

**Тернопільський національний економічний університет**

**Мачуга Н.З.**

**МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ  
ФОРМУВАННЯ ТА ФУНКЦІОНУВАННЯ  
СИСТЕМИ ЯКІСНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ  
В УКРАЇНІ**

**Монографія**

**Тернопіль  
Тайп  
2012**

**ББК 51.1 (4Укр)**  
**УДК 614.2 (477)**  
**М-37**

**Рецензенти:**

*Булєєв І.П.*, д-р екон. наук, професор, заступник директора Інституту економіки промисловості НАН України;

*Кирич Н.Б.*, д-р екон. наук, професор, завідувач кафедри менеджменту у виробничій сфері Тернопільського національного технічного університету імені Івана Пулюя;

*Кузьмін О.Є.*, д-р екон. наук, професор, директор Інституту економіки і менеджменту Національного університету "Львівська політехніка".

М-37    Мачуга Н.З.

Методологічні аспекти формування та функціонування системи якісних медичних послуг в Україні [Монографія] / Н.З. Мачуга. – Тернопіль, Тайп, 2012. – 199 с.

*Рекомендовано до друку рішенням Вченої ради  
Тернопільського національного економічного університету,  
протокол № 1 від 25 жовтня 2012 року.*

У монографії системно досліджено необхідність реформування чинної медичної сфери в контексті формування системи якісних медичних послуг. Розглянуто теоретичні засади управління якістю медичних послуг. Розкрито ключові проблеми економіки якості медичних послуг і методологічні аспекти управління цією системою. Розроблено математичну модель якості медичних послуг.

Для керівників, управлінців, менеджерів та усіх фахівців з питань реформування чинної системи охорони здоров'я.

## ЗМІСТ

<u>ВСТУП</u> .....	4
<u>РОЗДІЛ 1. КОНЦЕПЦІЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</u> .....	6
<u>1.1. Дефінювання якості медичних послуг</u> .....	6
<u>1.2. Умови ефективного функціонування системи якісних медичних послуг</u> .....	17
<u>1.3. Макро- та мікроекономічне значення якості медичних послуг</u> .....	26
<u>1.4. Особливості маркетингу медичних послуг крізь призму якості</u> .....	33
<u>РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ</u> .....	41
<u>2.1. Генеза квалітології</u> .....	41
<u>2.2. Сутність і загальні методи вимірювання якості медичних послуг</u> .....	50
<u>2.3. Засади управління якістю медичних послуг</u> .....	56
<u>2.4. Системи управління якістю медичних послуг</u> .....	68
<u>РОЗДІЛ 3. КЛЮЧОВІ ПРОБЛЕМИ ЕКОНОМІКИ ЯКОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ</u> .....	79
<u>3.1. Економічні питання управління якістю</u> .....	79
<u>3.2. Класифікація та розрахунок витрат на якість медичних послуг</u> .....	84
<u>3.3. Особливості економічних проблем управління якістю медичних послуг</u> .....	93
<u>3.4. Зв'язок якості медичних послуг та фінансових результатів лікування</u> .....	99
<u>РОЗДІЛ 4. МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИМИ ПОСЛУГАМИ</u> .....	108
<u>4.1. Методичний інструментарій управління якістю медичних послуг</u> .....	108
<u>4.2. Забезпечення якості медичних послуг протягом їх життєвого циклу</u> .....	121
<u>4.3. Управління якістю як можливість виявлення та розв'язання проблем</u> .....	128
<u>4.4. Методологія інформаційного забезпечення в управлінні якістю медичних послуг</u> .....	149
<u>4.5. Математична модель якості медичних послуг</u> .....	170
<u>ВИСНОВКИ</u> .....	178
<u>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</u> .....	181
<u>ДОДАТКИ</u> .....	191
<u>Додаток А. Анкета для on-line опитування</u> .....	192
<u>Додаток Б. Результати анкетування</u> .....	196

## ВСТУП

Інтеграція України до Європейського Співтовариства сприяє реформуванню діяльності соціальної сфери, в тому числі й охорони здоров'я. Це пов'язано з невідповідністю існуючого рівня медичних послуг тим вимогам, що ставляться до указаних послуг в умовах ринку. Відсутність належного фінансування сфери охорони здоров'я, механізму впливу на якість медичної допомоги та управління цим процесом дає підстави стверджувати про необхідність переходу від чинної бюджетної системи охорони здоров'я до змішаної системи фінансування, яка включатиме медичне страхування. При цьому, безумовно, державна медична сфера має зберегтись з врахуванням сучасного рівня життя населення України. Проте при недостатньому бюджетному фінансуванні, така система не може повною мірою виконувати свої функції та вимушена шукати додаткових засобів, основним джерелом яких виступає медичне страхування.

Оскільки лікувальні заклади, що належать до системи охорони здоров'я займаються наданням медичних послуг, про їхній успіх, як і успіх кожного суб'єкта вільного ринку, що спеціалізується на наданні послуг, свідчить якість останніх. Відсутність належної якісної системи медичних послуг гальмує повноцінний розвиток усієї системи охорони здоров'я.

Якість медичних послуг залежить від багатьох чинників. Крім зовнішніх чинників, на які лікувальні заклади не мають вагомого впливу (платники, система охорони здоров'я), суттєву роль відіграють і внутрішні чинники. Серед них варто виділити проякісне мислення керівництва та працівників, що сягає корінням у філософію розвитку професійної якості організацій охорони здоров'я, суб'єктивного мислення про пацієнта, і належні умови праці, які сприяють наданню якісних послуг.

Якість обслуговування сьогодні на сучасних підприємствах є предметом підвищеного інтересу не лише з теоретичних міркувань, а й практичних. Це також стосується і закладів охорони здоров'я. Знання про те, які саме показники тієї чи іншої послуги є детермінантами при виборі лікувальних закладів, а також у який спосіб клієнти оцінюють якість останніх, дозволяють забезпечити потреби й очікування наявних і потенційних клієнтів. Це, в свою чергу, є основою конкурентної переваги на ринку медичних послуг.

Сучасні клієнти, як відомо, більш освічені і проінформовані, їхні вимоги до якості послуг суттєво відрізняються від попередніх, отже в такий спосіб клієнти визначають якість в умовах ринкової економіки. Якість послуг стає наслідком сучасного господарювання, а також найкращою запорукою одержання та підтримки конкурентних переваг на ринку. Це гарантує залучення та утримання постійних клієнтів і дає можливість досягнути успіху в тривалій перспективі.

В даному контексті виникає актуальне питання щодо методології оцінки та вимірювання якості медичних послуг, котра не являється універсальною, так само, як не існує універсального і загально прийнятого застосування

тлумачення "якості". Саме тому не можливо також скористатися одним з кращих і найпоширенішим метод вимірювання якості послуг. Виходячи з цього, необхідним є введення і використання точної термінології та методології в цій галузі.

Для покращення процесу майбутньої реформи в галузі охорони здоров'я потрібно дослідити предмет зростаючого інтересу до якості обслуговування. Йдеться про необхідність розробити універсальну послугу та кількісні характеристики для вимірювання і оцінки її якості. Керівництво лікувальних закладів повинне бути впевненим у майбутньому. Тому потрібно встановити зв'язок між наданням послуг і задоволенням клієнтів та їх очікувань, а також позитивною оцінкою всього процесу обслуговування.

У монографії розглянута концепція якості медичних послуг у галузі охорони здоров'я, досліджені теоретичні засади управління якістю медичних послуг та пов'язані з нею економічні питання, проаналізовані практичні аспекти управління якістю медичних послуг.

# РОЗДІЛ 1

## КОНЦЕПЦІЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

### 1.1. Дефінювання якості медичних послуг

Термін "якість" має тривалу та багату історію. Так, поняття "якості" увійшло до широкого вжитку ще у часи давньогрецького мислителя Платона. Філософ називав її "poïotes", що перекладається з грецької як "певний ступінь досконалості". Платон вважав, що думки, котрі опираються винятково на кількісні критерії, не в змозі повною мірою описати проблеми або явища, що досліджуються. Тому зараховував "якість" до понять метафізичних і розумів її як "об'єктивний ідеалізм", тобто ступінь досягнутої через предмет досконалості [43].

У свою чергу, давньогрецький філософ Арістотель відокремлював якість від кількості, співвідношення, місця, часу, диспозиції, чинності та процесів, що їй підлягають. Він стверджував, що "якість" є однією з основоположних категорій думки та означає сукупність певних ознак, що відрізняють один предмет від іншого із зазначенням тих відмінностей [2].

Г. Гегель вважав, що "...якість чогось є тотожною буттю..." і при її втраті "...воно перестає бути тим, чим воно є..." [6].

Дж. Локке також звернув увагу на дуалістичне трактування якості із розрізненням як "первинної" так і "вторинної" якості [24].

Етимологічно поняття "якості" походить від латинського "qualitas", запровадженого ще Цицероном для опису властивостей предметів.

Це слово увійшло до сучасних європейських мов як *qualità* (італійська), французька - *qualité*, німецька – *qualität*, англійська – *quality*.

Протягом XVI – XVIII століть поняття якості втрачало свою значущість. Причиною цього став розвиток філософії, що спирався на розробки фізики.

Промислова революція спричинила істотні зміни у процес сприйняття "якості". Промислова продукція змінила ремісничу, що разом із розвитком міжнародної торгівлі дало змогу відкривати нові ринки збуту. Великий товарообіг ґрунтувався на виробництві дешевих товарів, котрі добре продавалися. Характерними ознаками таких товарів була низька якість. Подібна ситуація тривала недовго, оскільки в умовах конкуренції свідомі клієнти мали можливість вибору та робили свої ставки в першу чергу на якість продукції.

У цей же період почали з'являтися об'єднання на зразок "товариств захисту прав споживачів". Такий розвиток подій спонукав продуцентів звернути увагу на якість випущеної ними продукції чи наданих послуг.

Поступово виникали методи оцінки якості. На першому етапі це були кількісні методи, котрі ставали основою для статистичного контролю якості. Їх суть зводилася до детального контролю за виробом чи послугою на всіх стадіях життєвого циклу. Практичне застосування згаданих методів показало,

що після досягнення певного рівня якості продукції чи послуг їх не вдавалося вдосконалити таким чином, щоб кількість суттєво зростала та приносила прибутки.

Револьюційним переворотом у процедурах оцінки якості став новий підхід до якості як філософії життя та елементу організаційної культури. Це стало можливим завдяки розробці відповідної концепції американських науковців Вільяма Е. Демінга та Джозефа М. Юрана. Остання дістала широке застосування в Японії (1950-1955 рр.), стрімко розвивалася і почала застосовуватися щоразу у нових сферах суспільної активності.

Творець спіралі якості, Дж. Юран, пропонував низку визначень якості, що взаємодоповнюються. Зокрема йдеться про ступінь, в якому певний виріб (послуга) задовольняє потреби окремо взятого консумента, та ступінь відповідності виробу встановленій моделі чи вимогам, вказівкам покупця виробу (послуги) [102].

Ван Еттінгер звертає увагу на розумінні якості "...як ступеню, в якому виріб задовольняє поставлені до нього вимоги для виконання його кінцевого призначення" [156].

Свою чергою, П. Кросбі трактував якість як "відповідність вимогам" (conformance to requirements) і був засновником так званих "абсолютів управління якістю" [73]. Кросбі визначав якість як відповідність специфіці, а не як добрий продукт. Якість, на його думку, досягається через практику, а не за оцінкою стандартів якості, і означає відсутність помилок, тобто у концепції науковця не йдеться про прийнятний рівень якості.

Авторитетом у питаннях якості також вважається В. Демінг. Він визначав термін "якість" як очікувану ступінь однорідності і надійності при мінімально можливих витратах та відповідності вимогам ринку [74].

Згідно із Фейгенбаумом, "якість" є кумулятивною характеристикою продуктів і послуг, зокрема у сферах маркетингу, проектування, реалізації і технічного обслуговування. Це, на його думку, робить продукти і послуги відповідними очікуванням користувачів [85].

"Економічний підхід до якості вимагає погляду на якість з точки зору її службових функцій щодо споживача. Лише тоді ми можемо спостерігати за величиною втрат на якість, які безпосередньо здійснює консумент і, мало того, ціле суспільство" – вважає Т. Вавак [159].

Науковці на чолі з Е. Скшипек вважають, що "якість – це спосіб мислення, котрий спричиняє безперервні пошуки найкращого розв'язання та їх застосування" [149].

Загалом спектр поглядів на проблему, трактування поняття "якість" представлено в табл. 1.1. І хоча думки дослідників відрізняються в тих чи інших аспектах між собою, однак науковці одностайні в тому, що якість є категоріє суб'єктивною. Це, в свою чергу, означає, що кожна людина в залежності від власних конституції та потреб завжди бачить її по-іншому.

## Спектр поглядів вчених на трактування поняття "якості"

№ п/п	Автор	Визначення
1	Платон	Розумів якість як "об'єктивний ідеалізм", тобто ступінь досягнутої через предмет досконалості
2	Арістотель	Вважав однією із основоположних категорій думки, яка означає сукупність певних ознак, що відрізняють один предмет від іншого із зазначенням тих відмінностей
3	Г. Гегель	Стверджував про тотожність якості буттю та наголошував, що при її втраті воно (буття) перестає бути тим, чим воно є
4	Дж. Локке	Звернув увагу на дуалістичне трактування якості із розрізненням як первинної, так і вторинної якості
5	В. Демінг	Визначав якість як очікувану ступінь однорідності і надійності при мінімально можливих витратах та відповідності вимогам ринку
6	Дж. Юран	Пропонував розглядати якість як ступінь, у якому певний виріб (послуга) задовольняє потреби окремо взятого консумента та ступінь відповідності виробу встановленій моделі чи вимогам, вказівкам покупця виробу (послуги)
7	Ван Еттінгер	Вирізняв якість як ступінь, у якому виріб задовольняє поставлені до нього вимоги для виконання свого кінцевого призначення
8	Фейгенбауман	Стверджував, що "якість" є кумулятивною характеристикою продуктів і послуг, включаючи маркетинг, проектування, реалізацію і технічне обслуговування
9	П. Кросбі	Визначав якість як відповідність специфіці, однак не як добрий продукт
10	Т. Вавак	Акцентує увагу на економічному підході до якості, що вимагає погляду на неї з погляду її службових функцій щодо споживача
11	Е. Скшипек	Якість – це спосіб мислення, котрий спричиняє безперервні пошуки найкращого розв'язання та їх застосування

Разом з тим, якість є змістовним поняттям, тому її важко виміряти. В теорії дефінювання якості можна поділити на три групи:

- якість як ознака виробу;



- якість як ступінь відповідності очікуванням клієнтів;
- якість як те, що може бути виправлене чи покращене.

Якість є підґрунтям функціонування ринкової економіки. Від неї бере початок розвиток таких категорій, як: конкуренція, інновації, еластичність або ж реагування на змінні потреби споживачів.

В умовах ринкової економіки дещо складніше доводиться галузям соціальної сфери, зокрема охороні здоров'я, де проблема якості медичних послуг комплексна та багатоаспектна.

У світлі рівнодійна та вищевказаних визначень якість медичних послуг розглядається як результуюча трьох компонентів: *якість проекту, відповідність проекту очікуванням пацієнтів, якість виконання* [62].

Розглянемо детальніше ці компоненти. *Якість проекту* містить оцінку самого проекту з точки зору здійснення вимог одержувачів медичних послуг (пацієнтів). У випадку коли якість проекту буде посередня, послуга не матиме можливості задовольнити очікування її потенційного одержувача.

На даному етапі обов'язковим стає визначення всіх параметрів послуги чи, інакше кажучи, підготовка специфікації параметрів. Останній являє собою документ, котрий ретельно описує вимоги, до послуги. Загалом такий документ повинен містити критерії відповідності стандартам, схеми та ілюстрації, котрі особливо потрібні в момент закупівлі матеріалів для надання послуги, якість яких безпосередньо буде впливати на кінцевий результат.

Важливим моментом створення специфікатора послуг є врахування різноманітності послуг, що потребує виокремлення параметрів відповідно до типу послуг. Однак існує небезпека розбудови специфікатора, котра може призвести до необґрунтованої бюрократії. Підготовці такого документа повинен передувати аналіз діяльності за попередні періоди, звіти про яку надаються різними відділами обслуговуваннями пацієнтів (приймального відділення та всіх відділень лікувального закладу), цей документ має базуватися також на матеріалах досліджень пацієнтів з урахуванням їхньої сатисфакції.

*Відповідність проекту очікуванням пацієнтів* компонент тісно пов'язаний із досягненням цілкового задоволення хворими отриманими послугами. Важливим елементом моніторингу відповідності проекту є дослідження сатисфакції пацієнтів як найбільш вірогідного мірника якості запропонованого проекту.

Е. Демінг стверджував: "Кожен знає свого клієнта, а коли не знає, ким є його клієнт, його очікування... то не розуміє своєї праці" [74].

Висока якість медичних послуг, як, зрештою, будь-якої промислової чи продовольчої продукції, повинна бути пріоритетним для медичних закладів (виробників). Оскільки медична послуга – це специфічний продукт, який складно інтерпретувати або ж порівняти з іншими видами послуг, виникає проблема способу досягнення та утримання рівня високої якості.

На сьогоднішній день пацієнти стикаються з неефективним лікуванням, що свідчить про низькоякісне функціонування медичної галузі в Україні

загалом. У світовій же практиці пріоритетом є не просто ефективне лікування хворих, а завойовування пацієнта як зовнішнього клієнта. Збільшення кількості медичних закладів в Україні не призводить до появи здорової ринкової конкуренції та можливості вибору медичного закладу. У світі тенденція є зворотною, що свідчить про прагнення досягнути максимального рівня якості послуг.

З огляду на не типовість, специфіку ринку, медичні заклади повинні докладати особливих зусиль, щоб здобувати "клієнтів" та їх утримувати. На противагу підприємствам промислової сфери, котрі покупцям можуть запропонувати товар високої якості через представлені взірці, медичні заклади мають можливість встановлювати такі відносини з пацієнтами, які засновані на довірі та організаційному іміджі.

У медичних закладах як і в усіх інших підприємствах сфери послуг, ключову роль відіграють зовнішні клієнти чи, точніше кажучи, пацієнти. Відповідно до декларацій Всесвітньої організації охорони здоров'я, пацієнтом є кожна особа, що користується медичними послугами незалежно від того, хвора вона чи здорова [161]. Високий рівень якості медичних послуг досягається завдяки розумінню та задоволенню вимог пацієнтів. На сьогоднішній день цей погляд відкрито ігнорується в сучасній системі охорони здоров'я України.

Мірою якості виступає ступінь задоволення реальних потреб клієнта. Для досягнення цієї мети необхідно визначити:

- ким є і буде наш потенційний клієнт;
- наявні та майбутні сподівання (вимоги) клієнта;
- конкуренція на ринку медичних послуг та їх позиція на ринку;
- як можна задовольнити вимоги пацієнтів – з чим пов'язана конкурентна перевага в цій галузі діяльності.

Під поняттям "якість медичних послуг" необхідно розуміти загальні характеристики та умови функціонування медичної галузі, здатність задоволення потреб хворих. Таке визначення поєднує два підходи, що трактують якість як сукупність характеристик, з одного боку, чи ступінь, у якому послуга задовольняє свої функції – з іншого.

Формування якості є необхідною умовою на початках функціонування ринку медичних послуг. Визначення рівня якості повинне відбуватися поетапно (рис. 1.1).

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

Другий етап передбачає оцінку наданих послуг. У цей період аналізуються планові показники, порівнюються із фактичними, особлива увага приділяється оцінці відхилень та їх причин.

На заключному, третьому етапі відбувається порівняння рівня якості послуг (збільшення чи зменшення).

