

УДК 351:77

DOI <https://doi.org/10.32840/1813-3401.2022.2.2>

О. В. Лесик

кандидат наук з державного управління,
доцент кафедри публічного управління та регіоналістики
Навчально-наукового інституту публічної служби та управління
Державного університету «Одеська політехніка»
<https://orcid.org/0000-0003-1542-284X>

О. Л. Тодорова

кандидат наук з державного управління,
доцент кафедри публічного управління та регіоналістики
Навчально-наукового інституту публічної служби та управління
Державного університету «Одеська політехніка»
<https://orcid.org/0000-0001-8065-9080>

МОДЕЛІ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПУБЛІЧНО-УПРАВЛІНСЬКИЙ ВИМІР

У статті розглянуто ключові моделі управління якістю у системі охорони здоров'я, окреслено, які з них застосовуються у зарубіжній практиці, які почали застосовуватися на вітчизняних теренах. Окреслено перспективи адаптації. Відокремлено два виміри управління якістю: вимір на рівні публічного управління та врядування та на рівні менеджменту, охарактеризовано специфіку кожного з них. Визначено, що поняття «якість» у системі охорони здоров'я набуває ознак багатовимірності та потребує обґрунтування різних підходів. Проаналізовано підходи А. Донабедіана щодо того, що є об'єктом оцінювання у системі охорони здоров'я. Представлено погляди та критерії для оцінювання якості у системі охорони здоров'я, розроблені Р. Максвеллом, та апробовані світовими практиками. Окремо визначено підходи до впровадження концепту малої та великої якості у системі охорони здоров'я, представлених П. Ліллранком. Також підкреслено, що Всесвітня організація охорони здоров'я визначає шість сфер або вимірів якості: безпечність, результативність, пацієнтоорієнтованість, ефективність, своєчасність та справедливість, які частково співставні з представленими Р. Максвеллом.

Зазначено, що актуальними для розбудови системи управління якістю в Україні є запропоновані Р. Максвеллом вісім заходів для досягнення якості послуг в охороні здоров'я.

Резюмовано, що у світлі реформи децентралізації держава лиш напружує загальні вектори розвитку СОЗ, окреслює вектори, встановлює «правила гри», на рівні регіону – транслюється та пролонгується державна політика, ключового ж значення набуває рівень територіальної громади, від управлінців на якому значною мірою залежатиме майбутнє розвитку медичних закладів на території, також важливим для досягнення якості є і безпосередня діяльність самого закладу, адже саме на цьому рівні можна подбати про велику Я, тобто про задоволеність пацієнтами від одержаних послуг.

Виокремлено напрямки подальших наукових розвідок, до яких віднесено дослідження інструментів управління якістю в СОЗ на рівні територіальних громад та напрацювання практичних рекомендацій для працівників органів місцевого самоврядування.

Ключові слова: управління якістю, моделі управління якістю, система охорони здоров'я, охорона здоров'я, зарубіжний досвід, адаптація до вітчизняних практик, публічне управління.

Постановка проблеми. Ставши на шлях реформування системи охорони здоров'я наша країна зіштовхнулася із низкою проблемних питань з-поміж яких важливою було забезпечення якості

в системі охорони здоров'я. Проблема управління якістю у системі охорони здоров'я є багатовимірною. В ході реформування найпершим виміром був публічно-управлінський, адже саме на

цьому рівні зачіпалося кілька ключових питань: питань унормування та стандартизації, створення механізмів контролю якості та дотримання встановлених стандартів, проектування у новому вимірі системи охорони здоров'я необхідних для забезпечення належного рівня якості елементів тощо. Також важливим аспектом було також забезпечення менеджеріального виміру управління якістю, який стосується безпосереднього управління медичним закладом. На разі питання управління якістю стоїть досить гостро, адже сама система знаходиться у транзитивному періоді, а поточні перетворення спочатку зіткнулися з викликами, зумовленими пандемією COVID-19, а на часі система отримує велике навантаження у зв'язку з війною. Попри зазначені аспекти питання якості медичних послуг не може залишатися поза увагою або нехтуватися. Відтак, дослідження публічно-управлінського виміру застосування моделей управління якістю у системі охорони здоров'я є актуальним та своєчасним.

