the last century,

and has now reached a high degree of generalization. Control in this field is a multi-level process that covers all parts of the medical institution's activities, from logistics to personnel management.

Indicators of the quality of medical services from the patient's side range from potentially complex (postoperative morbidity and mortality) to simple (the frequency of hospital-acquired infections or surgical errors). When all of the clinic's main business processes are clearly set up and improved as needed, this is called “process management.” This makes it possible to design quality by taking into account the indicators of meeting the requirements of technical documents.

The ISO 9000 family of standards, which is successfully used and adopted worldwide in healthcare organizations, contains requirements, specifications, instructions, and tools for the provision of products and services. They simplify comparison, information exchange, big data aggregation, and privacy protection. Regarding the patients, the standards are designed to provide high-quality, safe, and reliable products and services. There are certain precautions about an overly technological approach during quality assurance and control, but now the greatest threat is considered to be the destructive impact of war and the disruption of habitual relationships and processes.

The state of medical care, the damage to the material fund, the depletion of human resources, and the lack of financial and other resources are all concerning. Fragmentation of healthcare and unequal access in different regions and social groups are potentially threatening. Examples of countries with long-term military conflicts on their territory indicate the “erosion” of activity standards, which are usually set by external actors in such conditions in response to the limited institutional, technical, and managerial capabilities of countries in a state of conflict. Complex measures to restore the functionality of the medical care system are organized at the level of communities, individual institutions, and their associations. In this case, the first steps are the most important, since they often determine the development for years and decades ahead. Therefore, the restoration, or sometimes the “reset,” of the domestic system is an exceptional opportunity to re-prioritize, correct shortcomings, and establish stronger ties with the global professional community.