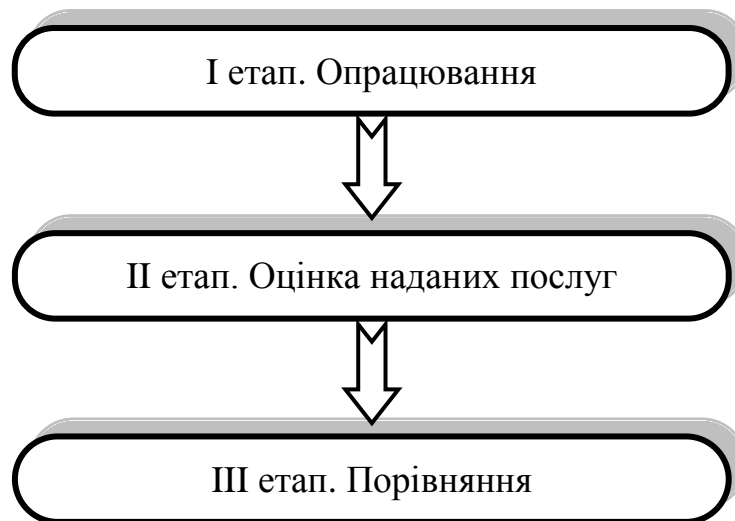


Рис. 1.1. Етапність визначення рівня якості послуги

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. Підкреслимо, що надзвичайно важливою є інформація про процес лікування, починаючи із приймального відділення, відправки до визначеного 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 при необхідності медичного обладнання. Аналіз масиву перерахованих даних дасть можливість вдосконалити процедуру надання послуг та підвищити їхній рівень, а також утримувати на задекларованому рівні.

Виходячи з вищенаведених міркувань, варто зауважити, що всі ці процеси поєднують у собі управління та маркетинг. Без ідентифікації всіх очікувань клієнтів неможливо їх коригувати та вдосконалювати.

Заслуговує також на увагу дефінювання якості медичних послуг запропоноване Всесвітньої організації здоров'я (WHO), де якість визначається як результат (так звана технічна якість) способу вживання засобів (економічна ефективність), організації надання послуг та сатисфакції пацієнтів [161].

Згідно з визначенням Об'єднаної комісії з акредитацій організацій охорони здоров'я (JCAHO), "добра якість – це максимально сприятливий результат при мінімальних негативах" [99].

Своєю чергою, такі науковці, як М. Марковські, В. Новацкі 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) [129].

Таким чином, у сфері охорони здоров'я якість радше є поняттям психологічним чи соціологічним, аніж матеріальним. Сама по собі модель якості медичних послуг є змінною. Пацієнти очікують задоволення їхніх

потреб у часі лікування, однак тут варто взяти до уваги важливу особливість. Мова йде про динамічність вимог чи очікувань хворих з роками. Саме тому необхідно передбачити потреби пацієнтів у майбутньому, з урахуванням аналізу попередніх та теперішніх матеріалів. При цьому слід врахувати і факт старіння суспільства.

Згідно з твердженнями К. Опольскі та Е. Шемборської, існують так звані "сфери управління якістю", зображені на рис. 1.2 [134].



Рис. 1.2. Сфери управління якістю медичних послуг [134]

Сфера медичної опіки (професійної) – це простір, де пацієнт особливу увагу звертає на контакти з медичними працівниками, особливо з лікарями, маючи доволі обмежені знання в даній сфері.

Інформація, надана пацієнтові, становить основу інформаційної сфери, котра є вкрай важливою. Досить часто між хворими та лікарями відбувається "блокування інформації". Лікарі апріорі виступають авторитетом для пацієнтів. На практиці ж бувають випадки, коли пацієнти мають певні

запитання до лікаря чи володіють певною інформацією (стосовно процесу лікування чи встановлення діагнозу). Як результат – неотримання пацієнтами (на їхню думку) очікуваних результатів.

Здебільшого це відбувається через необізнаність пацієнтів у деталях з перебігом хвороби або ж невміння чітко сформулювати запитання, описати симптоми. Так, хворий очікує на повне одужання, однак це не можливо за встановленого медичного діагнозу. Потрапляючи до лікувального закладу з діагнозом "цукровий діабет", не можливо сподіватися на цілковите одужання (лише на покращення стану здоров'я), однак запалений апендицит через хірургічне втручання реально видаляється без ускладнень для пацієнта та передбачає цілковите одужання.

Враховуючи наведені аргументи, варто зазначити, що лише від компетенції лікарів та іншого медичного персоналу залежить успіх лікування та й одужання. Не значну роль при цьому відіграє налагодження контакту між хворим та медичним персоналом. Це, в свою чергу, можливе завдяки навчанню медичних працівників за спеціальними програмами, адже вони потребують підвищення кваліфікації не лише медичного спрямування. Повноцінний фахівець є особою, обізнаною як в останніх новинах лікарської справи, так і в царині психології. Відомо, що правильно підібрані слова підтримки або жест мають кращий вплив, ніж медикаментозне лікування.

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

Управлінська та економіко-адміністративна сфери не є істотними для пацієнтів. Різноманітні нововведення, пов'язані з управлінням людськими ресурсами та використанням матеріальних засобів у межах лімітів, залишаються непоміченими для пацієнтів, однак мають безпосередній вплив на вищезазначені сфери.

У теорії немає одностайної думки щодо функціонування маркетингової сфери в медичних послугах. Варто зауважити, що маркетинг може застосовуватися лише тоді, коли мова йде про продаж, але також і у випадку надання медичних послуг з точки зору консумента. Власне, йдеться про дослідження потреб пацієнтів, їх очікувань та максимальну адаптацію до них.

Успіх указаної маркетингової сфери полягатиме у детальній розробці алгоритму проведення відповідної маркетингової діяльності та створення якості (рис. 1.3).

Відтак на першому етапі потрібно організувати створення анкет, що стосуються задоволення пацієнтів. На жаль, на сьогоднішній день система анкетування не знайшла масового поширення в медичних закладах. Причини, на наш погляд, пов'язані із нехтуванням такого роду інформацією з боку керівництва та невмінням розробляти потрібний тип документації.



Рис. 1.3. Етапність проведення маркетингової діяльності та створення якості

Другий етап – це інформація щодо судових позовів проти лікувального закладу та їх кількості. Практика свідчить, що ретельне опрацювання такої інформації дозволяє зробити відповідні висновки, проаналізувати ступінь вини як окремо взятого лікаря, так лікувального закладу загалом. На основі цього проводяться необхідні корективи стосовно організації роботи як лікувального закладу загалом, так і персоналу зокрема.

Третій етап вважається стартовою лінією на дистанції одужання. Досить часто довжина цієї дистанції залежить саме від того настільки детально буде трансльована інформація щодо хвороби пацієнтів та схеми їх одужання. Виконання даного етапу, з одного боку, теоретично не повинно викликати жодних перепон. Однак, як свідчить практика, перепони складають левову

частку у цьому інформаційному просторі "лікар-пацієнт". Мова йде про форму донесення інформації медичними працівниками до окремо взятого хворого, зокрема про попередньо встановлений діагноз.

Так, не виникає клопотів при оголошенні пацієнту такого діагнозу, як пневмонія. Щоправда, необхідно пояснити хворому, що лише чітке дотримання запропонованої медикаментозної схеми лікування та дотримання всіх рекомендацій приведе до одужання. Лікар зобов'язаний повідомити також пацієнту про можливі ускладнення в разі будь-яких відхилень та ризик, пов'язаний із ними. Адже, 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.

Складнішою є ситуація, коли лікареві доводиться повідомляти пацієнтів про складні, здебільшого мало виліковні захворювання (ДЦП, онкологічні захворювання тощо). Саме форма подання такої інформації та поведінка хворих залежить від медичних працівників. Медики зобов'язані оцінити психологічний стан пацієнта та спрогнозувати його реакцію на отримані новини. Для одних сам діагноз вже буде початком руйнівного процесу як особистості, так і її здоров'я. Впадаючи в депресію, хворі навіть не будуть намагатися боротися за власне життя чи бодай робити хоч якісь спроби. Інша ж категорія пацієнтів намагатиметься вижити. В контексті висвітленої проблеми, на нашу думку, велика відповідальність лежить на лікарях та їх вмінні позитивно впливати на пацієнтів за допомогою відповідної інформації, вдало підібраними прикладами покращення стану здоров'я інших хворих із подібними діагнозами. Для цього необхідно проводити постійне навчання медичного персоналу, що не лише підвищить їхній фаховий рівень, а й створить позитивний імідж лікувального закладу в очах пацієнтів.

Постійний моніторинг задоволення пацієнтів лежить в основі наступного – четвертого етапу маркетингової діяльності і створення якості лікування. Він тісно пов'язаний із попереднім етапом, адже саме повномасштабна поінформованість пацієнтів щодо стану їх здоров'я та методики лікування складатиме, як свідчать дослідження, вісімдесят відсотків задоволення хворих. Найбільш поширеним інструментом моніторингу, з погляду світової практики, є розробка анкет із питань задоволення пацієнтами процесом лікування.

Сама по собі розробка вищезгаданих анкет та проведення опитування не матимуть жодної користі для управлінців без процесу опрацювання даних анкетування і їх систематизації. Цей процес має лежати в основі організаційних та кадрових змін.

Логічним продовженням процесу створення якості медичних послуг є підбір інформації на тему вимог клієнтів у розрізі якості медичних послуг. Опрацювавши результати анкетування (для повноти успіху анкети повинні бути анонімними), варто виокремити проблемні блоки якості в лікувальному закладі на думку пацієнтів. Згодом необхідно виробити тактику стосовно усунення прогалин.

Наступним кроком буде перехід до розробки медичних стандартів та створення книги якості на основі отриманих раніше даних лікувальному закладу. Весь цей комплекс дій становить сутність шостого етапу маркетингу.

Процес стандартизації охорони здоров'я не повинен асоціюватися з утрудненням чи обмеженням прав лікарів. Радше це зворотний процес, або процес встановлення вказівників на шляху до омріяної моделі якості. Останні дозволяють систематизувати схему лікування та прописати всі можливі варіанти розвитку подій, що, своєю чергою надзвичайно важливі при існуванні ризику щодо життя пацієнта.

Медичні стандарти також покликані акцептувати нові методики лікування чи діагностики, котрі є більш ефективними, ніж наявні та визнані на теперішній час. Ці методики розробляються для типових ситуацій, що найчастіше зустрічаються в медичній практиці.

Головні принципи мають бути розроблені для проблем, пов'язаних зі здоров'ям, поширених у країні, що і робить їх вагомими.

Стандарти обов'язково повинні торкатися тих лікувальних процесів, під час яких найчастіше виникають сумніви, а також тих, що характеризуються великими затратами (навіть якщо рідко трапляється застосовувати). Саме це дасть змогу контролювати видатки на належному рівні.

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

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

На підставі розробленого погоджувального документу у другій фазі повинна бути створена клінічна модель. Остання має містити опис.

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, також указана документація покликана полегшити працю медичному персоналу. Доречним, як свідчить практика, було б функціонування внутрішнього пакету документації в справі окремо взятого хворого. До нього 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 тощо).

Сьомий етап повинен бути присвяченим реєстрації та документуванню медичних послуг відповідно до встановлених стандартів якості.

Останній етап полягає у зіставленні даних щодо незадоволення пацієнтами наданими медичними послугами в попередні роки, а також



порівняння їх із результатами повторного анкетування після прийняття стандартів якості та приведення всієї документації у відповідність із ними.

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

## **1.2. Умови ефективного функціонування системи якісних медичних послуг**

Загалом поняття якості медичних послуг багатоаспектне, що й зумовило відсутність його єдиного визначення та активізує тематику нашого наукового дослідження. Процес дослідження зазначеної проблематики більш складний для сфери послуг (зокрема медицини), ніж для сфери виробництва. Причина криється у характерних рисах якості.

До характерних рис якості можна віднести:

- нематеріальність;
- неподільність;
- нездатність збереження;
- змінність;
- неможливість перепродажу;
- асиметрія інформації;
- непевність і ризик [133].

Пацієнти отримують медичні послуги, які не мають матеріальної основи, не залежно від їхнього обсягу. Варто зазначити їх нематеріальну сутність. Особливість медичної галузі полягає у важливості кінцевого ефекту. Тому навіть при відсутності матеріальної основи ефект буде досягнуто. Останній проявляється в одужанні пацієнтів, ступінь якого залежить від складності хвороби та вчасного звернення за медичною допомогою. Загалом, результатом буде здоров'я людей.

Дане поняття важно окреслити та виміряти, однак незаперечно, що до нього повинні прагнути як окремо взяті індивіди, так і держава загалом. У цьому випадку інтереси усіх суб'єктів медичної сфери перетинаються.

Стежачи за власним станом здоров'я, ведучи здоровий спосіб життя та систематично перевіряючись у медиків, індивід має можливість зменшити вірогідність або взагалі уникнути захворювань. Це, в свою чергу, відображається на працездатності особи та збільшенні власного матеріального добробуту.

Які ж в цьому випадку переваги для держави? Зацікавленість держави безпосередня: що більше буде працювати індивід задля власного блага, то більші суми відрахувань йтимуть до державного бюджету. Інакше кажучи, добробут держави залежить передусім від здоров'я її громадян.

Неподільність являється характерною рисою медичних послуг, що підкреслює специфіку медичної галузі. Мова йде про те, що кожна надана медична послуга ексклюзивна. Таке припущення впливає, на наш погляд, з

медичної практики. Так, при одному і тому ж діагнозі у різних пацієнтів, лікар вимушений призначати різні ліки. Це спричинено ймовірним існуванням алергічної реакції на деякі компоненти ліків в одних хворих та наявність іншої категорії, котра належним чином сприймає початкове призначене лікаря. Виходячи з усього вище викладеного, підтверджуємо неподільність медичних послуг як їхньої характерної риси.

Неможливість збереження характеризує медичні послуги як такі, що повинні бути надані в зазначеному місці та у визначений час. Щоб це реалізувати лікувальні заклади організують свою роботу цілодобово у вигляді чергувань (особливо це актуальне для нічного часу).

При прийнятті на обстеження чи лікування хворих спершу встановлюється приблизний діагноз хвороби. Для того, щоб переконатися у його слушності, використовують низку процедур, що свідчить про їх змінність як джерело пошуку істинного діагнозу хворого.

Вище ми зазначали відсутність загального підходу до лікування всіх пацієнтів (причини розглядалися нами раніше). Це якраз унеможлиблює перепродаж отриманих медичних послуг.

Необізнаність чи недостатні знання в медичній галузі через відсутність кваліфікації спричиняють асиметрію інформації: фахова оцінка щодо стану здоров'я пацієнта медичними працівниками, з одного боку, та припущення, здогадки хворих – з іншого. Щоправда, один суттєвий ризик щодо першого аспекту асиметрії – фахової оцінки медиків. На жаль, трапляються випадки так званої "лікарської помилки", що мають безпосередній вплив на кінцевий ефект лікування і на якість наданих послуг. Про це докладніше йтиметься в наступних частинах наукового дослідження.

Надання медичних послуг безпосередньо пов'язане із непевністю і ризиком. Вони тісно пов'язані з обраною методикою лікування, його тривалістю та дотриманням з боку пацієнтів рекомендацій медичних працівників.

Також якість медичного обслуговування включає в себе:

- доступність (безперешкодне отримання медичної допомоги, незважаючи на наявні фінансові, організаційні та інші труднощі);
- повну поінформованість (про стан здоров'я, опції лікування, дію ліків);
- медико-санітарну освіту (можливість набуття пацієнтами навичок самопомоги та розпізнання симптомів, що потребують допомоги ззовні);
- комунікацію серед лікарів і медичних сестер, повагу до клієнта, координацію дій упродовж усього періоду лікування;
- сатисфакцію пацієнта (вищий чи майже рівний ступінь акцептування отриманої медичної допомоги в конфронтації з очікуваннями).

Мірником якості з погляду пацієнта є доступність послуг, що включають:

- можливість реєстрації за телефоном на зручну годину та за кілька днів наперед, а також короткий час очікування на реєстрацію і прийом;
- можливість вибору лікаря та виклику його додому;
- широкий спектр лабораторних досліджень та спеціальних послуг;
- приязна атмосфера та чистота як у приймальному відділенні медичного закладу, так і в усіх решта відділеннях;
- доступ до телефону-автомату;
- зручна локалізація приймального відділення та наявність паркінгу;
- належне трактування медичними працівниками своїх пацієнтів [28].

Якість медичних послуг залежить від багатьох чинників. Крім зовнішніх чинників, на які лікувальний заклад має обмежений вплив, існують ще внутрішні чинники, що відіграють істотну роль у вказаному процесі. Серед них суттєвим є проякісне мислення керівництва та працівників, що закорінене в проякісну філософію розвитку організації сектору охорони здоров'я, думки про пацієнта, а також сприятливий клімат у медичному колективі для надання якісних послуг. Однак не лише внутрішні і зовнішні чинники мають вирішальний вплив на якість медичних послуг (рис. 1.4).

На рис. 1.4 нами запропонована система синтетичних чинників, що складають їх третю групу (разом із зовнішніми та внутрішніми). Мова йде про кваліфікацію медичного персоналу. Наше припущення ґрунтується на таких міркуваннях. По-перше, кваліфікація здобувається у вищих закладах країни, інакше кажучи, видаючи випускникам дипломи медиків, держава гарантує їх рівень підготовки та несе відповідальність за достовірність даної кваліфікації.

По-друге, працюючи безпосередньо в медичному закладі працівники зобов'язані стежити за постійним підвищенням власної кваліфікації. Остання включає в себе як проходження курсів підвищення фахового рівня, так і психологічних тренінгів для кращої комунікації з хворими та розвитку вміння донести в потрібній формі інформацію до конкретного пацієнта без нанесення йому психологічних травм.

Зовнішні чинники представлені на рисунку трьома елементами: інституційне та технічне забезпечення, стандартизація медицини. Проаналізуємо докладніше перші два фактори.

Інституційне забезпечення нагально потребує неминучого реформування, оскільки теперішнє носить застарілий декларативний характер. Зокрема вилучення поняття "безкоштовна медицина" потребує приведення у відповідність всієї законодавчої бази, однак кардинальні зміни неможливі без докорінного реформування наявної системи охорони здоров'я загалом.

Технічне забезпечення медичної галузі на сьогоднішній день є одним із обмежуваних факторів розвитку медицини. В жодній системі неможливо задовольнити всі потреби або ж фінансувати всі медичні технології, однак відсутність обґрунтованого забезпечення ставить під загрозу ефективне функціонування цілої галузі охорони здоров'я.

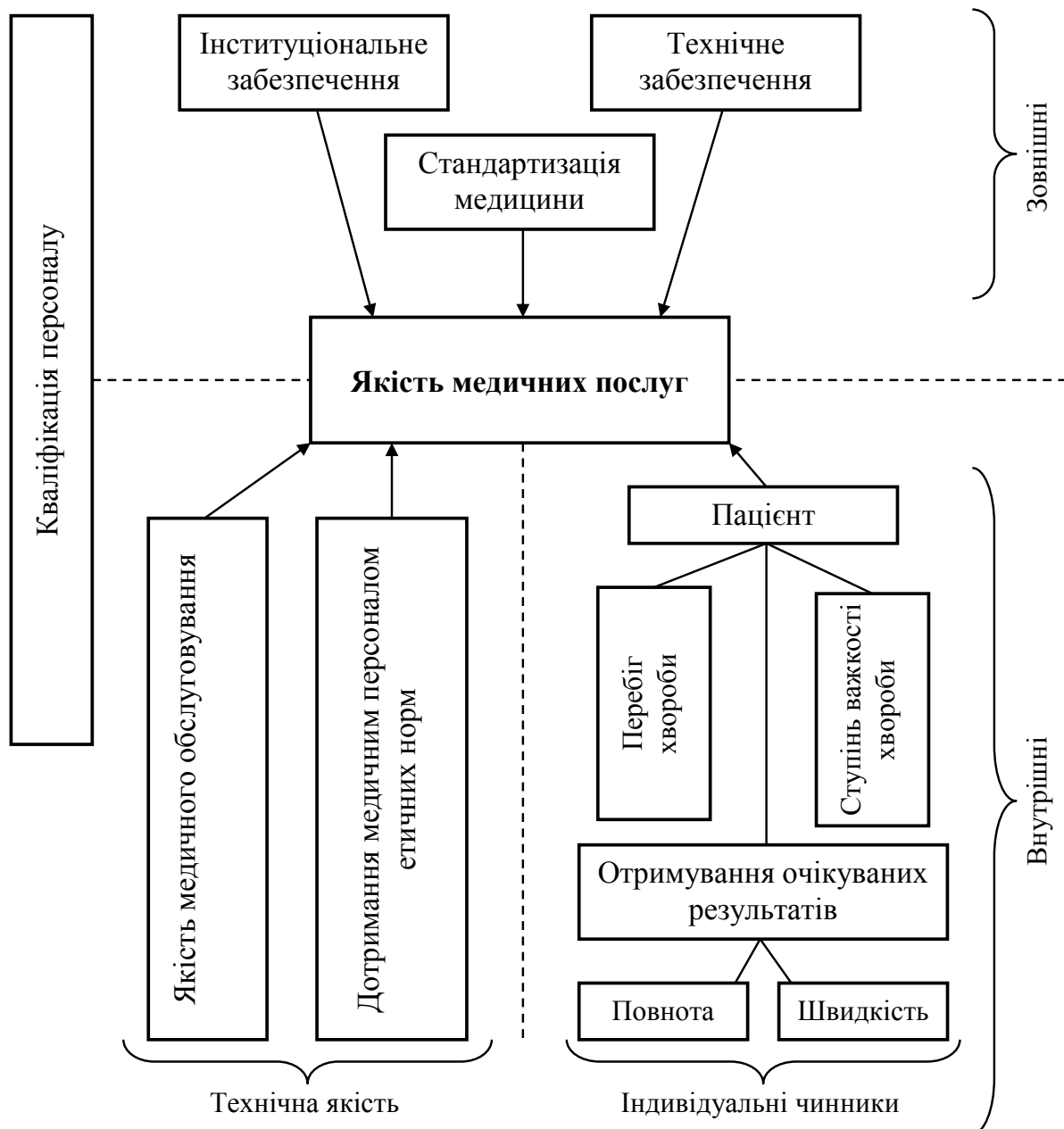


Рис. 1.4. Чинники, що впливають на якість медичних послуг [28]

У рамках оцінки якості системи охорони здоров'я повинна бути надана оцінка медичної технології. Основною метою такого аналізу є визначення життєздатності останньої. Вона складається з оцінок:

- ефективності;
- очікуваних витрат, пов'язаних з реалізацією витрат.