Аналіз актуальних досліджень та публікацій. Проблеми забезпечення якості надання медичних послуг активно досліджуються у світовій науковій думці. Так, Аведіс Донабедіан розглядає систему управління якістю у площині взаємодії «лікар-пацієнт», виокремлюючи ключові підходи та виміри такої якості. Роберт Максвел акцентує увагу на розширенні самого змісту якості у системі охорони здоров'я та веде мову про багатовимірність поняття якості, розбиваючи її на окремі виміри або ж складові, за якими також може здійснюватися оцінювання якості. Пол Мартін Лілранк у своїх дослідженнях піднімає проблему підходів до якості у системі охорони здоров'я, еволюціонування їх у часі, а також виокремлює поняття «малої» та «великої» якості. Окрім зазначених профільних наукових підходів актуальними залишаються загальноуправлінські підходи, адаптовані до умов системи охорони здоров'я. Разом з тим, у зазначених наукових дослідженнях активно робиться акцент на якості в цілому, при тому досить часто не розподіляється за зонами відповідальності та сферами впливу, хто саме забезпечує якість, не відокремлюються ролі публічно-управлінської та менеджерської ланок, що для системи транзитивного періоду є конче важливим.

Тому, **метою статті** є узагальнення світового досвіду управління якістю у системі охорони здоров'я, виокремлення у ключових його аспектах публічно-управлінського виміру та визна-

чення адаптивних та практично цінних аспектів для подальшого впровадження в Україні.

Виклад основного матеріалу. Враховуючи складність організації системи охорони здоров'я, значне коло акторів, що вступають у ній у взаємодію, справедливим буде зазначити, що саме поняття «якість» у системі охорони здоров'я набуває ознак багатовимірності та потребує обґрунтування різних підходів.

Так, Аведіс Донабедіан, підкреслюючи складність управління якістю у системі охорони здоров'я (далі – СОЗ), веде мову про те, що у зазначених питаннях важливо визначитися, що саме ми оцінюємо [1; 2]. Найпершим підходом до такого оцінювання є оцінювання результатів надання медичних послуг, фактично за такого підходу оцінюються досягнені результати, майже нівелюється процес надання послуги та ступінь задоволеності клієнта. У СОЗ оцінювання за результатами набуває свого особливого характеру, адже одужання пацієнта залежить не лише від наданого лікування, а в окремих випадках коректне лікування за протоколами може не дати жодного результату, при цьому не можна вести мову про те, що послуга з лікування була не якісною. Другим прикладом є те, що попри результативність лікування (особливо у випадку лікування важких або хронічних хвороб), пацієнт залишається невдоволеним, не погоджуючись з тим, що лікування було ефективним та ставлячи під сумнів якість наданої послуги.

Другою відповіддю на питання «що оцінювати?» є оцінювання процесу надання медичної послуги, фактично, таке оцінювання передбачає повне відслідкування усього клієнтського шляху пацієнта коридорами лікарні, визначення на яких кроках алгоритму на скільки вірно чи не вірно було здійснено ту чи іншу лікарську дію. За таким підходом про якість роблять висновок на підставі низки критеріїв, а саме: адекватність, повнота та надмірність інформації, отриманої з клінічної історії, фізичного огляду та діагностичних тестів; виправданість діагнозу та терапії; технічна компетентність у виконанні діагностичних та лікувальних процедур, включаючи хірургію докази превентивного менеджменту здоров'я та захворювання; координація і безперервність лікування; прийняття лікування реципієнтом тощо [1]. Такий підхід вимагає значної уваги до уточнення релевантних вимірів, цінностей та стандартів, які мають бути використаними в оцінці. У зазначеному аспек-

ті можна краще прослідкувати якість надання послуги ґрунтуючись саме на процесному підході, разом з тим результати надання такої послуги викликають сумніви, тому і про повноцінну якість тут важко судити.

Третім виміром оцінювання якості є, так зване, оцінювання структури, тобто оцінювання спроможності СОЗ надавати медичні послуги. В такому випадку мова про оцінювання потенціалу закладів охорони здоров'я, акцент тут на технічних можливостях надавати послуги, а не на самих результатах надання послуг. Така модель прийнятна за умови, що оцінювання здійснюється саме задля вивчення технічних аспектів.