Аналіз стосується трьох параметрів: вживаності, ефективності та безпеки в аналітичні записки на підставі еволюції медичних досліджень.

Використання медичної технології повинно використовуватися в визначенні державної політики здоров'я. Загалом же технології, котрі приносять найбільшу медичну користь та користуються найбільшим попитом серед хворих, мають бути фінансовані державою, а ті, що неефективні або ж шкідливі для здоров'я, взагалі мають бути заборонені на рівні держави для житку. Мова йде про експериментальні зразки медичного обладнання, коли

відсутня відповідна технічна документація щодо сертифікації якості і безпеки вживання.

Внутрішні чинники представлені на рис. 1.4 двома блоками:

- індивідуальні чинники;
- технічна якість.

Індивідуальні чинники безпосередньо пов'язані із пацієнтом. Так, потрапивши до лікарні, хворий природно прагне вилікуватися, однак на даному етапі спостерігається певна особливість. Існує вагома різниця в оцінці стану пацієнта та отримання кінцевого ефекту. Діагноз, наприклад, гостре респіраторне захворювання, дає підстави стверджувати про можливість повного вилікування при правильно обраній схемі лікування та дотриманні рекомендацій лікарів. Однак хворий із діагнозом СНІД не може розраховувати на цілковите одужання, а лише на максимальне покращення стану. В цьому випадку велика відповідальність покладається на медиків, котрі зобов'язані надати пацієнту інформацію про його стан у повному обсязі та окреслити як ймовірний хід лікування, так і кінцеві результати.

Окремі етичні норми стосуються можливості чи необхідності повідомляти пацієнту про його невиліковний стан. Така інформація може активізувати хворого на боротьбу із недугою або спричинити депресивний стан. Єдино правильне рішення повинен прийняти відповідальний лікар, окресливши ймовірні шляхи перебігу хвороби і підвівши пацієнта до прийняття правильного рішення. Для того, щоб результативно вирішувати таке та подібні завдання, необхідне постійне самовдосконалення медиками фахового рівня, що допоможе їм краще встановлювати контакт зі своїми пацієнтами.

Проте, яким би не був стан пацієнта на момент прибуття до лікарні, вагому частку у його покращенні відіграє медичний персонал шляхом повноти та швидкості наданої допомоги. Зрозуміло, що, на жаль, у наших умовах однією з об'єктивних причин ненадання необхідної допомоги стає брак відповідного медичного обладнання [28].

Поняття "якості" в сфері охорони здоров'я тісно пов'язане з такими питаннями, як: стандарти, показник, структура, процес та результат.

Стандарти, які ми вже згадували раніше, можуть стосуватися всіх напрямків діяльності в медичній галузі, в тому числі прямої медичної допомоги пацієнту, організації і управління, лікування.

Показники якості є кількісною мірою того, як рекомендований стандарт реалізується чи виступає мірою реалізації стандарту. Опрацювання певних показників передбачає не лише збір даних, але і вміння їх представити. Як свідчить практика, показники можуть бути позитивними і негативними.

Серед показників якості в сфері охорони здоров'я можна виділити такі:

- мінімум (повинні бути досягнуті в розмірі 100%);
- максимум (стосуються ідеального стану, можуть бути реалізованими менше ніж на 100%);
- бажані (мають відношення до бажаних очікувань);

- небажані (стосуються подій та явищ, що не повинні мати місце або ж перевищувати їхній мінімальний поріг);
- пропорційні (проявляються у супереч високій якості ще з певною частотою);
- охоронні (відносяться до небезпечних подій та мають становити 0%).

Показники якості, застосовані в певному медичному закладі, можуть бути універсальними та індивідуальними. Перші розробляються через товариства чи інші організації, що займаються якістю. Єдиною умовою вищезгаданого процесу є можливість використання в будь-якому лікувальному закладі.

Індивідуальні показники розробляються окремим медичним закладом для внутрішнього користування.

За допомогою показників можна оцінити якість структури (людську та фінансову), процесів (процедур окремої лікувальної одиниці) і результатів.

Структурна побудова медичного закладу, для якого розробляються стандарти та показники з локальної бази, передбачає також наявність медичного устаткування лікувального продукту, медичних матеріалів та персоналу.

Будь-який медичний заклад (не залежно від форми власності) повинен надавати медичні послуги згідно з правовими приписами щодо приміщення, де здійснюється сам процес.

Медичні заклади зобов'язані мати та застосовувати медичне устаткування певних параметрів, що відповідали б встановленим правовим нормам.

Лікувальні продукти та медичні матеріали повинні бути описані в спеціальних стандартах (ця норма стосується здебільшого фармацевтичних підприємств).

Головним складником структурної побудови медичного закладу є персонал, зокрема медичний, з певною фаховою підготовкою і практичним досвідом.

Процес у структурній побудові визначається діями у відношенні до пацієнта з моменту, коли той переступає поріг, лікарні, і до моменту його виписки. В розрізі вказаного процесу розрізняють такі стандарти і показники, що можуть стосуватися:

- внутрішньолікарняних інфекцій;
- післяопераційних ускладнень;
- повторної госпіталізації;
- навички реагування на надзвичайні ситуації здоров'я і життя.

Кінцева мета якості – досягнення результатів під час лікування. Обсяг безпосередньо отриманих результатів лікування вказує на рівень якості наданих медичних послуг. Показники результативності лікування можна розглядати як:

- загальні (час госпіталізації);
- конкретні (відсоток інвалідності).

Варто зазначити, що результати залежні однаково як від структури, так і від процесу. Основою вищезгаданих результатів повинна бути безпека пацієнта. Остання визначена як свобода пацієнта від непотрібної чи потенційної шкоди з боку системи охорони здоров'я [153]. Однак дані про захворювання та кількість небажаних явищ з вини як лікувальних закладів зокрема, так системи охорони здоров'я загалом, наприклад в Україні, не розголошуються. Причина, на нашу думку, криється у відсутності зацікавленості Міністерства охорони здоров'я та уряду країни стосовно вирішення вказаної проблеми і, як наслідок, відсутність таких даних для аналітичного опрацювання.

Жоден лікувальний заклад не визнає за собою вини в небажаних результатах. Врешті, відомо тільки кілька судових справ, де їх об'єктом стали небажані результати медичного лікування. На жаль, на сьогоднішній день, у керівництва лікувальних закладів, як, зрештою й очільників уряду, немає належного розуміння необхідності не лише здійснювати контроль за такими випадками, а й викорінювати їх потрібно як ракові утворення на тлі проякісної медичної системи.

Найчастіше основними причинами повторної госпіталізації, операційних ускладнень та інфекційних захворювань, як свідчить практика, стають лікарські помилки.

Лікарські помилки вже давно відомі в медичній практиці. Мова йде про діяльність, несумісну з визнаними принципами медицини. Варто зазначити, що поняття "медичної помилки" не регулюється ні кодексом, ні Законом (за його відсутності), тобто воно немає юридичної сили. Поняття застосовується в неспецифікованому значенні самими медиками, жертвами та адвокатами.

Для більшої об'єктивності варто зазначити, що лікарські помилки як такі мають різне походження, тому їх варто об'єднати в чотири групи.

До першої групи належать технічні помилки. Це неправильний спосіб реалізації діагностичних і терапевтичних рішень. Лікарська помилка в такому випадку складається з низки елементів, як-от: дії, несумісні із загальновизнаними медичними знаннями; ненавмисна вина; негативний наслідок скоєної помилки; причино-наслідковий зв'язок між ними, що призвів до каліцтва чи смерті пацієнта.

Друга група включає діагностичні помилки. Вони ґрунтуються на тому, що лікарі не розпізнають хвороби пацієнта чи встановлять діагноз хвороби, якої немає в пацієнта. Найчастіше ці помилки трапляються через хибну інтерпретацію діагностичних досліджень – таких, як наприклад, читання рентгенівських знімків чи іншої документації. Причиною виникнення подібних помилок може бути ігнорування лікарем забору необхідних аналізів або консультацій інших спеціалістів.

У всіх указаних випадках лікарська помилка має вагоме значення, оскільки пов'язана із призначенням непотрібних ліків чи здійснення зайвих лабораторних досліджень.

Третю групу складають помилки лікувального процесу. Мова йде про невластивий спосіб лікування, обраний лікарем, або ж відсутність лікування як такого.

Четверта група включає в себе лікарські помилки як невластивої поведінки медиків. Йдеться про ненавмисне вбивство людини, ненавмисне пошкодження тіла та виникнення проблем зі здоров'ям, нараження особи на небезпеку, серйозні тілесні ушкодження чи втрату здоров'я. До цієї ж групи зараховуються також інші види порушень кримінального кодексу. Разом із тим, сюди варто віднести й помилки, що стосуються недотримання службової таємниці працівниками як окремо взятого лікувального закладу, так і державної чи громадської організації.

У дослідженнях, котрі були проведені Організацією економічної співпраці економічної організації і розвитку (OECD) по тематиці безпеки пацієнтів, включено показники, деякі з яких вважаються фіксованими показниками для оцінки безпеки пацієнтів (табл. 1.2) [132].

Таблиця 1.2

**Показники оцінки безпеки пацієнтів**

Область	Показники	Рекомендації до постійного моніторингу
Інфекції, набуті в лікарні	Catheter-related bloodstream infection Decubitus ulcer	X
Операційні і післяопераційні ускладнення	Complications of anaesthesia Postoperative hip fracture Postoperative pulmonary embolism or deep vein thrombosis Postoperative sepsis Accidental puncture or laceration Postoperative respiratory failure Iatrogenic pneumothorax	X X X
Події, викликані недбалістю, відсутністю нагляду	Transfusion reaction Foreign body left in during procedure	X
Акушерство	Birth trauma - injury to neonate Obstetric trauma – vaginal delivery with instrument Obstetric trauma – vaginal delivery without instrument Obstetric trauma - caesarean section	X X



Кількість лікарських помилок залежить значною мірою від системи управління як медичною галуззю загалом, так і лікувального закладу зокрема. Інакше кажучи, що ефективніше працює система якості медичних послуг, то менша кількість небажаних результатів лікування.

Про успіх кожного надавача послуг, що функціонує на ринку послуг свідчить його відносини з одержувачами цих послуг. З точки зору пацієнта, головну роль виконує якість послуг. Відсутність належних систем якості медичних послуг гальмує розвиток повноцінної системи охорони здоров'я.

Підвищення конкурентоспроможності лікувальних закладів призведе до боротьби останніх за пацієнта шляхом надання йому медичних послуг високої якості. Зазвичай пацієнти хочуть лікуватися там, де будуть виконуватися їх вимоги. Логічно, що хворі обиратимуть медичні заклади із чинною системою якості медичних послуг.

Управління якістю сприятиме підвищенню іміджу і престижу медичного закладу, призведе до підвищення їх продуктивності та ступеня задоволення пацієнта.

М. Берковська представляє сатисфакцію як стан задоволення, пов'язаний із задоволенням вимог [64]. З цього твердження випливає, що сатисфакція є поняттям довготривалим і має вплив на процес дослідження кінцевого результату. Сатисфакція виступає вартістю, що походить від людських потреб. Відчуття задоволення фокусуються не лише на людських емоціях людини. Воно також включає сферу його інтелекту. С. Гарчинський порівнює задоволення (яке розуміється як сатисфакція) з радістю, підкреслює, що саме задоволення "... є досвідом менш емоційним і більш інтелектуальним, набагато спокійніше і не так явно проявляється, це приємний емоційний стан або повторний" [87].

Сатисфакція в практиці країн Європейського Співтовариства стала істотним чинником, що окреслює моделі діяльності, організації й ефективності надавача послуг між іншими медичними інституціями. Сатисфакція пацієнтів стала своєрідним знаряддям та мірником, що відображає три важливі складові якості медичного обслуговування: результати, процес і структуру опіки, здебільшого медичної [92]. Тому логічно можна припускати, що сатисфакція є похідною якості медичних послуг.

Суттєвим елементом управління якістю медичних послуг повинен стати замір сатисфакції пацієнтів. Сатисфакція є відчуттям, що приходить під час отримання медичних послуг. Потреби та очікування пацієнтів дуже різні і можуть змінюватися. На основі думки пацієнтів можна викрити недоліки в організації медичної допомоги чи у відносинах з пацієнтами та запропонувати спосіб усунення недоліків.

Якість медичних послуг представляє "продукування покращеного стану здоров'я і сатисфакції одержувачів відповідно до наявних технологій, засобів з точки зору консумента" [100]. Інакше кажучи, сатисфакція є ефектом дій, продуктом послуги і реакцією на певну медичну пропозицію (послугу).

В умовах конкуренції на ринку медичних послуг природно виникне потреба йти назустріч очікуванням клієнта, пізнавати їх або ж виконувати. Щоб зрозуміти потреби пацієнта, варто систематично досліджувати не лише його потреби сьогодні, але також і майбутнього.

При великій конкуренції висока якість та позитивний імідж медичного закладу будуть відігравати головну роль у його розвитку, що ще раз підкреслює вагомість існування та ефективного функціонування системи якості медичних послуг для всієї галузі охорони здоров'я.

### **1.3. Макро- та мікроекономічне значення якості медичних послуг**

Загалом, дати повномасштабне, чітке визначення якості в сфері охорони здоров'я складно. Одна з причин цього, як раніше було встановлено, є специфіка медичних послуг. Крім того, медична галузь має низку універсальних характеристик (проаналізованих нами попередньо):

- непевність і ризик (стосується повного медичного процесу, від моменту прибуття пацієнта і до його виписки);
- висококваліфіковані кадри (функціонування планів підвищення кваліфікації медичних працівників);
- свобода у виборі методики лікування (пацієнт, що перебуває на лікуванні, передає право вибору методики лікарю);
- складність процесу задоволення наявних потреб в галузі охорони здоров'я (кваліфікація персоналу і складність процесу);
- відсутність конкретної інформації у випадку високої спеціалізації медичних послуг.

Перерахована специфіка медичних послуг не дозволяє однозначно визначити їх якість. Значення якості, вочевидь, залежить від суб'єктивного сприйняття різних груп інтересів. Серед цих груп існує ряд важливих поглядів, пов'язаних із темою дослідження. Наприклад, пацієнти та їхні родини концентрують свою увагу на результатах лікування та на матеріальних і нематеріальних елементах вигоди. У той же час для медичних працівників висока якість асоціюється із ретельним дотриманням процедури надання медичних послуг та застосуванням фахових знань.

Пацієнти зацікавлені в ефективності, належному та безпечному процесі лікування. В їхньому розумінні якість медичних послуг залежить від кваліфікації медичного персоналу та умов, в яких ці послуги надаються.

Розглядаючи питання про значення якості медичних послуг і її впливу, пропонуємо виділити два види ефектів. З одного боку, це ефекти, пов'язані зі здоров'ям, серед яких один має безпосередній характер – якість життя пацієнтів. Другий же ефект є опосередкованим, ширшим та стосується здоров'я нації у цілому.

Другий вид ефектів пов'язаний з економікою та управлінням. Якість охорони здоров'я розглядається в цьому випадку на двох рівнях. На мікроекономічному рівні досліджується вплив на функціонування сектору

охорони здоров'я, а на макроекономічному – вплив на суспільний добробут та зріст національної економіки.

Якість життя пацієнта, що є суттєвим показником ефекту проведеного лікування, буває недостатньо оцінена медиками. Щоб оцінити життя пацієнта після лікування, варто застосувати певну методику. В наукових джерелах описані та застосовані на практиці різні методи аналізу чи оцінки якості життя пацієнтів, вибір яких залежить від кількох чинників.

По-перше, від категорії осіб, котрі будуть джерелом збору і передавання даних. У зв'язку з цим існують дві можливості. Одна з них спирається на думку пацієнтів. Останні відповідаючи на запропоновані їм питання, розміщені в спеціальній анкеті, виокремлює ті дії, які були для них обтяжливими.

Друга можливість ґрунтується на думці осіб, що займаються пацієнтами. Мова йде про лікарів, медичних сестер, психологів чи членів родини. Особливу роль у формуванні якості життя пацієнта відіграє лікар, коли бере до уваги цей елемент при виборі чи зміні терапії. Очевидно, лікарі концентрують вибір, перш за все, на такому лікуванні, що дозволить продовжити життя пацієнтам, зменшивши ймовірність виникнення ускладнень (таких, як інфаркт або інсульт). Проте все частіше звертається увага на те, чи призводить процес лікування до щоденного покращення стану пацієнта (зменшені болі, можливості його активної участі у суспільному та сімейному житті). Бувають випадки, коли сучасні методики лікування є необхідними з погляду порятунку життя хворого, однак вони можуть перешкоджати його повсякденній діяльності та нести певні обмеження. Ця проблема стосується хронічних захворювань, для яких досягненням кінцевого ефекту вважається надання шансу нормальної життєдіяльності у міру можливості.

Усі, навіть найсучасніші методи лікування змінюють якість життя. Рекомендації лікарів, пов'язані з обмеженнями деяких видів активності та призначення дієт, мають негативні психологічні наслідки і зменшують суспільну інтеграцію. Підготовка пацієнта до такого роду змін належить до важливих завдань лікаря і береться до уваги при оцінюванні кінцевого ефекту лікування. Дослідження показують, що деякі сфери якості життя по-різному оцінюють медичний персонал та пацієнти [89].

По-друге, вибір методики пов'язаний із вимірюванням якості життя. Якість життя – поняття багатоаспектне, його можна означити певними мірниками [67, 100]. М. Мілен і М. Вейхон [112] ці мірники об'єднують у чотири групи – сфери якості життя:

- фізичну і функціональну;
- суспільну;
- психологічно-духовну;
- економічну.

Фізична та функціональна якість життя проявляється в здатності повноцінного функціонування особи (відсутність психічних обмежень та обмежень пересування). Фізичну сферу якості життя варто розглядати як

задоволення із власного стану здоров'я (враховуючи вікову категорію та наявні захворювання).

Суспільна якість життя складає вагомую частку в загальній моделі якості життя людини. Як свідчить практика, та позиція в суспільному житті, яку посідає особистість, визначає її значущість та здатність до самореалізації. Цей показник тісно переплітається із наступним мірником.