Важливо усвідомлювати, що зазначені підходи не ізольовані один від одного, їх можливо використовувати у взаємозв'язку або окремо в залежності від мети оцінювання якості надання медичних послуг.

Також Донабедіан А. акцентує увагу, що будь-яка технічна результативність надання медичної послуги (навіть з найвищими її оцінками якості), може відрізнятись від ступеню задоволеності пацієнта [1]. Відтак, сюди варто додати ще й, власне, вимірювання якості за ступенем задоволеності пацієнтів.

Роберт Максвелл, аналізуючи напрацювання своїх попередників, запропонував власний підхід до визначення вимірів якості в охороні здоров'я. Ним було запропоновано такі виміри якості у СОЗ [3]:

- ефективність (Effectiveness);
- прийнятність (Acceptability);
- результативність (Efficiency);
- доступність (Access);
- справедливість (Equity);
- відповідність (Relevance).

Коротко зупинимось на кожному з зазначених вимірів детальніше. Так, у частині виміру ефективності визначається рівень наданого лікування відповідно до рівня можливої доступності, з позиції експертів, зазначене потребує доказовості. Також тут визначається загальний результат лікування.

Наступним виміром є прийнятність, в зазначеному аспекті важливого значення набуває гуманність та уважність в процесі надання послуги, якою є думка пацієнта про послугу, які враження від наданої послуги можуть бути у інших зацікавлених сторін (рідних, близьких, інших долучених до процесу лікування сторонніх осіб), також сюди відносять рівень приватності та конфіденційності лікування.

Третім виміром є результативність, трактування якої у Р. Максвелла [4] дуже подібне до бачення А. Донабедіана [2], так результативність вимірюється за досягненим результатом у відповідності із понесеними витратами, також можливим варіантом є оцінювання за мінімізацією витрат за фіксованого результату, а також конкурентність ціни по відношенню до інших закладів.

Четвертим виміром є доступність. На наш погляд, зазначений вимір частково респондується з структурним виміром якості у Донабедіана А., адже тут мова про те чи можливим є отримання лікування/сервісу, коли це потрібно. Також тут оцінюється якість медичної інфраструктури та структурний спектр послуг, що можуть бути надані у закладі із відповідністю з запитом споживачів медичних послуг.

Наступним виміром є справедливість, чи то пак неупередженість та однакове ставлення до усіх пацієнтів, тут ключовим акцентом є безпосередньо те, як лікар чи обслуговуючий персонал лікарні ставиться до пацієнта, чи мають місце певні дискримінаційні ознаки або ж неоднакове ставлення до різних пацієнтів з суб'єктивних обставин тощо.

Останнім виміром є вимір відповідності, тут мова про те чи є загальна модель та баланс послуг найкращим, що може бути досягнуто, з урахуванням потреб та бажань населення в цілому.

Зазначені виміри якості було неодноразово апробовано у створенні систем управління якістю різних країн, при цьому застосовувалися їх різні комбінації для оцінювання, також все частіше звучить запитання щодо того, що рухатися одночасно у всіх шести вимірах досить складно, а в умовах обмежених ресурсів часто виникає проблема пріоритетизації їх, виокремлення тих, що слугуватимуть першочерговими орієнтирами. І ось саме тут мова часто про публічноуправлінський вимір управління якістю в СОЗ.

Так для вибору векторів руху досить часто застосовують різні методик для пріоритетизації ще на етапі формування візії майбутньої структури та особливостей СОЗ або на етапі планування її подальшого розвитку. Саме у цьому ключі Р. Максвелл пропонує вести мову про цінності, цінності у сенсі значущості того чи іншого виміру для майбутнього розвитку СОЗ.