Психологічна рівновага досягається шляхом задоволення з власної суспільної позиції, почуття поваги до окремо взятого індивіда з боку держави (макрорівень), колективу, та його сім'ї (мікрорівень). Психологічна рівновага тісно пов'язана з духовною. Ці два компоненти творять окрему сферу якості життя особи. Факт наявності можливості вільного віросповідування дає індивіду підстави почуватися вільним та підвищує показники якості життя.

Економічний аспект належить до одного із визначальних, оскільки тісно пов'язаний із вище зазначеними. Так, особа, досягнувши відповідного становища на роботі, отримує високу заробітну плату. Це, своєю чергою, дає їй можливість займати певну соціальну нішу і таким чином утримувати психологічну рівновагу.

По-третє, підхід до аналізу якості життя пов'язаний із застосованою методикою дослідження. Дослідження може мати якісний або кількісний характер. При цьому до оцінки впливу застосовуються різні показники. Наприклад:

- Якість життя, зумовлену станом здоров'я (Health Related Quality of Live - HRQL), визначено як функціональний ефект хвороби і ефект її лікування та впливу на пацієнтів. За свою суттю цей показник є показником суб'єктивної оцінки.
- Кількість років життя, скоригована їх якістю (*quality-adjusted life year* - QALY). Застосовується при аналізі витрат та оцінці корисності програм в охороні здоров'я.
- Альтернативною до QALY є еквівалент років, прожитих при доброму здоров'ї (*Healthy Years Equivalent*- HYE).

Оцінки якості життя залежать від ефекту застосування різних методик його аналізу. Головна різниця полягає в тому, хто формує цю оцінку: пацієнти, лікарі чи представники Міністерства охорони здоров'я. Для пацієнта якість медичної послуги залежить від кваліфікації медичного персоналу та умов, у яких вони надаються. Важливе значення для пацієнта має також атмосфера, в якій триває процес лікування, повернення до нормального способу життя.

Для лікувального закладу якість медичних послуг пов'язана, перш за все, з відповідністю тієї послуги актуальним професійним знанням та досягненням очікуваних результатів покращення стану здоров'я пацієнта, його задоволення і сатисфакції працівників.

В оцінюванні якості життя пацієнтів особливо проблематичним моментом є оцінка при наданні першої медичної допомоги. М. Робінс у дослідженнях оцінки якості життя при наданні першої медичної допомоги виокремлює три цілі [116]:

- виконання оцінки якості життя пацієнтів для цілі описових груп пацієнтів. До тих досліджень включають різні мірники, які дозволяють оцінити частоту таких аспектів, як депресія, біль тощо.
- одночасний процес прийняття рішень та надання медичної допомоги. В цьому випадку оцінка якості життя пацієнта є важливим критерієм для лікаря в прийнятті рішення.
- вимірювання якості життя використовується як індикатор якості та ефективності медичної допомоги, що була застосована.

Проблема якості життя пацієнтів повинна бути взята до уваги в сфері охорони здоров'я на етапі оцінки потреб здоров'я нації та планування їх задоволення. Кларк і Мелсон [69] докладно аналізують це питання, звертаючи увагу на три компоненти моделі оцінки медичних потреб:

- проблеми зі здоров'ям місцевого населення в межах певної території, ідентифіковані на основі епідеміологічних і демографічних даних;
- проблеми фінансування системи охорони здоров'я в обсязі, необхідному для отримання позитивних результатів лікування;
- проблеми "власної перспективи" (у даному випадку – задоволення її) як для користувачів послуг (пацієнта, родини), так і для осіб, що займаються плануванням, організацією і реалізацією надання медичної допомоги (медичний персонал, адміністрація і т.д.) [69].

Розгляд такого широкого спектру потреб в області охорони здоров'я в процесі їх оцінки і планування сприяє врахуванню якості медичних послуг з точки зору пацієнтів ("споживачів"), але при умові, що ефекти періодично перевіряють на якість. Існує потреба в контролі за якістю, його результати повинні бути відображені у спеціальних рапортах та звітах.

Якість охорони здоров'я, що враховує якість життя пацієнта, вимагає чіткого позиціонування в системі охорони здоров'я. Існує потреба в визначенні відповідальних за дотримання критеріїв якості. Ними можуть бути місцеві органи влади, адміністрація Міністерства охорони здоров'я, медичні корпорації. Потрібен відповідний інструментарій і системи мотивації, що нагороджували б за якість систему охорони здоров'я. До потреб варто віднести вироблення систем моніторингу та контролю за якістю, збільшення значення ролі пацієнтів у процесі прийняття рішень.

Статус здорової нації залежить від багатьох змінних. Найбільш системно показує вплив різних змінних на здоров'я модель Лалонда в галузі охорони здоров'я. Згідно з цією моделлю статус здорової нації залежить від кількох груп чинників [115]:

- біологічних (генетичних);
- чинників середовища;
- пов'язаних зі стилем життя;
- пов'язаних із діяльністю в системі охорони здоров'я.

Канадський науковець та політик в галузі охорони здоров'я, М. Лалонд, дав оцінку кожній групі факторів і дійшов висновку, що система охорони здоров'я має вплив на розвиток заледве в кілька відсотків (рис. 1.5). Тим не

менше, погана система охорони здоров'я може порушити дію цих змінних, призвести до бездіяльності. Тому вплив системи охорони здоров'я в контексті її якості трактується як істотний чинник здоров'я.

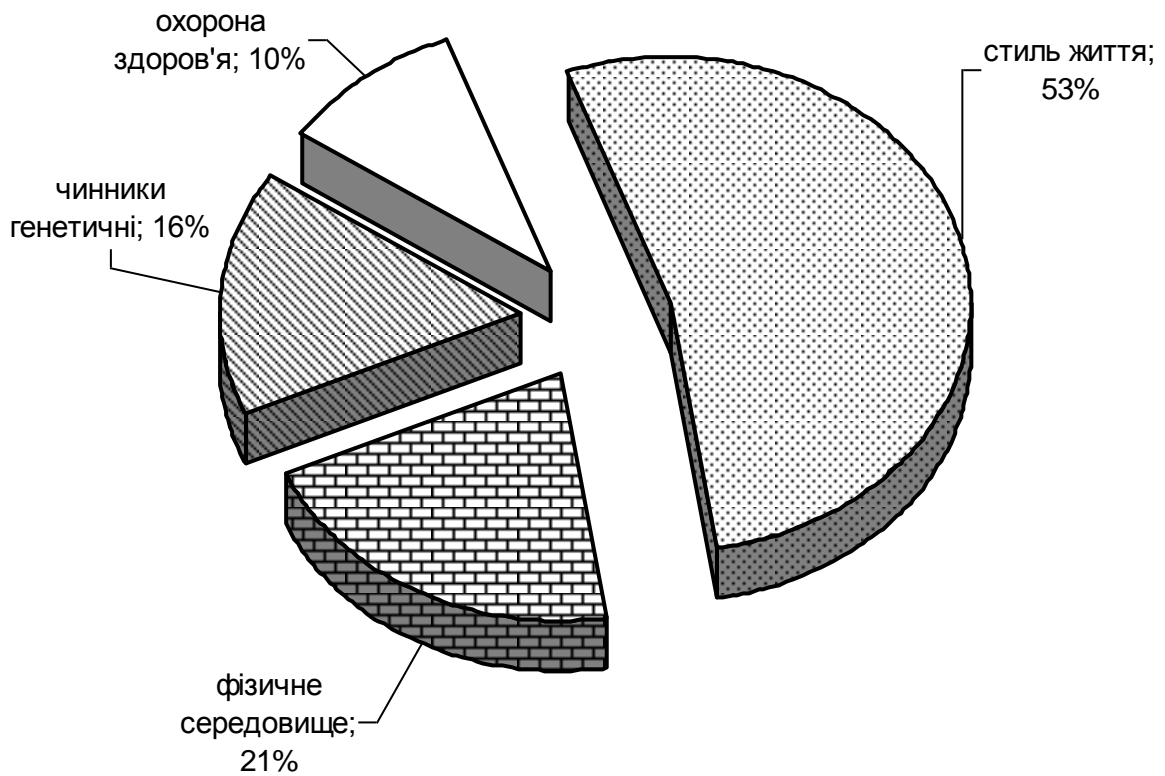


Рис. 1.5. Чинники здоров'я [115]

Найбільший вплив (53%) на здоров'я людини має стиль життя, що складається з таких елементів: фізична активність, здатність справлятися зі стресами, застосування наркотиків, алкоголю, психотропних речовин.

Фізичне середовище визначає стан здоров'я на 21%. Корисний вплив на здоров'я має чисте повітря, вода та безпечні школа, місце праці. Негативний вплив навколишнього середовища стається в результаті його деградації, іонного випромінювання, шуму чи біологічних чинників.

На здоров'я людини у 16% впливають генетичні чинники, а найменший вплив (10%) має охорона здоров'я, її структура, організація, функціонування чи доступність до якісних медичних послуг. Зрозуміло, цих 10% – це також та діяльність медицини, яка нічим іншим не може бути замінена.

Оскільки перших три чинники пов'язані з меншими затратами, ніж служба здоров'я, можна припустити, що вони відображають головні засади. Подібно і в самій медицині: суспільні видатки були б набагато меншими, якби окремо спрямовувалися засоби на профілактику.

В ефективній системі охорони здоров'я, що базується на високій якості медичних послуг, повинні бути присутні:

- надійний, розумний та дієвий страховик (страхова компанія), котрий представляє пацієнта;

- організація лікувальної установи, що надає медичні послуги, її відповідний спосіб фінансування, шляхом покриття витрат на надані послуги страховою компанією за застрахованого пацієнта.

Важливим доповненням до ефективної системи охорони здоров'я повинна бути її гнучкість, тобто можливість еволюційних змін, які можуть виявитися необхідними для забезпечення кращого функціонування даної системи. При цьому не можна підривати її основу, шкодити медичним установам, страховим компаніям та пацієнтам під прикриттям глибинної реформи.

Кожна система охорони здоров'я є продуктом певної визначеної політики охорони здоров'я. Саме політика визначає цілі і характер цієї системи, ефективність і вартість її експлуатації, створює інституціональну форму завершення однієї з найважливіших цінностей у житті людини, якою є здоров'я, значною мірою впливає на якість і тривалість нашого життя, його безпеку. Роль політики охорони здоров'я як для цілого суспільства загалом, так і для кожного її члена зокрема визначальною. Тому так важливо, аби заходи цієї політики провадилися системно, планомірно.

Ефективне функціонування системи гарантує результативне функціонування медичних закладів, серед критеріїв якого – якість наданих послуг. З іншого боку, за умови надання медичних послуг на високому якісному рівні, покращується стан здоров'я як окремо взятого консумента, так і цілої популяції.

В ефективній системі охорони здоров'я, підкреслимо, здоров'я є однією із соціальних цінностей, пов'язаних з витратами. На утримання вказаної системи йдуть засоби як економічні, так і позаекономічні. Прикладом можуть бути чинники середовища і стилю життя. Інакше кажучи, при прийнятті рішень стосовно впровадження технологічних і економічних змін, повинні братись до увагу прогнозовані вплив цих змін на людське здоров'я (*health impact assessment*). Коли між запропонованими початковими цілями існує конфлікт, здоров'я має бути пріоритетом, якому підпорядковуються інші цілі. Таким повинен бути вибір завжди при прийнятті всіх тих рішень, котрі впливають на здоров'я, незважаючи навіть на той факт, що вплив його може бути безпосереднім.

Здоровий стиль життя є одним із найважливіших чинників статусу здорової популяції (модель здоров'я Лалонда). Для його пропагування потрібна співпраця із засобами масової інформації, закладами освіти, працедавцями і лікарями. Для координації багатьох суб'єктів, що працюють на здорову державу необхідна відповідна регуляція і мотивація. Лише тоді укоріниться ідея співвідповідальності за власне здоров'я, котра поки що залишається тільки декларацією. При відповідальному здоровому вихованні громадян і пацієнтів ефективність системи охорони здоров'я буде вищою.

Дія здоров'я на ріст економіки відбувається через вплив на якість і кількість людського капіталу та продуктивності праці [90]. Міцне здоров'я, кваліфікація та практичні навички стають підставами особистого розвитку

кожної людини і тим самим створюють умови для економічної безпеки, збільшують впевненість у потрібності своєї праці та величині доходів. Отже, здоров'я позитивно впливає на ріст економіки в цілому [150].

У макроекономічних аналізах, що стосуються охорони здоров'я, важливе місце посідає питання участі охорони здоров'я в створенні і перерозподілі національного доходу. Охорона здоров'я впливає на суспільний добробут за рахунок збільшення обсягу видатків на охорону здоров'я. Виділення цих коштів є гарантією доброї якості медичних послуг.

У країнах, де застосовувався марксистський підхід до оцінки національного доходу, вважалося, що прибуток створюється лише в сфері матеріального виробництва. Потім, із класифікацією окремих сфер суспільної діяльності як джерел утворення національного доходу, окремо було зроблено акцент на необхідності виробництва в рамках їх предметів, трактованих як матеріальні субстрати діяльності економіки. Оскільки охорона здоров'я, що надає медичні послуги нематеріального характеру, не відповідала загальноприйнятим критеріям, вона не була визнана сферою, що примножує національний дохід. У зв'язку з цим усталилася думка, що видатки на охорону здоров'я є одним із багатьох способів суспільного споживання продукту і розглядаються як необхідне бюджетне обмеження, котре негативно впливає на процеси акумуляції і загальний рівень добробуту.

В результаті впливу сучасної західної економічної думки суттєво переглянуті поширені раніше погляди на питання створення національного доходу. Перш за все, послуги визнано рівнозначними продукуванню матеріальних благ, сфері створення та примноження національного багатства. Отже, діяльність у царині системи охорони здоров'я однозначно кваліфіковано як істотний сегмент економічної діяльності, що виробляє значну частину національного доходу окремих країн.

Україні необхідно усвідомити, що здоров'я виступає істотним чинником розвитку економіки, тому варто розглядати видатки на охорону здоров'я як інвестиції в людський капітал, а не лише як обтяжливий елемент соціального благополуччя. Необхідно зауважити, що видатки на охорону здоров'я мають двоїстий характер: споживчий та інвестиційний.

Варто зазначити зміну поглядів на роль охорони здоров'я у створенні суспільного продукту, яка є результатом аналізу економіко-соціальних явищ. У європейських країнах згадані послуги – це важлива сфера економічної діяльності, які долучається до примноження соціального добробуту.

Беручи до уваги той факт, що мірником економічного росту є показник національного продукту бруто (ВВП), аналіз ролі охорони здоров'я в процесі створення національного доходу можна розпочати від дослідження її впливу на згаданий показник. При цьому національний продукт бруто (ВВП) можна розрахувати за допомогою трьох різних методик, котрі передбачають сумування продуктів, доходів чи видатків.

Враховуючи все вищезазначене, можемо прийняти, що охорона здоров'я виступає тією сферою, що робить свій внесок у ВВП. Приходимо до такого



висновку із врахуванням таких тверджень (із врахуванням методу обрахунку ВВП):

- факт надання медичних послуг;
- генерування доходів від надання медичних послуг;
- видатки на придбання медичних послуг, що надаються державними і приватними установами.

Зрозуміло, що аналіз макроекономічного впливу охорони здоров'я на проблему створення соціального забезпечення не може бути зведений тільки до її ролі у створенні ВВП. Вплив охорони здоров'я на економічний і соціальний розвиток значно ширший, ніж сам по собі результат простого вимірювання вартості послуг, що надаються, чи величини створених доходів. З іншого боку, варто пам'ятати, що показник ВВП є спрощеним показником, який не приймає до уваги низки істотних величин стосовно якості та рівня розвитку життя суспільства.

Охорона здоров'я сприяє розвитку різних сфер економічної діяльності, які суттєво долучаються до створення національного доходу. Прикладом може служити фармацевтична промисловість, виробництво медичного обладнання та косметична промисловість.

Охорона здоров'я має велике значення для ринку праці, де в умовах сучасної економіки працевлаштована значна частина населення. Одночасно, виступаючи однією зі сфер, що найбільш стрімко розвиваються в сучасній економіці, сприяє створенню значної кількості робочих місць. У зв'язку з цим можливість впливу охорони здоров'я на економіку є багаторазовою через спектр додаткових чинників. Серед них ватро згадати обмеження рівня безробіття та вплив на розмір сукупного попиту як результативний вимір доходів у сфері охорони здоров'я.

Варто зазначити, що роль охорони здоров'я не може зводитися виключно до надання медичних послуг. В її рамках проводиться просвітницька, наукова та дослідницька діяльність, де теж повинен відстежуватися якісний характер.

#### **1.4. Особливості маркетингу медичних послуг крізь призму якості**

Виділення здоров'я у фінансову категорію зумовлене тим, що галузь охорони здоров'я існує за рахунок бюджетів, котрі формуються в залежності від стану здоров'я людей. Хоча здоров'я за своєю природою не має ні товарного, ні грошового вираження, воно високо цінується людьми. Як наслідок, відбувається приплив грошових ресурсів у систему охорони здоров'я з метою відновлення та підтримки на належному рівні стану здоров'я. Виходячи із зазначених фактів, логічно вказати на існування затратного механізму в галузі охорони здоров'я, що є ще одним підтвердженням взаємозв'язку з фінансами.

Усі згадані аргументи доводять необхідність існування ринку медичних послуг. Основою будь-якого ринку є ціни, що підтверджують бажання та

можливість покупців придбати той чи інший вид товару. Формування певної цінової ситуації на ринку відбувається під впливом попиту, котрий є основою для виділення різних категорій споживачів залежно від їхньої купівельної спроможності. Так, частина людей, маючи відповідні статки, може собі дозволити використовувати медичні товари чи послуги високої якості. Це, в свою чергу, дозволяє вивільнити місце для малозабезпечених верств населення, видатки на медичне обслуговування яких має взяти на себе держава. Остання повинна чітко визначити вікову та соціальну групу людей, їх кількість із метою проведення розрахунків для повномасштабного забезпечення так званим "пакетом медичних послуг". Тобто, державні заклади охорони здоров'я надаватимуть цим категоріям комплекс безкоштовних медичних послуг. Решта ж населення буде підбирати собі лікувальні заклади за відповідними критеріями (рівень медичних послуг закладу, їх вартість тощо). Це певним чином сприятиме формуванню конкурентоспроможного середовища у сфері медичних послуг.

Функціонування охорони здоров'я України в умовах ринку передбачає розробку відповідної соціально-етичної маркетингової стратегії медицини. Саме визначення стратегії дасть можливість для досконалого вивчення потенційних клієнтів, які формують попит на даному ринку. Добре продумана маркетингова концепція, на нашу думку, повинна поширюватися не лише на окремі лікувальні заклади, а й містити схему комплексної їх співпраці (рис. 1.6).

У контексті вищезазначеної співпраці однією з її ланок бачиться медико-юридична асоціація, сфера діяльності якої поширюється на захист прав як споживачів медичних послуг, так і самих лікувальних закладів (зокрема лікарів).

Запровадження інституту сімейного лікаря в Україні сьогодні відбувається досить повільно, оскільки, процес наштовхується на фінансові перешкоди. Держава зі свого боку робить, на жаль, незначні кроки в підтримці інституту сімейного лікаря.

Завершивши навчання в медичних закладах, більшість інтернів прагнуть знайти роботу власне у місті (хоча переважна їх більшість – це вихідці з сільської місцевості). Таке рішення зумовлене не прагненням отримати престижне місце праці, а здебільшого викликане бажанням отримати стабільність. Вважаємо за необхідне запустити дієву програму підтримки і розвитку інституту сімейного лікаря. Належне забезпечення лікарів медичною апаратурою, окремо виділеними та обладнаними приміщеннями дасть змогу випускникам медичних закладів отримати можливість сталого місця роботи та самореалізації як фахівців. Зрозуміло, що всі ці дії мають супроводжуватися належною оплатою медичного персоналу із врахуванням місця їх праці (доплата за роботу в сільській місцевості). Такі дії не лише знизять рівень безробіття серед медичних працівників, але й створять середовище для здорової конкуренції. Це, в свою чергу, повинно відобразитися на підвищенні рівня якості медичних послуг.

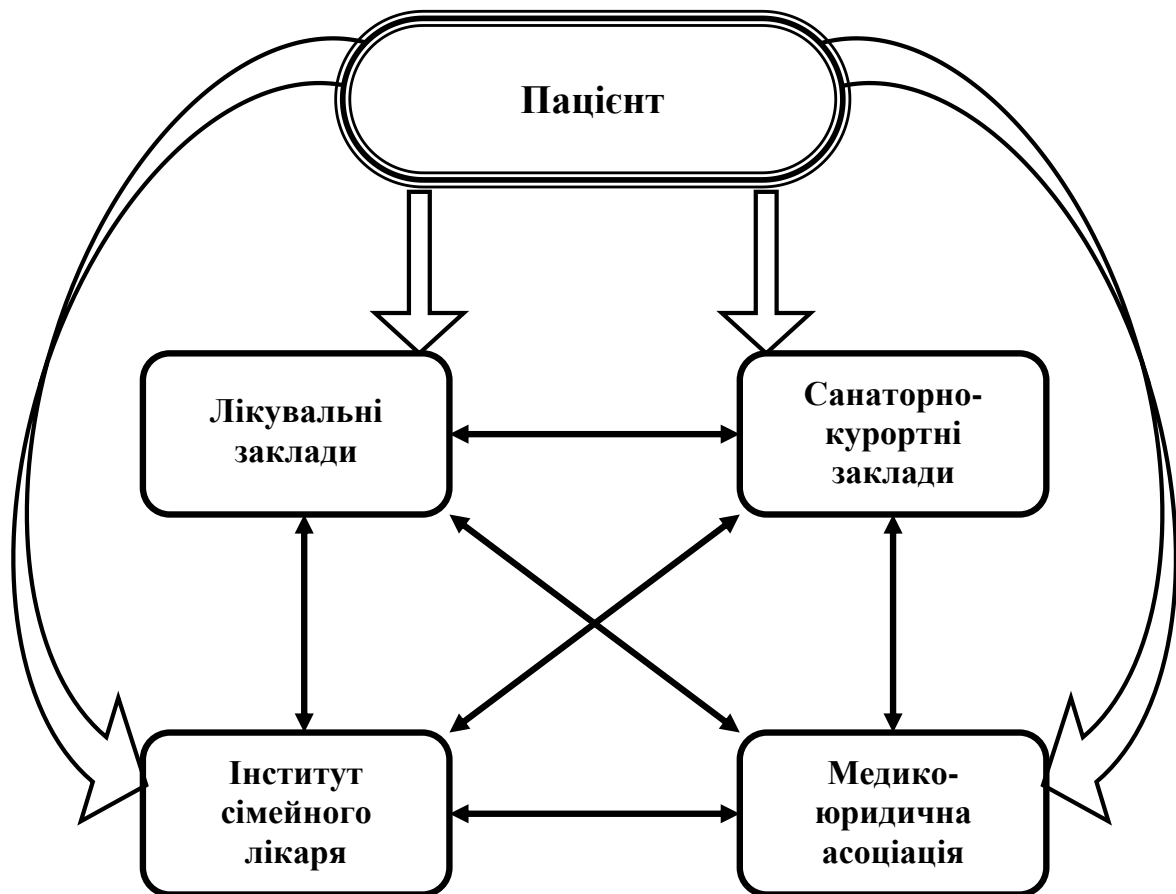


Рис. 1.6. Схема співпраці медико-лікувальних закладів із пацієнтом

На сьогоднішній день в Україні, на жаль, конкуренції на ринку медичних послуг немає або ж вона незначна. Спробуємо проаналізувати ситуацію більш детально.

В умовах планової економіки питання якості наданих медичних послуг мало значення в кількісному контексті. Тобто бралася до уваги кількість хворих, що обслуговувалися в поліклініках, або ж розраховувався ліжковий фонд для лікарень, який був не об'єктивно завищеним. Це призводило до збільшення видатків на фінансування хворих, що перебували на стаціонарному лікуванні. Разом із тим, значна увагу приділялась таким медичним показникам, як смертність, народжуваність та зараження при перебуванні у лікарні. Однак така турбота про вищезгадані показники мала і негативні наслідки. З метою зниження показників рівня смертності в лікарнях безнадійних хворих виписували померати додому. Така практика, до речі, існує дотепер. Кожен смертельний випадок розглядався окремо і ретельно. Хоча винуватців викривали, проте кардинальних мір впливу до них не застосовували (зокрема позбавлення можливості займатися лікарською практикою).

Ситуація, котра склалася в медицині станом на сьогоднішній день, є критичною та нестабільною. З одного боку, медикам дісталися у спадок застарілі лікарняні комплекси та медичні технології, існує брак фінансування

галузі. З іншого, медики роблять спроби вийти за межі державних закладів та надавати послуги приватно.

Брак фінансування ставить під загрозу існування як галузі загалом, так і кожного її напрямку зокрема. Держава не готова проводити дофінансування в обсязі, потрібному для повноцінного функціонування. Тоді постає питання про джерела фінансування.

Відповідь на дане питання криється у нагальній потребі реформування чинної системи охорони здоров'я. Реформування наявної системи охорони здоров'я повинно виходити із засад конкурентоздатності лікувальних закладів, фінансування яких буде відбуватиметься на основі контрактів на медичне обслуговування населення. Відповідні кошти мають отримувати ті лікувальні заклади, котрим люди довірятимуть та надаватимуть переваги (за результатами обслуговування). Можна, звичайно, поставити під сумнів можливість здійснення такого відбору медичних закладів, однак він має ґрунтуватися виключно на об'єктивних оцінках із застосуванням визначених інструментів (про які йдеться у наступних розділах). Така методика вже пройшла успішно апробацію в європейських країнах, що дає нам можливість перейняти позитивний досвід із відповідною адаптацією до українських реалій.

При функціонуванні повноцінного конкурентного середовища, санітарно-курортні заклади будуть виступати в ролі окремих підприємницьких структур (цей процес вже розпочався), і їхня діяльність буде спрямована на щоденне покращення якості обслуговування пацієнтів. Остання виступає дуже важливим фактором для підвищення власного іміджу санітарно-курортними закладами та збільшення кількості відвідувачів.

Враховуючи вищенаведені аргументи та наявну практику, варто зауважити потребу існування ринку медичних послуг. При цьому особливу увагу необхідно приділити всім згаданим аспектам, які сприятимуть повноцінному функціонуванню такого ринку.

Маркетинг медичних послуг для України є новим поняттям. Практичною засадою створення концепції маркетингу медичних послуг є модель 4P (product, price, promotion, place), котра потребує певної корективи у вигляді трансформації в три елементи: люди, процес, обслуговування пацієнта. Поєднання всіх цих елементів відбувається здебільшого в медичних закладах.

Відповідно до Проекту Закону України "Про заклади охорони здоров'я" останні "...створюються та здійснюють свою діяльність з метою реалізації права громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування відповідно до Конституції України та законодавства України про охорону здоров'я" [30].

Іншими словами, медичні заклади займаються лікуванням пацієнтів із врахуванням попередньо встановленого діагнозу. Термін "лікування" означає прийняття заходів для досягнення терапевтичної мети: відновлення здоров'я, продовження життя населення, зменшення страждань тощо.

Реалізація кожної з зазначених цілей може вимагати іншого лікування, особливо в ситуації хвороби, що прогресує. Пацієнт як об'єкт діяльності має право до визначення власної мети, що окреслюватиме схему лікування.

Умова здійснення свідомого вибору хворим методики лікування – наявність інформації не лише на тему стану здоров'я, але і недоліків та потенційних ризиків терапії. Встановлення характеру захворювання, ступеню його важкості і можливих сценаріїв подальшого розвитку дає можливість пацієнту визначити власні очікування. Пацієнт і лікар часто пробують відкласти важку розмову про можливий сценарій смерті. Коли та наближається, з кожним днем розпочати таку розмову стає складніше, сили в хворого зменшуються, що унеможливорює прийняття будь-яких практичних рішень.

Терапію можна вважати ефективною у випадку, коли застосовані засоби не дають шансів на досягнення встановленої мети або ж коли встановлена медиками мета перевищує мету самого хворого.

Обидві ситуації стосуються пацієнтів в передсмертному стані. Прикладом можуть бути пацієнти в стані кардіогенного шоку, що розвинувся на основі хронічної серцевої недостатності. Таких хворих приймають до відділень інтенсивної терапії та надають їм максимальну фармакотерапію. Хоча більшість із них помирає, часом вдається вивести пацієнта із такого стану і навіть виписати додому. Якщо пацієнт переживе загострення, то через деякий час знову повернеться до лікарні.

Вибір якості життя як мети лікування дозволяє використовувати методи лікування для зменшення болю, навіть якщо вони не тільки не знижують ризик смерті, але можуть його підвищити.

У практиці існує поняття "наполегливої терапії". Вона застосовується, коли смерть неминуча, а терапія радше сприяє смертності, ніж життю. Варто розділити процеси підтримки життя та продовження агонії. Особливо це стосується пацієнтів, що страждають на хронічні захворювання, тут ситуація є складнішою, ніж в онкологічних хворих. Перебіг онкологічних захворювань досить стрімкий і тому прогнозований.

Людина як автономна одиниця має право визначення власної позиції щодо продовження життя (здебільшого стосується питання підтримки життя). Важливим моментом є прийняття медиками права хворого до суб'єктивної оцінки якості життя та визначення межі терапії.

Різниця між прийнятою хворим якістю життя і терпінням (яке не у всіх однакове) буває дуже дискретною.

Дискусія стосовно наполегливої терапії готує нас до можливості вибору. Хворий, усвідомлюючи власне право на відмову від лікування, може уникнути надмірного терпіння. Медики можуть уникати лікування з позиції примусу пацієнта.

У кінцевому результаті необхідно пристосувати мету лікування до очікувань хворого із врахуванням наближення його смерті. Тут важливим буде добра комунікація з родиною та колективом медичних працівників. Такий

діалог повинен розпочатися набагато раніше, ніж в останні години життя пацієнта. Доречним у цій ситуації буде виконання бажання хворого щодо очищення власного сумління згідно з його віровизнанням.

Медичну послугу можна вважати повноправним маркетинговим продуктом. Підтвердження цьому – отримані користі у вигляді покращення здоров'я.

Автори М. Войда та Д. Погорзелска [162] вважають, що медична послуга має три рівні (рис. 1.7):

- базовий;
- основний;
- стратегічний.

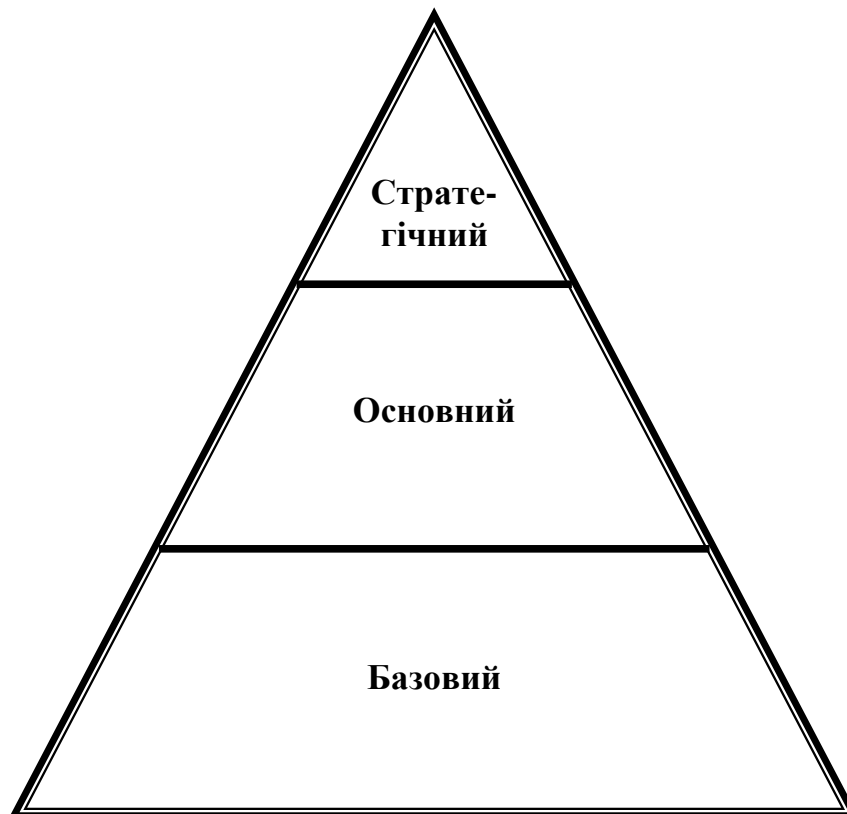


Рис. 1.7. Структурні рівні медичних послуг як маркетингового продукту [162]

Перший, базовий рівень складається зі спектру медичних послуг, що задовольняють низку проблем, пов'язаних зі здоров'ям (таких, як угамування болю тощо).

Другий рівень включає в себе медичні послуги, що характеризуються додатковими особливостями, які очікує пацієнт (імідж лікувального закладу, ефективність лікування, компетенція медиків і т.д.).

Стратегічний рівень зорієнтований на пошук нових пацієнтів, демонстрацію переваг медичного закладу перед конкурентами (контроль за станом здоров'я пацієнтів, високий технологічний рівень надання послуг).

Упровадження тематики підприємницької діяльності в системі охорони здоров'я має ряд позитивних моментів. Так, П. Друкер [78] вважає, що

підприємницька діяльність є ознакою – способом поведінки підприємця і підприємства, через яку розуміється готовність та здатність до викриття та творчого, інноваційного вирішення проблем при усвідомленні ризику, вмінні використовувати шанси, що з'являються, та еластичному пристосуванні до змін.

Виходячи із вище запропонованого, спробуємо ідентифікуємо підприємницьку діяльність у системі охорони здоров'я як вид діяльності (активності) індивідуальної чи діяльності лікувального закладу, що полягає в задоволенні наявних потреб на ринку медичних послуг (за допомогою актуальних знань, вмінь та різного роду інновацій) та приносить економічні й позаекономічні ефекти.

Якщо економічні ефекти розраховуються в обсязі отриманого прибутку від надання медичних послуг, то позаекономічні мають свою специфіку. Так, до позаекономічних ефектів варто зараховувати факти якщо не повного одужання, то покращення стану здоров'я (в залежності від виду захворювання). У позаекономічному ефекті відстежується причинно-наслідковий зв'язок. Що більша кількість людей буде здоровою (в міру можливостей), то більше осіб перебуватимуть на своєму робочому місці, продукуючи матеріальні і нематеріальні блага, що спричинить підвищення надходжень як у власні бюджети, так і до казни держави (у вигляді різних податків та відрахувань). З упевненістю можна стверджувати про зацікавленість як індивідумів, так і держави в постійному покращенні здоров'я та його профілактиці (рис. 1.8).

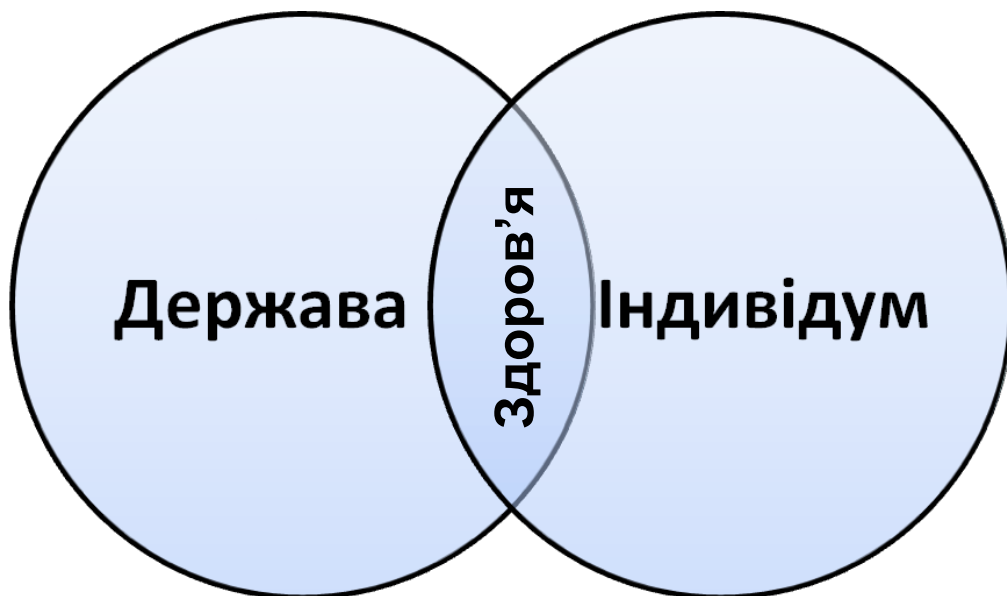


Рис. 1.8. Взаємодія чинників у процесі формування здоров'я

Для стимулювання співпраці для досягнення кінцевого ефекту – здоров'я (зацікавленість у цьому обох сторін доведена нами вище) необхідно запровадити дієву програму його профілактики. Очевидно, що в Україні рівень профілактики захворювань знаходиться на досить низькому рівні.

Відповідальність при цьому лежить як на державі, так і на індивідах зокрема. Однак створення примусового механізму профілактичних оглядів раз на шість місяців може неодмінно дати позитивний ефект. Особа не лише впевниться у задовільному стані здоров'я, але й буде мати можливість переконатися в точному підборі медиками методики лікування у випадку необхідності, з огляду на динаміку розвитку хвороби. Держава отримає ефект покращення стану здоров'я людей та зменшення видатків на різного роду захворювання, рівень яких суттєво знизиться завдяки профілактичним оглядам. Однак при всьому цьому існує небезпека руйнування корисних починань через формалізацію та бюрократизацію процесу профілактичних оглядів з боку лікарів. Щоб уникнути небажаних результатів, необхідно постійно контролювати та моніторити процес надання послуг (особливо профілактичних оглядів).

Враховуючи все вище зазначене приходимо до висновку про неминучість реформування чинної системи охорони здоров'я, що збільшило б можливості вибору пацієнтом медичних послуг з погляду якості. Низька якість медичних послуг стане підставою для суттєвого зменшення кількості медичних закладів.

Завдання держави на сучасному етапі полягає у створенні необхідних умов для починання та розвитку всіх форм підприємницької діяльності в системі охорони здоров'я. Тільки тоді система, що діє на комерційних засадах, зможе раціонально функціонувати.

Дієвість та прогнозований успіх функціонування медичних закладів можна досягнути шляхом надання медичних послуг високої якості. При цьому вагомим фактором стане вміння відрізнятись від наявних конкурентів на ринку медичних послуг.



## РОЗДІЛ 2

### ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

#### 2.1. Генеза квалітології

У сучасних умовах господарювання європейські країни важливого значення приділяють якості та управлінню. Увага до даних аспектів викликана:

- різнотипністю трактування поняття якості в умовах конкурентної боротьби на міжнародних ринках;
- можливістю підвищення стану національної економіки шляхом вдосконалення наявної технології, продукції та якості праці;
- кількісним збільшенням товарів та послуг на ринках, насиченістю ринків стандартними товарами (послугами), підвищенням фінансової спроможності населення, що сприяють підвищенню вимог до їх якості;
- потребою збереження екології, економії обмежених ресурсів;
- інформаційною революцією, де якість виступає певною мірною шкалою.

Одним із перспективних напрямків досягнення високого рівня якості є запровадження до системи охорони здоров'я систем показників якості, що вже успішно було апробовано в практиці європейських країн. Зрозуміло, що впровадження тієї чи іншої системи пов'язане із низкою технічних аспектів. Тому передусім необхідно визначити ефективність такого процесу. Для цього варто застосувати методологію та інструментарій такої науки як квалітологія, котра займається моделюванням якісних систем. Основоположником указаної науки був Р. Колман [109].

Загалом, квалітологія представляє собою знання з питань якості, в різних проявах життя. Існує декілька галузей квалітології (рис. 2.1).

**Квалітосистематика**, або систематизація якості займається впорядкуванням питань, що стосуються якості. Разом із тим до цієї субсистеми відносять питання підпорядкування та стандартизації термінології, яка застосовується в різних галузях знань про якість чи суміжних із нею областях.

**Квалітогенезис** представляє собою історію якості. Ця галузь займається дослідженням виникнення та розвитку проблематики якості в різних галузях знань, їх обґрунтованим узагальненням.