Одним з варіантів здійснення такої пріоритетизації була застосована у Східній Англії «The Health Abacus» або за дослівним перекладом «рахівниця здоров'я». Вона була розроблена у 1991 році Сіан Гріффітс (Sian Griffiths),

директором з громадського здоров'я регіону Південно-Західної Темзи і Лорі МакМахон (Laurie McMahon), управління з питань державної служби. Абакус було створено задля того, щоб допомогти представникам зазначеного регіону краще зрозуміти закупівлі послуг для забезпечення здоров'я на місцевому рівні. Суттю та метою створення було відображення концепту обмеженості ресурсів у площині медичних послуг та того факту, що досить часто публічні управлінці стоять перед вибором, куди спрямувати кошти, які товари та послуги закупити першочергово або ж на що зробити акцент на доступність чи на ефективність, або ж навіть у середині одного виміру на доступність територіальну чи на розширення спектру послуг без їх географічного наближення тощо [4]. Тобто мова про необхідність пошуку золотої середини або певного консенсусного рішення. Фактично, можемо говорити про пошук певного оптимуму для конкретної території, управлінці якої розподіляють кошти на розвиток СОЗ.

Робота над застосуванням такого досвіду починалася з навчання та тренінгу, на якому учасники мали змогу попрацювати над визначенням контексту управлінського та громадського здоров'я, в якому повинні працювати органи охорони здоров'я. Це дає змогу учасникам чітко визначити їх ролі як закупівельників та зрозуміти динаміку їх взаємовідносин з регуляторними органами, постачальниками медичних послуг, лікарями загальної практики та громадськістю. Учасники працюють над тим, аби «вдосконалити» ортодоксальну модель формування політики в галузі охорони здоров'я, в якій потреби в галузі охорони здоров'я будуть збалансовані з наявними ресурсами. Після того, як буде встановлено більш реалістичне розуміння процесу закупівлі, з усіма його дилемами та компромісами, розпочинається етап моделювання. Правила, що регулюють процес, є надзвичайно простими, оскільки учасники виступають у своїх актуальних ролях, а моделюють лише політичні питання. Вони дуже реалістичні та розроблені для того, аби використовувати організаційні компроміси в межах «абакусу» на користь здоров'я, і якщо вони будуть ретельно відібрані, то зможуть використовуватися для вивчення реальних дилемати районного рівня.

Також Всесвітня організація охорони здоров'я визначає шість сфер або вимірів якості: безпечність, результативність, пацієнтоорієнтованість, ефективність, своєчасність та спра-

ведливість, які частково співставні з представленими Р. Максвеллом. Разом з тим, ВООЗ не визначає їх як певну догму, а на практиці часто застосовуються різні підходи.

Ще одним баченням якості та основами управління якістю є концепт «малої» та «великої» якості у СОЗ. Так, Пол Мартін Лілранк, звертаючись до загальної теорії управління якістю та аналізуючи еволюцію підходів до управління якістю у СОЗ конкретизував ці два поняття які часто називають «велика Q» та «мала Q» (від англійського слова *якість*) [5]. Так, класично «мала Я» – це технічна сторона процесу, тоді як «велика Я» – результат та його відповідність запиту або встановленим вимогам. Ведучи мову про ці два виміри якості у СОЗ П. Лілранк виокремив онтологічну та гносеологічну складові їх, а також звернув увагу на технологічний вимір. Так, онтологія малої Я – це відносини між специфікаціями і реальним продуктом, здатність системи передбачувати виконувати те, що вона має виконувати базуючись на вимогах, відомих як *ex ante* до виробництва. Тобто, маленька Я рівняється управлінню ризиками виробництва. Велика Я припускає, що онтологічний зв'язок лежить між вимогами замовника та тим, яким чином вони виконуються після досвіду використання продукту, тобто мова про задоволеність клієнта. Так, Велика Я може бути досить значний спектр впливів, що прямо не впливають на результативність.

Гносеологія маленької Я прямолінійна. Розробник створює специфікації до виробництва. Зазвичай, специфікації подаються в формі фізичних змінних, таких як виміри і матеріальні властивості і мають вигляд креслень, рецептів, моделей чи прототипів. Якщо вимоги подані у вимірі точному до 0.01 мм, тоді і готовий продукт можна виміряти так само. Вихід порівнюється з специфікаціями і вимірюється розмір відхилення.