**Квалітографія** покликана описувати різні прийоми та якісні зміни, облікувати якісні фактори, складати список потреб та очікувань якісних ефектів.

**Квалітометодика** займається методами розпізнання якості, алгоритмами прояснісних діянь, рекомендаціями щодо різноманітних питань стосовно якості.



Рис. 2.1. Галузі квалітології

**Квалітоверистика** охоплює дослідження здатності відтворення якісних станів різними кількісними методами, а також підбір критеріїв якості, застосовуваних до певних потреб. Галузь також займається пошуком потреб, математичних функцій для визначення рівня різновидів якості.

**Квалітономія** – це дослідження якості, що стосуються якісних змін та їхніх причин.

**Квалітокібернетика** – це контроль за якістю чи її забезпеченням. Використовуючи досягнення кібернетики, галузь створює раціональні системи контролю за якістю.

**Квалітопрогностика** прогнозує досягнення можливого рівня якості за певних умов і займається пошуками нових напрямків розвитку квалітології.

**Квалітодукція** включає в себе впровадження результатів, різні види проякісної діяльності, дослідження і аналіз якості з урахуванням ефекту та необхідних затрат тощо.

Теорія якості опирається на певні галузі знань (рис. 2.2).

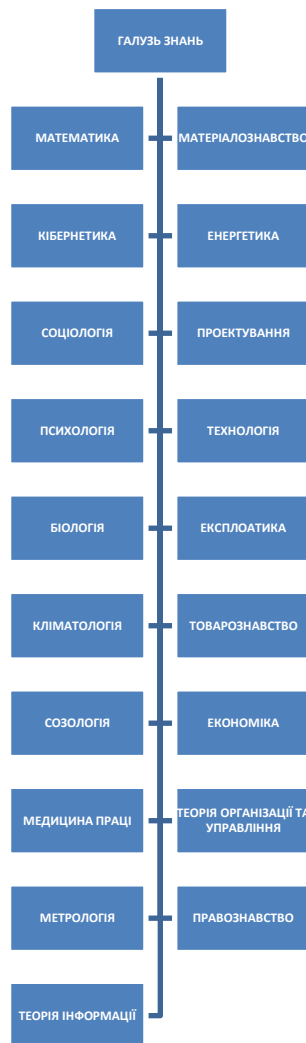


Рис. 2.2. Галузі знань, на яких ґрунтується теорія якості

За допомогою **математики** створюються моделі макетів для різних об'єктів і процесів, виводяться формули взаємозалежності якісних змін.

**Кібернетика** допомагає створювати структури систем і підсистем контролю за якістю.

**Соціологія** займається дослідженнями якості життя різних суспільних груп та їх соціологічних критеріїв.

**Психологія** використовує елементи ефективної мотивації діяльності в контексті визначення психологічних критеріїв життя.

**Біологія** проводить дослідження оптимальних умов реалізації життєвих процесів різних біологічних організмів та встановлює біологічні критерії якості.

**Кліматологія** вивчає вплив кліматичних умов на якість діяльності та праці, встановлює кліматологічні критерії якості.

**Созологія** встановлює зв'язки охорони навколишнього середовища з якістю життя, встановлює созологічні критерії якості.

**Медицина праці** досліджує залежність здоров'я від виробництва і використання технічних засобів, встановлює відповідні критерії якості здоров'я.

**Метрологія** опікується вдосконаленням методів вимірювання умов і критеріїв якості устаткування для контролю за якістю виробів.

**Теорія інформації** встановлює засади оптимального обігу інформації в системах контролю за якістю, розробляє інформаційні критерії якості.

**Матеріалознавство** досліджує основи підбору бажаних властивостей сировини і матеріалів, представляє матеріальні критерії якості життя.

**Енергетика** складає основу раціонального використання енергетичних засобів, встановлює енергетичні критерії якості.

**Проектування** це елементи високоякісного проектування, критерії сучасних об'єктів та технічних процесів, представляє критерії якості конструкції.

**Технологія** досліджує засади створення виробів бажаної якості, розробляє критерії виправлення технологічних об'єктів та процесів.

**Товарознавство** виконує тестування продуктів та досліджує наукове підґрунтя раціонального контролю якості в торгівлі, встановлює товарознавчі критерії якості.

**Теорія організації і управління** представляє наукові засади організації контрольних систем якості і управління ними.

**Правознавство** створює юридичні підстави для проякісної діяльності та нормалізації питань, що стосуються якості.

Враховуючи вищезазначене, приходимо до висновку про те, що квалітологія є тією міждисциплінарною, мультипарадигмальною системою, яка змінює і гармонізує усі досягнення в царині проблем якості.

Характеристика квалітології вказує на її вагоме значення для наукової та практичної діяльності. Наявні умови розвитку та досягнення даної науки підтверджують перспективи її застосування в подальших дослідженнях, пов'язаних із якістю. Зокрема, квалітологію можна застосовувати при вивченні діяльності людини завдяки особливим функціям науки. Так, А. Хамрол і В. Мантура виділяють такі функції квалітології:

- семантичну;
- діагностичну;
- прогнозування;
- класифікаційну;
- проектування;
- рішення;
- оптимізаційну;
- стимуляційно-мотиваційну [91].

Варто зазначити, що згадані автори вважають, що найбільш синтетичною та універсальною функцією квалітології є інформаційна, що призводить до створення різного роду моделей. Останні можуть утворюватися

під час пізнання предметів (пізнавальна інформаційна функція) та їх вивчення (креативна інформаційна функція).

Таким чином, основною функцією квалітології можна вважати інформаційну, погодившись із А. Хамролом та В. Мантурою. В свою чергу, інформаційна функція реалізується у двох проявах:

- пізнавальному;
- креативному.

Інформаційна пізнавальна функція включає в себе функції: семантичну, діагностичну, прогнозування та класифікаційну.

Інформаційна креативна функція містить такі аспекти: проектування, рішення, оптимізації та стимуляційно-мотиваційна.

Одним із напрямків квалітології є так звана інженерна якість, котра спирається на єдину (щодо вартості), універсальну (в застосуванні) шкалу відносних станів (рис. 2.3) [110].

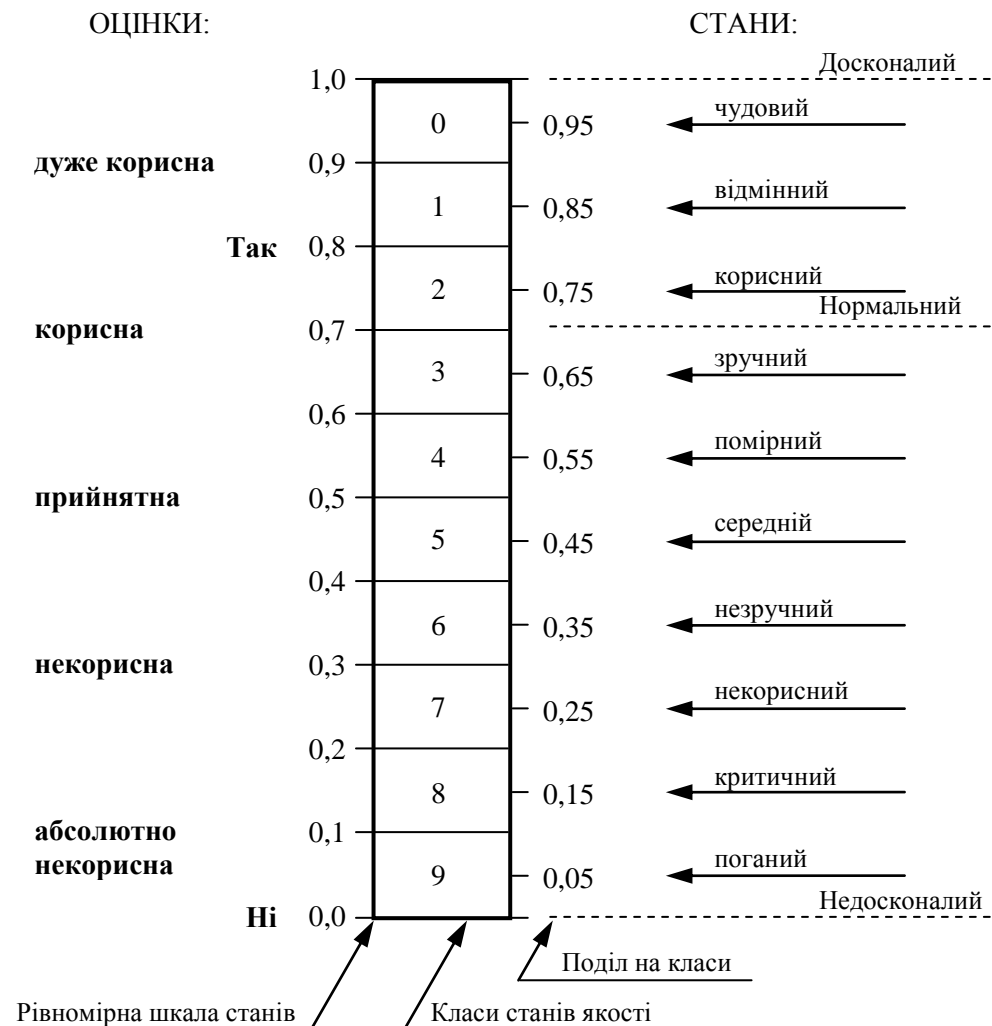


Рис. 2.3. Універсальна шкала відносних станів [110]

Універсальна шкала відносних станів повинна застосовуватися в усіх розрахунках та оцінках рівня якості з використанням принципу відносності. В загальному розумінні, клас якості – це якісні властивості досліджуваного

предмету. Деякі країни Європи практикують поєднання класу якості із знаками якості.

У методиці якості, класи якості розглядаються як сукупність чисельно рівних предметів, що межують та виконують цілий спектр шкали відносних станів (рис. 2.3). Варто зазначити, що класи якості дозволяють ідентифікувати отримані результати.

На практиці умовно приймається, що 0-му класу відповідає найвищий рівень якості, а найнижчий – відповідно 9-му класу. Застосування системи класів якості полегшує сегрегування виробів, що мають різні рівні якості, ця система може бути також застосована й у сфері медицини.

Згідно з твердженнями Р. Колмана [110], критерії якості повинні відповідати певним вимогам:

- бути компактними і мати однозначну назву;
- не можуть бути предметами тотожними чи близькими за значенням;
- у прийнятому складі, в міру можливості, критерії повинні доповнюватися;
- кількість складу критеріїв якості не повинна бути меншою за три;
- велика кількість критеріїв зменшує оперативність аналізу якості;
- у залежності від потреб, у складі критеріїв мають бути мірники призначення об'єкту чи процесу, споживчі вимоги.

Із точки зору аспектів, на яких ґрунтується аналіз якості в практиці виділяють такі групи критеріїв:

- **предметна** – вміщує критерії якості, що виникають із призначення предмету аналізу;
- **виробнича** – містить критерії, що виникають із умов виконання виробничого процесу;
- **споживча** – включає критерії, котрі виникають із продуктивності об'єктів чи ефектів процесу споживання;
- **економічна** – включає критерії, що виникають із користі економічних досягнень шляхом певного розвитку або ж специфіки об'єкту.

Окремі групи критеріїв представлені так званими "ознаками якості". Із врахуванням способу визначення їх кількісного рівня візьмемо до уваги три відмінності критеріїв якості:

- **мірні** – представляють мірні величини, що широко застосовуються мірними методиками, можуть бути також обчислені (в штуках, грошових одиницях);
- **порівняльні** – це ознаки станів, порівнювальні із так званим "еталоном". При цьому останній може вказувати на рівні станів або ж альтернативи;
- **оцінювальні** – це функції оцінювання за відчуттям того, хто оцінює.

Типи якості містять певні критерії:

- *предестинаційні* – показують пристосування предмету аналізу до реалізації завдань, які виникають і призначення виробництва чи споживання;
- *енергетичні* – описують стан величини, що виступає в кінематиці, динаміці, електриці тощо;
- *фінансові* – зазначають фінансовий стан предмету аналізу;
- *матеріальні* – окреслюють стан властивостей матеріалів;
- *геометричні* – представляють якість, яка виражається в лінійних, кутових вимірах та похідних від них;
- *часові* – описують якість, виражену часом;
- *феноменічні* – окреслюють стан предметів, що не належать до жодного із вищезгаданого;
- *сміслові* – зазначають вразливість змісту об'єктів чуттєвого сприйняття;
- *чуттєві* – підкреслюють стан відчуттів анімаційних об'єктів.

Беручи до уваги ступінь важливості критеріїв якості, диференціюємо їх у такий спосіб:

- істотні – дуже важливі критерії, котрі можуть бути використані для диференціації важливості інших критеріїв якості;
- звичайні (важливі, детальні);
- доповнювальні (істотні).

Основою базового підходу до якості є твердження про якість як категорію, що повною мірою відображає сутність представлену в певних напрямках:

- дескриптивному, що забезпечує знання про природу предмету;
- контрактивному, котре вказує на місце даного предмету серед інших та пізнання взаємозв'язку між предметами;
- аксіологічному – дає можливість здійснювати раціональне проектування, виробництво та експлуатацію штучного і природного об'єктів.

Дослідження та вивчення предметів ґрунтується на якісних підходах, яким властиві вісім засад (рис. 2.4).

Про засади антропоцентризму в інтерпретації реалій, йдеться тому, що все, що людина пізнає, творить, виробляє співвідноситься з її системою потреб, вимог та цілей. Урахування таких засад веде до накопичення знань, у першу чергу, про систему потреб і вартості людини. З огляду на потреби та цілі, розглядають специфікації вимог щодо предметів, котрі служать для задоволення даних потреб.

Дослідження системи потреб повинне відбуватися із застосуванням різних поглядів і інтерпретації потреб, вважає В. Мантура. Йдеться про [124]:

- біоцентричні, що генерують потреби з точки зору особистого виживання в природному середовищі;
- соціотехнічні – формулюють потреби в аспекті суспільних стосунків у середовищі створеної матеріальної і духовної культури;

- психоцентричні – отожднюють потреби із суб'єктивними почуттями, прагненнями і досягненнями одиниць, що формуються на підставі психічних та емоційних станів;
- економічні, що розглядають потреби у зв'язку з господарською діяльністю в виробничій сфері, сфері торгівлі і обміну.

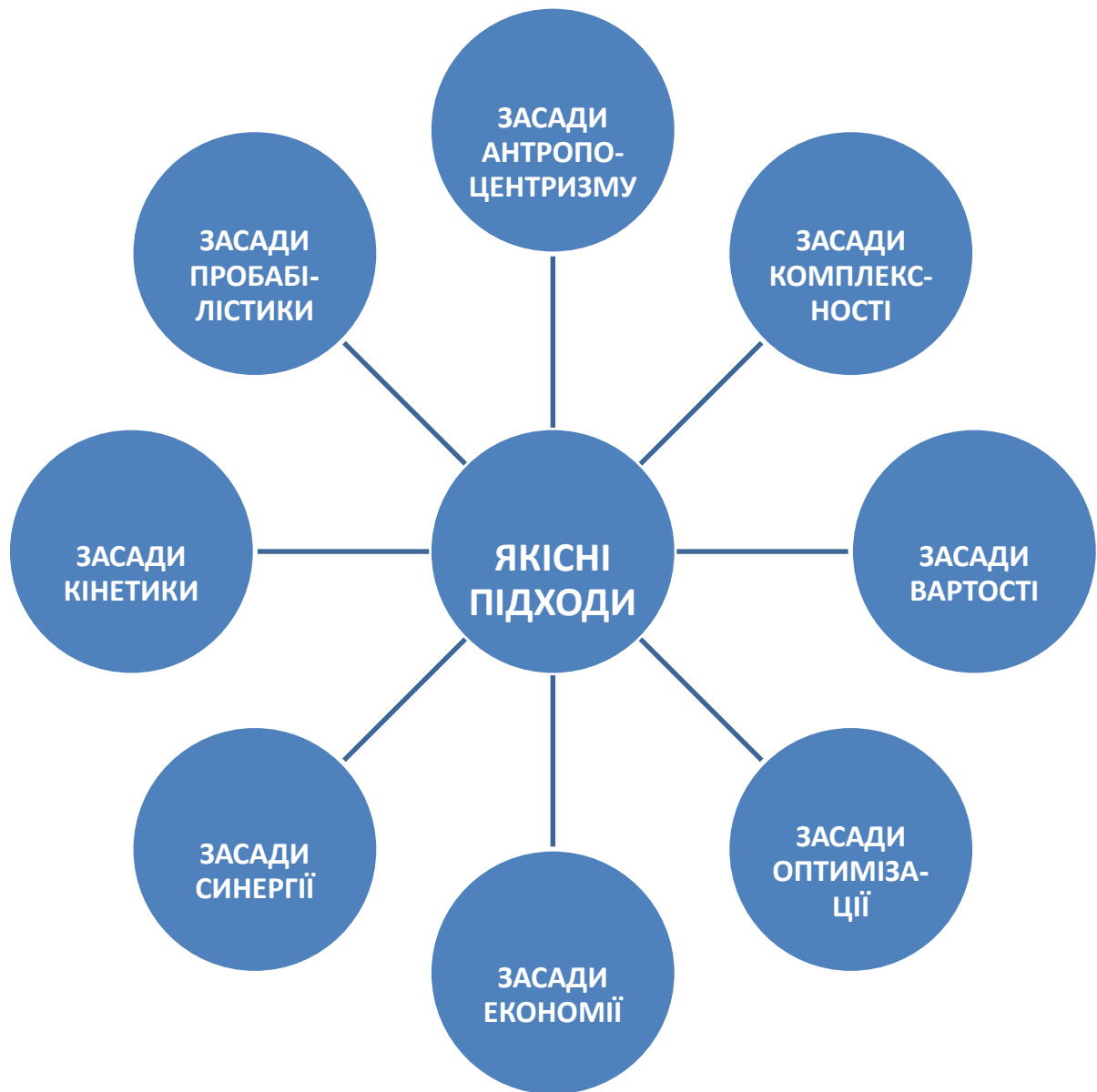


Рис. 2.4. Методичні засади якісного підходу [91]

Застосування антропоцентричної засади вимагає виконання цілого ряду завдань:

1. Дослідження суб'єктивних і об'єктивних станів, механізмів та причин їх виникнення, мотивації, що виникають із них, та цілі.
2. Створення повної ієрархії специфікації потреб.
3. Вивчення якості предметів, що відповідають опрацьованому специфікатору вимог.
4. Дослідження ефективності задоволення потреб.



## 5. Протидія негативним результатам.

Засада комплексності використовується у вигляді знань про предмети через застосування певних критеріїв. А. Хамрол та В. Мантура пропонують такі базові критерії [91]:

- процесу (часу);
- дослідний;
- предметний;
- структурний.

Поступовий розвиток застосування засади комплексності в дослідженні та вивченні якості предметів передбачає збільшення критеріїв комплексності та підвищення їх значення.

Застосування засади вартості дозволяє створити так звані різновиди моделей якості – функціональні та предметні. Джерелами інформації для створення моделей якості можуть бути різні типи норм (державні, галузеві, конкретної установи тощо).

У практиці також відомі випадки, коли за взірць якості приймається продукція конкретного виробника, визнаного лідером якості (за шкалою регіональною, державною чи світовою).

Логічним доповненням вищезгаданих засад є засада оптимізації, яка дозволяє отримати в кінцевому результаті оптимальну якість. Сутність цієї засади полягає в порівнянні допустимих розв'язків та пошуку найкращого варіанту вирішення.

Основою засади економії є дослідження стосунків, які виступають між якісними категоріями, що належать до предмету досліджень із економічними категоріями.

Застосування засади синергії полягає у передбаченні в дослідженнях якості предметів явища синергії. Явище синергії в якісному відношенні проявляється у відмінності кожного предмету. Предмети досліджуються на рівні внутрішньої структури із врахуванням складників зовнішньої структури. Дослідження та створення синергії відбувається на рівнях аналітичних, синтетичних та рівні проектування. Процедури синтезу та аналізу завжди потрібні, завдяки чому підприємство враховує реальність складності його багаторівневої структури.

Усестороннє явище зміни якості предметів в часі стало основою для застосування засади кінетики. Кінетичний підхід полягає в окресленні траєкторії і причин якісних змін. Кінетичні зміни якості утворюють хронологічно упорядковані стани якості предмету, що досліджуються.