Гносеологія великої Я лежить в царині людської поведінки. Споживачі мають потреби і побажання, які вони можуть висловити різними способами в різний час. Уловлювання вимог, тобто розуміння, чого хоче споживач та внесення цього в технічні та виконувані специфікації, – є великою проблемою. Тоді як специфікації маленької Я знані як *ex ante* (до виробництва), задоволеність великої Я, особливо новим продуктом, можна визначити тільки *ex post*

Мала Я має сталий набір технологій, таких як статистичний контроль процесу (SPC), шість

сигма (Six Sigma), контроль якості (Quality Assurance), удосконалення якості (Quality Improvement), системи якості (Quality Systems) (Mitra, 1998). Поза цим, велика Я об'єднує практично все відоме в бізнес адмініструванні, включає в себе розділи зі стратегії, маркетингу, командної роботи, виробництва, людських ресурсів та відносин з клієнтом, – все це маркується як технології якості.

Відповідно, спираючись на онтологічний та гносеологічний виміри великої та малої Я П. Лілранк виокремлює три типи якості в охороні здоров'я [6; 7]: прийняття клінічного рішення, безпека пацієнта та досвід пацієнта. Детальніше зупинимось на кожному з цих типів, так прийняття клінічного рішення є вивченням кейсу пацієнта, збором відповідної інформації з різних джерел, включаючи анамнези та аналізи, визначенням природи проблеми і її можливої причини (діагноз), а також пропозицією лікування чи плану лікування. Щодо безпеки пацієнтів, то це питання виконання малої Я, що включає в себе виконання всіх необхідних аспектів, в тому числі стандартних процедур, часу очікування та інформація щодо специфікацій *ex ante*. Тут важливо враховувати й те, що часто безпека пацієнта залежить і від самого пацієнта, що може впливати на кінцеву якість послуги. Щодо досвіду пацієнта, то тут мова про задоволеність, що як справедливо зазначає автор є *ex post*. При цьому, технологіями управління пацієнтським досвідом є стиль, тобто персональні відношення та поведінка, чуйність та турбота, такі норми важко регулювати або технологізувати.

Важливим в управлінні якістю є достовірність оцінювання якості та об'єктивізація інформаційного потоку. Для цього надзвичайно важливим є відбір надійних даних та повнота вихідної інформації: клінічні записи, часто важливими є спостереження та комунікація з персоналом та учасниками процесу тощо. Окремої уваги потребує чистота вибірки для дослідження та подальшої генералізації отриманих результатів. Важливим є напрацювання методики оцінювання: від формування чітких критеріїв та стандартів, крізь визначення шкали оцінювання, спроби враховувати ступінь суворості експертів тощо. Часто також застосовують метод індексів.

Досить актуальними для розбудови системи управління якістю в Україні є запропоновані Р. Максвеллом вісім заходів для досягнення якості послуг в охороні здоров'я [4]:

– Прагнення досконалості в тих, кому надається послуга – досконалість як її оцінюють ті, кому надається послуга, а також технічні експерти.

– Переведення добрих ідей в дію, часто за допомогою малих, послідовних та наполегливих кроків, а не великих стрибків, і завжди оглядання на зовнішні показники ефективності (наприклад, у комерційному секторі – це частка ринку та очікування споживачів).

– Наголос на команді, а не на індивідуальній роботі, оскільки надання послуги залежить від поєднання навичок не лише однієї особи або дисциплінованому одноосібному виконанні.

– Систематичне усунення бар'єрів та недоліків у високій ефективності: досконалість (високу якість) може бути складно визначити, але недоліки, які можливо усунути, можуть набагато простіше ідентифікуватися та усуватися.

– Визнання того, що будь-яка робота передбачає відповідальність (індивідуальну та колективну) не тільки для того, аби виконувати цю роботу добре, але й для того, аби знаходити способи для її постійного покращення.

– Використання концепцій (таких як шість аспектів та показників ефективності) для діагностики – аби визначити, коли і для кого втручання щодо підвищення якості є обґрунтованим, та щоб оцінити наслідки цих втручань.

– Розробка систем вимірювання, орієнтованих на дію (як у вставці 6), які перевіряють прогрес і, отже, підтримують постійне вдосконалення.