Під впливом діянь людини стаються зміни якості натурального та штучного характеру. Перші стосуються природних змін (метеорологічних, біологічних, астрономічних і под.). Другі відбуваються під впливом діяльності людини з урахуванням природних причин. Зміни штучного характеру необхідно оптимізувати.

Засада пробабілістики знаходить все більше застосування в практиці. Вона пропагується у формі рекомендацій з використання статистичних

методів контролю та управління якістю. Використання пробабілістики важливе як інструменту розв'язку в контексті життєвого циклу продукту. При цьому на початку життєвого циклу варто провести маркетингове статистичне дослідження з метою встановлення потреб, вимог та якісних переваг, які висловлюють потенційні споживачі.

Загалом засада пробабілістики має універсальний характер коли стосується об'єктивного явища випадковості якісних змін натуральних чи штучних предметів.

Виходячи із усього вищезазначеного, з впевненістю можна стверджувати, що квалітологія як наука містить теоретичні засади, що слугують підґрунтям для управління якістю медичних послуг.

## 2.2. Сутність і загальні методи вимірювання якості медичних послуг

Світова практика управління якістю досить багатогранна та дозволяє більш ретельно вивчити особливості управлінського процесу. Розпочнемо із Е. Демінга.

Американський науковець здобув визнання в Японії за навчання менеджерів та пропагування між ними знань на тему якості. Все відбувалося в часи післявоєнної відбудови економіки. Його концепція управління якістю спирається на:

- контролі якості процесів і продуктів, що відбуваються в циклі управлінських заходів, званих "Колом Демінга";
- застосування чотирнадцяти засад в роботі керівництва підприємства (докладніше розглядаємо їх у питанні 2.3).

"Коло Демінга" містить хронологічно упорядковані дії для системи управління зі зворотним зв'язком. Це відбувається за певною схемою (рис. 2.5).

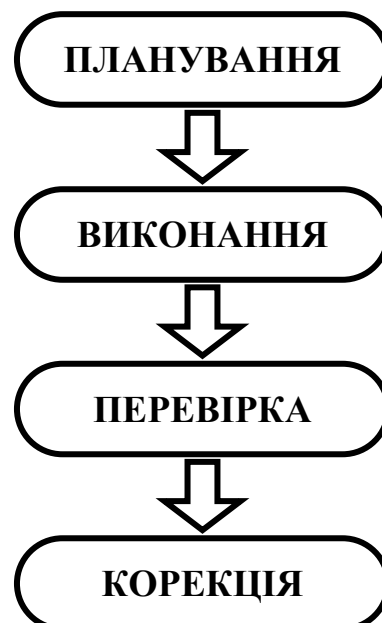


Рис. 2.5. Система управління зі зворотним зв'язком "Кола Демінга"

Дж. Юран є автором кількох відомих книг із питань контролю якості ("Quality Control Handbook", 1951, "Quality Planning and Analysis", 1970). У них дослідник ретельно розглядає можливості використання статистичних методів. Дж. Юран досліджує проблему забезпечення якості, поділяючи всю діяльність в сфері якості на дві групи:

- управлінська та економічна діяльність (загальна політика, планування, організація, підбір персоналу, стимулювання тощо);
- технічна діяльність (проектування, специфіка вимог, технічний контроль і т.д.).

Синтетичний огляд функцій управління (названа в теорії ще "Трилогією Юрана") відображається так, як показано на рис. 2.6.

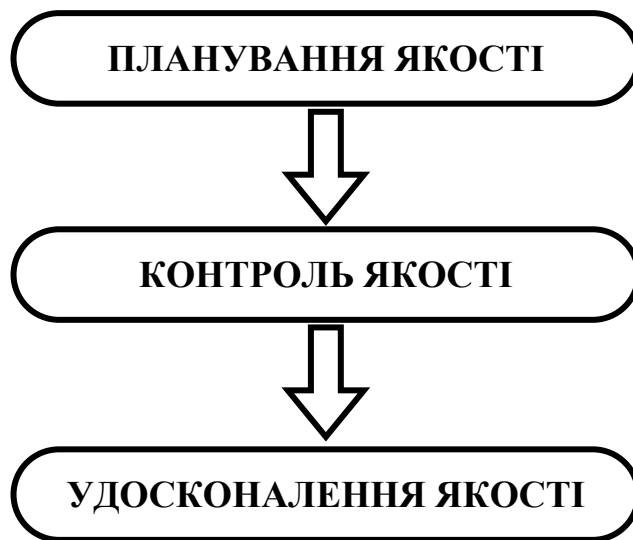


Рис. 2.6. Трилогія Юрана

Концепцію управління якістю, що базується на ідеї безвідмовної роботи, нової культури підприємства, розуміння якості як дотримання вимог розробив Ф. Кросбі. Ця концепція має такі засадничі положення:

1. Якість розуміється як задоволення очікувань клієнтів, головним чином споживачів, через продукцію.
2. Першочерговим є значення профілактики в досягненні якості. При цьому процеси контролю і оцінки відходять на другий план.
3. Стандартом якості повинен бути "нуль дефектів".
4. Якість необхідно вимірювати та оцінювати величиною коштів браку.

Концепція якості медичних послуг повинна ґрунтуватися на певному способі її вимірювання. В медичній практиці європейських країнах зарекомендували себе такі методи вимірювання:

- аналіз "моментів правди";
- методика критичних подій (Critical Incident Technique);
- модель SERVQUAL (service quality);
- методика SERVPERF;
- модель P-C-P;
- модель EUROPER.

Один зі способів оцінювання якості послуг полягає в тому, що в центрі уваги перебуває клієнт. При цьому беруться до уваги найменші дрібниці: контакти клієнта, стосунки з медичним та персоналом для обслуговування. Досліджується все, що стосується процесу надання медичної послуги. Процес має кілька фаз, котрі передбачають і надавача, і споживача послуг. Такі моменти К. Рогоїнські [141] називає "моментами правди". Автор звертає увагу на різницю між процесом надання послуг та закупівлі продукції. На думку К. Рогоїнського, оцінка якості послуг значною мірою залежить від вражень, які залишаються після контакту із закладом, що надає послуги, тобто тих же "моментів правди".

Вищеописаний аналіз використовується для методики критичних подій (СІТ – Critical Incident Technique), котра базується на аналізі критичних подій. Останні, своєю чергою, слугують ідентифікаторами джерел сатисфакції клієнтів чи її відсутності. Згідно з цією методикою, подія розглядається як людська діяльність, котра є настільки повною, що можна було зробити з неї певні висновки стосовно особи, котра займається цією діяльністю. В свою чергу, критичні події являються такими, які в значною мірою зменшують або ж спричиняють до отримання запланованого ефекту від діянь [65]. Загалом можна окреслити критичні події як взаємодію між клієнтами і працівниками фірми, що надають послуги (в нашому випадку – медиками). Проте не всі події підлягають дослідженню. Аналіз стосується лише тих, котрі запам'ятовують клієнти. Ретельний аналіз критичних подій, які запам'яталися клієнтам, дозволить визначити слабкі місця фірми (медичного закладу) та дасть змогу ідентифікувати проблеми, котрі знижують рівень якості наданих медичних послуг.

Існують декілька умов для вивчення критичних подій. По-перше, вони повинні стосуватися лише відносин між клієнтом та надавачами послуг. По-друге, з погляду клієнта, подія має бути такою, що задовольняє чи не задовольняє його потреби. По-третє, подія повинна становити окремий епізод. По-четверте, даний епізод має бути абсолютно окремим, щоб особи, котрі проводять дослідження мали можливість уявити собі його [114].

В основу вказаної методики покладені процедури спостереження за поведінкою людей та їх класифікації, котрі б можна було систематизувати в такий спосіб, щоб згодом дефінювати проблеми. Найбільш практичним дослідницьким інструментом в СІТ є інтерв'ю з тими, хто отримав послуги. Інтерв'ю відбувається в довільному стилі та стосується лише критичних подій, які мали місце під час співпраці клієнта з персоналом фірми (медичного закладу). Це дає можливість дослідити події та поведінку, котрі впливають на рівень сатисфакції клієнтів, що стає основою для вироблення необхідних процедур, програми фірми з підвищення кваліфікації в контексті співпраці з клієнтами.

Результати СІТ також дадуть можливість переглянути поведінку працівників фірми, що надають послуги на всіх рівнях та розробити

кардинально новий напрям співпраці з клієнтами (за допомогою відповідних тренінгів).

Модель SERVQUAL (service quality) є найбільш популярною для дослідження якості. Розробник даної моделі – А. Парасураман та інші. Дослідження проводиться у два етапи:

1. Дослідження відбуваються за допомогою фокус-груп і мають на меті встановити точки зору учасників на тему сатисфакції та незадоволення з наданих послуг. Значну увагу в цих групах приділяють опису ідеальної послуги (прикладом може бути ідеальна лікарня та ідеальні медичні послуги). Наріжним каменем дослідницького процесу є різне трактування якості послуг. Саме тому варто приділити увагу розгляду цього питання в фокус-групах. Це, знову ж таки, дасть змогу визначити та описати найважливіші чинники, що беруться до уваги при оцінці якості. Зі всіх досліджених елементів складеється картина очікувань клієнтів стосовно послуг, які йому надаються.

2. Анкетування. Його метою є встановлення ранжування вище виділених критеріїв часткової оцінки якості [141]. Анкета повинна складатися з двох частин:

- стосується очікувань відносно певної послуги;
- стосується якості отриманої послуги.

Модель SERVQUAL полягає у дворазовому використанні в дослідженнях того самого складу мір для характеристики конкретної послуги. Перший раз такий склад використовується для вимірювання рівня надання послуги з точки зору клієнта. Встановлюється пробний рівень очікувань. Другий раз той самий склад мірників застосовується для вимірювання рівня наданих послуг.

К. Рогозінські [141] так представляє якість послуг в моделі SERVQUAL (рис. 2.7):

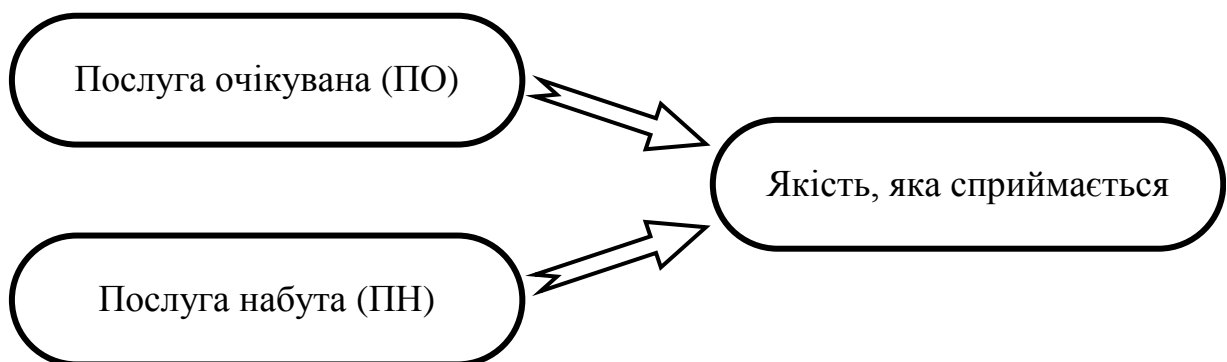


Рис. 2.7. Якість послуг в моделі SERVQUAL [141]

При  $ПО=ПН$  – реалізація послуги, що отримує визнання;  
ПН < ПО – незадоволення та розчарування клієнта, низькі якісні оцінки;  
ПН > ПО – визнання клієнтами послуги

Прийнятна одержувачами різниця між послугою очікуваною і отриманою загалом є справою суб'єктивною і індивідуальною. Що ж таке "прийнятна якість"? Хоча це суб'єктивне поняття (як ми вже зазначали раніше), проте варто зазначити, що прийнятна якість включає в себе очікування та прийняття наданої послуги з точки зору одержувачів послуг.

У рамках даної моделі виникає ряд дилем, які ставлять під сумнів ефективність процедури вимірювання. Зокрема, виникають труднощі із оцінкою таких понять, як естетика, очікування, розуміння (співпереживання) [154].

На противагу висловлюванням, зазначеним вище, М. Сідор вважає, що дослідження в рамках моделі SERVQUAL нав'язують респондентам певне уявлення про послугу (її якість) [145].

Деякі науковці відносять до недоліків той факт, що клієнти не спроможні (через суб'єктивність) відокремити очікувану якість послуги і якість отриману.

Не зважаючи на всі вище перераховані недоліки, модель SERVQUAL після її вдосконалення та доопрацювання повинна застосовуватися в дослідженнях якості послуг.

Методика SERVPERF є альтернативною концепцією вимірювання якості послуг, розробниками якої були Д. Кронін та С. Тейлор. Їх методика фокусується на процесі надання послуги як детермінантного чинника якості, без очікування [71]. У даної методики є ще одна особливість. Вона, крім сатисфакції клієнтів, враховує намір придбання послуги.

Модель Р-С-Р була запропонована Г. Філіпом та С. Хазлетом як новий спосіб виміру якості. Модель складається з трьох ієрархічних ознак:

- pivotal attributes (ключові атрибути);
- core attributes (основні атрибути);
- peripheral attributes (периферійні атрибути).

Загалом кожна послуга складається з трьох груп ознак. Першу складають ключові атрибути, які часто ототожнюються з кінцевим процесовим висновком щодо послуги. Саме тому чинники цієї групи мають сильний вплив на рішення консумента стосовно вибору організації (медичного закладу) та рівень задоволення якістю наданих послуг.

У другій групі – чинники, що об'єднують людський капітал в організації чи організаційні можливості процесів, завдяки яким клієнти можуть отримати кінцевий продукт – послугу.

Третю групу моделі репрезентують чинники периферійні, що додані до процесу послуг певним чином та впливають на задоволення клієнта. Не меншу увагу клієнти приділяють основним властивостям, які набираються в міру різкого користування послугою. У міру зростання частоти користування певним видом послуг, консументи більше уваги звертають на значення центральних і периферійних елементів.

Розробники моделі Р-С-Р перед її застосуванням пропонують в організації, що надає послуги, дати відповіді на низку запитань:

1. Чим для клієнта є ефект процесу надання послуги?
2. Який персонал бере участь у наданні послуг і яка організаційна структура для цього потрібна?
3. Як можна працювати зі змінними очікуваннями клієнтів, надаючи ті самі послуги?

Модель Р-С-Р як і всі попередньо розглянуті, має позитивні і негативні аспекти, однак може успішно застосовуватися для вимірювання рівня якості.

Модель EUROPEP також слугує для вимірювання рівня якості послуг і ґрунтується на такому засадничому положенні: на якість медичних послуг впливає не лише ефект від лікування, а й спосіб надання медичної допомоги.

Модель EUROPEP є стандартизованим інструментом для міжнародних вимірів якості медичних послуг, опрацьованих дослідниками восьми європейських країн.

Якість медичних послуг не має абсолютного характеру, і більшість представлених методів її вимірювання спирається на аналіз порівняння того, що пацієнт отримує, з тим, чого він очікує.

Велика кількість способів виміру рівня якості становить, з одного боку, певного роду вартість, що уможливорює пристосування методу до специфіки і потреб того, хто міряє. Найбільша проблема виникає при підборі критеріїв оцінки якості (типових та таких, щоб характеризували дану послугу).

Варто згадати ще одну програму, що теж дозволяє виміряти якість наданих медичних послуг. Мова йде про програму PASAT. Вона була запроваджена як альтернативний спосіб реалізації досліджень сатисфакції пацієнтів. Суть даного дослідження полягає в тому, що лікарням надається комплект анкет із запитаннями для пацієнтів. Перевага інструменту в тому, що запитання складають не самі медичні заклади, а моніторингові фірми. Це додає впевненості в об'єктивності та незаангажованості відповідей. Такого типу дослідження проводяться медичними закладами добровільно. Придбавши пакет анкет у моніторингової фірми, лікарні проводять опитування та відправляють виконані анкети назад до фірми для опрацювання.

Виконання такого типу анкет повинно відбуватися добровільно та без жодного тиску на пацієнта (в іншому випадку втрачається об'єктивність). Кількість медичних закладів, котрі користуються системою PASAT із кожним роком зростає. Відбувається процес усвідомлення медичними закладами необхідності вдосконалення власної діяльності як інструменту конкурентної переваги на ринку медичних послуг.

Системи якості в певного кола дослідників [76, 88, 96] асоціюються зі збором формальних процедур, обладнанням для вимірювання чи іншим знаряддям, які призначенні для пошуку інформації про стан виробу (в нашому випадку – послуги) та надання їй цифрової форми.

Під здатністю вимірювальної системи (вимірювального обладнання) Й. Гальвік і Й. Ревілак пропонують визнавати кількісну міру його відповідності, представлену у відношенні до певного періоду, що характеризується точністю вимірювань [88].

Система якості повинна містити кількісні вимірні показники, за допомогою яких можна її оцінити. Однак, у випадку системи якості медичних послуг, не кожна методика буде придатною для вимірювання вартості особливостей медичних послуг. Причина цього – чинники, що мають вплив на кінцевий результат виміру якості. У вирішенні цієї проблеми вважаємо слушною позицію Е. Детріха, А. Шульже, Дж. Гавліка та Дж. Ревілака, котрі пропонують витрати, пов'язані із функціонуванням системи якості, встановлювати критерієм окремо взятої послуги чи прийняттям системи вимірювання із зазначеним обсягом. Останні дозволять оцінити з економічної точки зору ефект його використання [76, 88].

Виходячи із вищезазначеного, варто зауважити неоднорідність критеріїв системи вимірювання (величини використання граничних показників, які різняться між собою та прийняті здебільшого довільно), що дає підстави стверджувати про необхідність встановлення процедури вимірювання, виписану у формі стандартів, та узгодження її із позицією консумента.

Усі вище розглянуті в питанні 2.2 методи вимірювання якості послуг повинні застосовуватися, виходячи із засад управління якістю.

### **2.3. Засади управління якістю медичних послуг**

Управлінням якістю називається виконання функції управління у відношенні до системи якості управління та якості його складників [91].

Норма ISO 8402 трактує управління якістю як "діяльність в управлінні, котра вирішує політику якості, цілі і відповідальності, а також їх реалізації в рамках системи якості за допомогою таких засобів, як планування, контроль, забезпечення та вдосконалення якості" [139]. Управління якістю орієнтується на клієнта на всіх етапах надання йому якісних медичних послуг. При цьому задіюються всі працівники медичного закладу, включаючи керівників у справах якості. Іншими словами, твориться нова філософія та культура організації, котра проявляється крізь призму якості.

На якість медичних послуг мають вплив внутрішні і зовнішні чинники. Внутрішні чинники, на нашу думку, мають значно вагоміший вплив. Особливої уваги заслуговує проякісне мислення (наполягаємо на такому визначенні, робимо наголос на його сутності) і керівництва медичного закладу, і працівників загалом про пацієнта, весь процес формування показаний на рис. 2.8.

Згаданий представлений процес передбачає ланцюг поступових етапів чи кроків у напрямку досягнення якості медичних послуг. Так, спершу керівництво лікувального закладу повинні долучитися до процесу та керувати ним. Своїм прикладом та презентацією позитивних зисків від досягнення поставленої цілі, керівництво запроваджує та підтримує проякісне мислення в колективі.