– Прагнення завжди бачити ініціативи щодо якості в більш широкому контексті – як загалом якість в системі. Інакше існує небезпека, що будь-яка ініціатива буде здійснюватися за рахунок невизначеної втрати якості в інших процесах.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Відповідно у зазначених вимірах управління якістю є два функціональних призначення: одне – стосується публічно-управлінської ланки, тут мова про планування, проектування, розподіл ресурсів, напрацювання пріоритетів розвитку тощо, та те, що стосується менеджерського виміру – управління всередині лікарні. У світлі реформи децентралізації держава лиш напрацьовує загальні вектори розвитку СОЗ, окреслює вектори, встановлює «правила гри», на рівні регіону – трансплюється та пролонгується державна політика, ключового ж значення набуває рівень територіальної громади, від управлінців на якому значною мірою залежатиме майбутнє розвитку медичних закладів на території,

також важливим для досягнення якості є і безпосередня діяльність самого закладу, адже саме на цьому рівні можна подбати про велику Я, тобто про задоволеність пацієнтами від одержаних послуг.

У зазначеному ключі, актуальним вектором подальших розвідок є дослідження інструментів управління якістю в СОЗ на рівні територіальних громад та напрацювання практичних рекомендацій для працівників органів місцевого самоврядування.

Список використаної літератури

1. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980. URL: <https://psnet.ahrq.gov/issue/definition-quality-and-approaches-its-assessment-vol-1-explorations-quality-assessment-and>
2. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. 1988. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>
3. Maxwell R.J. (1992) Dimensions of Quality of revisited: from thought to action. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10136859/>
4. Maxwell R. Quality assessment in health. BMJ 1984;288:1470-2. URL: <https://www.bmj.com/content/288/6428/1470>
5. Lillrank P. Small and big quality in health care. International Journal of Health Care Quality Assurance. 2015. URL: https://scholar.google.com.ua/citations?view_op=view_citation&hl=ru&user=QYJ4fTIAAAAJ&cstart=20&pagesize=80&citation_for_view=QYJ4fTIAAAAJ:rO6llkc54NcC
6. Lillrank P. Integration and coordination in healthcare: an operations management view. Journal of Integrated Care. 2012. URL: https://scholar.google.com.ua/citations?view_op=view_citation&hl=ru&user=QYJ4fTIAAAAJ&citation_for_view=QYJ4fTIAAAAJ:35N4Qo-GY0k4C
7. Silander K., Torkki P, Lillrank P., Peltokorpi A., Brax S., Kaila M. Modularizing specialized hospital services: constraining characteristics, enabling activities and outcomes. International journal of operations & production management. 2017. URL: https://scholar.google.com.ua/citations?view_op=view_citation&hl=ru&user=QYJ4fTIAAAAJ&citation_for_view=QYJ4fTIAAAAJ:Tyk-4Ss8FVUC

Lesyk O. V., Todorova O. L. Quality management models in the health care system: the public administration dimension

The article considers the key models of quality management in the health care system, outlines which of them are used in foreign practice, which began to be used in the domestic field. Prospects for adaptation are outlined. Two dimensions of quality management are distinguished: measurement at the level of public administration and governance and at the level of management, the specifics of each of them are characterized. It is determined that the concept of "quality" in the health care system acquires signs of multidimensionality and requires justification of different approaches. A. Donabedian's approaches to what is the object of evaluation in the health care system are analyzed. The views and criteria for assessing the quality of the health care system, developed by R. Maxwell and tested by world practices, are presented. The approaches to the implementation of the concept of low and high quality in the health care system, presented by P. Lillrank, are defined separately. It is also emphasized that the World Health Organization identifies six areas or dimensions of quality: safety, effectiveness, patient orientation, efficiency, timeliness and fairness, which are partially comparable to those presented by R. Maxwell.

It is noted that eight measures to achieve the quality of health care services proposed by R. Maxwell are relevant for the development of the quality management system in Ukraine.

It is summed up that in the light of decentralization reform the state only develops general vectors of Health care system development, outlines vectors, establishes "rules of the game", broadcasts and prolongs state policy at the regional level, and the level of territorial community is crucial. development of medical institutions on the territory, also important for achieving quality is the direct activity of the institution itself, because it is at this level you can take care of the big self, ie the satisfaction of patients with the services received.

The directions of further scientific researches are singled out, which include research of quality management tools in Health care system at the level of territorial communities and development of practical recommendations for employees of local self-government bodies.

Key words: *quality management, quality management models, health care system, health care, foreign experience, adaptation to domestic practices, public administration.*