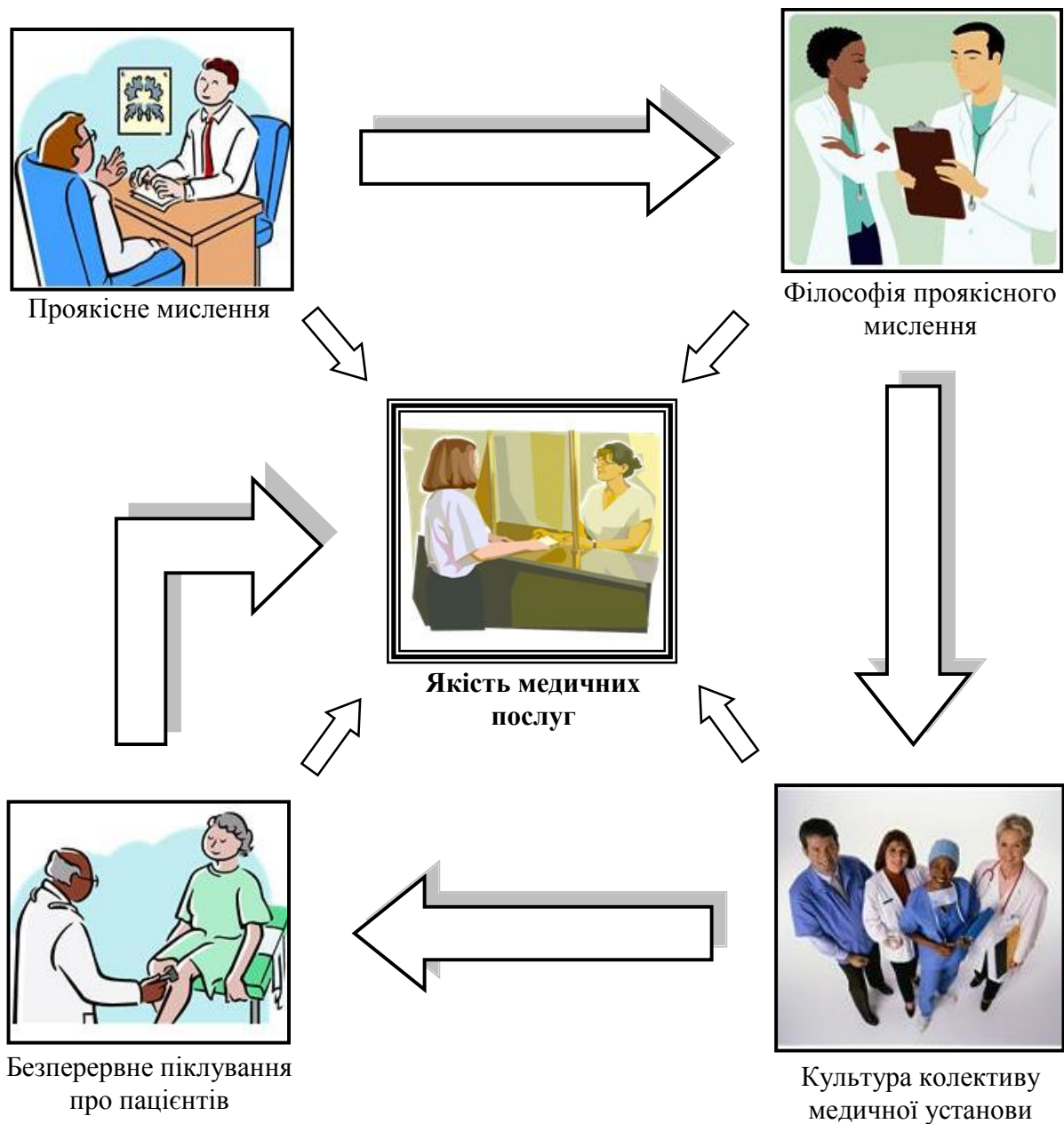


Рис. 2.8. Процес формування якості медичних послуг під впливом внутрішніх чинників

На основі проякісного мислення створюється філософія проякісного мислення, котра дозволяє залучити для досягнення цілей усіх членів трудового колективу. Іншими словами, йдеться про усвідомлення ролі та відповідальності за кінцеві результати кожного окремо взятого працівника як частини добре налагодженого механізму, що стимулюватиме розвиток та встановлення найвищого рівня якості медичних послуг.

Проякісне мислення стає підґрунтям для творення культури колективу медичної установи, яка, по своїй суті, є многогранною. Сюди можна віднести :

- стосунки між самими працівниками;
- комунікація з пацієнтами;
- кваліфікація працівників (частково);
- дотримання медичної етики.

При цьому увесь час, на кожному щаблі розвитку відбувається безперервне піклування про пацієнтів, що є запорукою досягнення кінцевого результату – якості медичних послуг.

Із метою досягнення та утримання на належному рівні якості медичних послуг нею необхідно керувати. Цей процес має ґрунтуватися на чотирнадцяти засадах управління якістю, представлених Е. Демінгом [74], а саме:

**1. Створення постійних цілей у відношенні до якості продукції та послуг, зорієнтованих на досягнення конкурентних переваг.**

Діяльність будь-якого підприємства (установи) не може спиратися лише на сьогоднішню діяльність та потреби. Варто окреслити довготермінові цілі, що мають безпосередній вплив на рівень якості запропонованих виробів чи наданих послуг. Головна мета – постійне покращення якості – повинна бути досягнута через підвищення конкуренції і надання робочих місць.

**2. Застосування нової філософії управління.**

Методика управління через філософію TQM була методикою марнотратства та повторення помилок. Проблема, котра переслідувала фірми, полягала у малій ефективності продукції, яка сприяла поганій фінансовій ситуації підприємств (установ), що знаходили своє віддзеркалення в економіці країни. Єдиним способом підвищення ефективності при одночасному обмеженні скорочення витрат є зменшення неякісної продукції (послуг). Застосування всебічного управління через якість стає порятунком для фірм. Для того, щоб філософія управління була ефективною, потрібна їй підтримка з боку керівництва, яке намагається передати підлеглим методологію досягнення мети.

**3. Реєстрація методу масового контролю як способу забезпечення якості.**

У момент коли зменшиться змінність у процесі та він буде стабільним і повторювальним, відпадає потреба контролювати всю представлену продукцію. На цьому етапі можна застосувати статистичний контроль, який сам по собі є менш вартісним та представить картину дефектів виробничого процесу продукції (надання послуги). Стовідсоткова перевірка всієї продукції (послуг) не дасть бажаного результату, натомість варто сконцентруватися на спектрі проблемних товарів (послуг) з метою запобігання такому стану.

**4. Припинення поширених практик вибору підрядників виключно на основі ціни.**

Сама по собі ціна жодним чином не говорить нам про якість постачальника. Фірма повинна знати, що якщо дешево купимо браковані матеріали, то на наступних етапах продукування видатки перевищать очікування підприємства (установи). Саме тому поряд із ціновим критерієм

варто приділяти вагому увагу якості пропонованих матеріалів, що призведе до зменшення дефектів продукції (послуг).

**5. *Безперервний та нескінченний процес вдосконалення продукції та послуг, що спричиняють покращення якості, продуктивності та зменшення витрат.***

Постійне вдосконалення лежать в основі кожної системи управління. Завжди існує можливість вдосконалення процесу. Відповідальність за це завжди лежить на керівництві фірмою. Управлінці повинні створити атмосферу, котра дозволить працівникам дотримуватися вдосконалення всіх процесів (від прийняття сировини до продажу продукції (надання послуг)).

**6. *Запровадження сучасних методів навчання.***

Керівництву необхідно безпосередньо включитися в процес вдосконалення навчання, що в результаті позначиться на ширшому використанні можливостей усіх працівників. Таке вдосконалення повинно охоплювати широкий спектр діяльності підприємства (організації), а також психології та методики управління підприємством і персоналом.

**7. *Запровадження інституційного керівництва.***

Удосконалення якості автоматично збільшує ефективність. Саме тому не варто прив'язуватися лише до ефективності. Лідером повинна бути та особа, котра звертає увагу не лише на кількісні показники та помагає працівникам у реалізації припущень. Керівництву варто сконцентруватися на таких взаєминах, що зумовлюють вільну комунікацію та запобігають виникненню браків на всіх стадіях життєвого циклу продукту (послуги).

**8. *Відкидання страху так, щоб всі могли працювати продуктивніше для підприємства (організації).***

Жоден керівник не повинен боятися говорити про проблеми своєму підлеглому. Лише така комунікація буде ефективною та приносить додану вартість. Тому не можна запроваджувати атмосферу кількісних цільових показників для отримання результату, а не якості.

**9. *Руйнування бар'єрів між підрозділами підприємства (організації).***

Усі підрозділи фірми повинні створювати організм, що належним чином функціонує. Проблеми окремо взято відділу повинні бути розв'язані централізовано, шляхом ефективного обміну інформацією. Для досягнення цієї мети потрібно ліквідувати окремі підрозділи, що діють автономно в структурі підприємства (організації), тобто як фірма в фірмі. Всі відділи повинні працювати ефективно, щоб підприємство (організація) отримували прибутки. Для цього варто вирівняти ієрархію та поживати відносини між відділами.

**10. *Ліквідація всіх форм просування для заохочення до досягнення високої продуктивності та рівня "нуль дефектів".***

Часто керівництво фірми пропагує та вимагає дотримання політики "нуль дефектів", що спричиняє тиск на рядових працівників та непокоїть їх.

Відомо, що такої системи не існує, тому виголошення такого типу гасел не допоможе, а, навпаки, може зашкодити продуктивним відносинам.

### ***11. Ліквідація заміників справжнього лідерства та ліквідація управління через ціль.***

Замість кількості необхідно запроваджувати методи для підтримки процесів на підприємстві (установі), ефект яких буде проявлятися в покращенні продуктивності. Щоб збільшити якість та ефективність, можна застосувати статистичні методи.

### ***12. Ліквідація бар'єрів, які не дозволяють працівникам та менеджерам мудро використовувати свою працю.***

У фірмі кожний виконує свою функцію: монтувальник одну, працівник на виробничій лінії – іншу, заступник директора з питань якості, відповідно, третю. Праця кожного з цих працівників однаково важлива та має однаковий вплив на кінцевий продукт (послугу). Лише праця без бар'єрів між ланками є ефективною та приносить усім користь.

### ***13. Запровадження інтенсивних навчальних програм та заохочення до постійного вдосконалення.***

Знання виступають однією із засад ефективної роботи фірми. Мова йде про знання актуальні та придатні для виконання щоденних обов'язків. Керівництво повинно виробити в своїх працівників навички самоосвіти, показавши переваги цього. Самовдосконалення кардинально впливає на відчуття власної вартості та додає впевненості в собі, що дуже важливо при виконанні відповідальної роботи.

### ***14. Залучення всіх працівників до процесу трансформації.***

Жодна система не буде функціонувати без залучення всього колективу підприємства (установи). Практика свідчить, що завжди зустрічаються працівники, котрі не приймають реформ і яких не вдається переконати щодо нововведень. Важливим аспектом у цій справі являється вміння доступно пояснити працівникам всі переваги запропонованих змін.

Обґрунтовані Е. Демінгом чотирнадцять засад управління якістю, розглянуті нами вище, попри свою простоту є хорошим ключем до повномасштабного функціонування підприємства (установи). При цьому передбачається подолання міжособистісних бар'єрів та ставок на кількісні результати чи тиск з боку керівництва. Головна ідея згаданих постулатів полягає в задоволенні клієнта через високу якість виробу (послуги).

У практиці управління якістю виділяють засади управління нею. Так, Світова організація стандартизації (International Organization for Standardization) [94] виділяє вісім засад управління якістю. Всі вони стосуються промислових підприємств і, на нашу думку, можуть бути адаптовані і до медичних закладів спосіб, показаний на рис. 2.9.

**ЗАСАДА 1. Концентрація на клієнті** (в нашому випадку – на пацієнті). Будь-яка організація залежна від своїх клієнтів, тому рекомендується

усвідомлення наявних та майбутніх потреб клієнтів, щоб задовольняти їхні потреби та перевершити очікування.

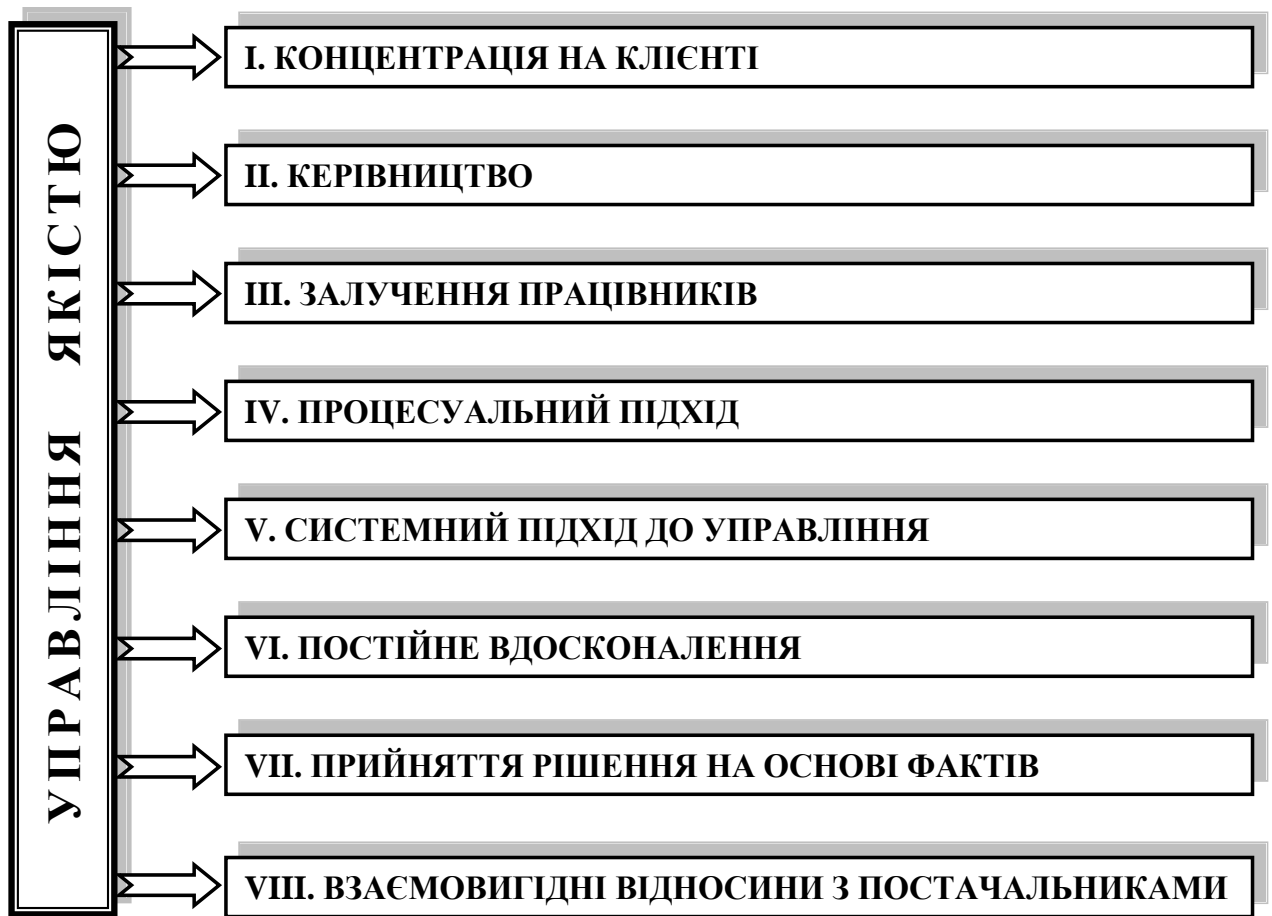


Рис. 2.9. Засади управління якістю

**Ключові переваги проявлятимуться в такому:**

- збільшення рентабельності та ринкової частки завдяки еластичній та швидкій реакції на нові ринкові можливості;
- підвищення ефективності використання ресурсів організації для підвищення рівня задоволення клієнтів;
- більша лояльність до пацієнтів, котра призводить до зниження витрат на пошук нових клієнтів.

**Серйозний підхід до цього принципу передбачає:**

- дослідження та усвідомлення потреб і очікувань пацієнтів;
- впевненість, що цілі медичних закладів відповідають потребам і очікуванням споживачів медичних послуг;
- зв'язок потреб та очікувань пацієнтів у цілому лікувальному закладі;
- вимірювання задоволення пацієнтів та вдосконалення медичного закладу на основі результатів вимірювання;
- постійне управління взаєминами з пацієнтами;
- баланс заходів, спрямованих на задоволення потреб пацієнтів та інших зацікавлених сторін (власників, працівників та ін.).

**ЗАСАДА 2. Керівництво.** Керівники встановлюють єдність мети та напрямів діяльності організації. Рекомендовано створення та підтримку внутрішнього середовища, в якому всі працівники залучені до досягнення цілей лікувального закладу.

***Ключові переваги проявлятимуться в наступному***

- співробітники матимуть розуміння та мотивацію для втілення цілей і завдань процесу надання медичних послуг;
- інтегрована діяльність, впроваджена й оцінена одним способом;
- помилки та непорозуміння у внутрішній комунікації знижено до мінімуму.

***Серйозний підхід до цієї засади включає:***

- задоволення потреб усіх зацікавлених сторін, в тому числі власників, працівників, постачальників, ринків капіталу, місцевих громад, суспільства в цілому;
- розробка чіткої концепції розвитку медичної установи;
- діяльність, що ґрунтується на амбітних цілях та завданнях;
- створення і впровадження спільних цінностей, справедливості та етичних дій на всіх рівнях лікувального закладу;
- будівництво довіри і використання мотивації, що ґрунтується на довірі;
- надання працівникам необхідних засобів, проведення навчання та запровадження свободи дій відповідно до службових інструкцій;
- стимулювання, заохочення до діяльності та оцінка вкладу працівників.

**ЗАСАДА 3. Залучення працівників.** Люди на всіх щаблях медичної установи становлять її основу, їхнє цілковите залучення дозволить використовувати вміння індивідів на благо організації.

***Ключові переваги проявлятимуться в такому:***

- мотивовані, віддані та залучені працівники;
- інноваційність, креативність і творчість сприяють досягненню організаційних цілей;
- працівники відчують відповідальність за власні результати;
- працівники охоче роблять вклад у розв'язання проблем та беруть участь у діяльності, спрямованій на вдосконалення.

***Серйозний підхід до цієї засади передбачає:***

- розуміння значення і ролі працівників у лікувальній установі;
- ідентифікація обмежень при досягненні релевантних результатів;
- взяття відповідальності за проблеми та їх розв'язання;
- порівняння власних результатів із встановленими перед тим особистими цілями та завданнями;
- активний пошук можливості підвищення кваліфікації, збільшення знань та досвіду;
- відкрита дискусія про проблеми та теми, що їх цікавлять.

**ЗАСАДА 4. Процесуальний підхід.** Бажаний результат досягається ефективніше, коли діяльністю та пов'язаними з нею засобами керують як процесом.

***Ключові переваги проявлятимуться в такому:***

- менші видатки та коротший час циклу (lead time) – шляхом правильного використання ресурсів;
- медичні показники – фіксовані, єдині і більш передбачені;
- сукупність діянь, спрямованих на вдосконалення найважливішої для цілей медичної діяльності.

***Серйозний підхід до цієї засади передбачає:***

- систематичне визначення дій, спрямованих на досягнення результатів;
- одночасне встановлення відповідальності за ключові дії;
- аналіз і вимірювання здатності (повторення результатів) ключової діяльності;
- визначення точки дотику ключових видів діяльності всередині між функціональними одиницями медичної установи;
- концентрація на засобах, методах і матеріалах, які впливають на покращення ключових видів діяльності лікувального закладу;
- оцінка ризику витрат та негативного впливу медичної установи на зовнішнє середовище;
- оцінка наслідків і впливу лікувального закладу на клієнтів, постачальників та інших зацікавлених сторін.

**ЗАСАДА 5. Системний підхід до управління.** Визначення, розуміння та управління взаємопов'язаними процесами як системою веде до збільшення ефективності медичної установи в напрямку досягнення встановлених цілей.

***Ключові переваги проявлятимуться в такому:***

- інтеграція процесів, що призводить до досягнення фінансових ефектів;
- здатність концентрування на ключових процесах;
- побудова довіри партнерів через узгодженість, ефективність та результативність лікувального закладу.

***Серйозний підхід до цієї засади передбачає:***

- будівництво структурної системи медичної установи, котра дозволить досягнути цілі ефективним способом;
- розуміння залежності між процесами системи;
- систематичний підхід до гармонізації та інтеграції процесів;
- краще розуміння ролі і обов'язків, необхідних для досягнення цілей лікувального бізнесу та зменшення бар'єрів між функціональними відділеннями;
- усвідомлення потенціалу організації та обмежень засобів перед початком нових проблем;
- визначення способів поведінки;

- постійне вдосконалення системи, що ґрунтується на вимірах та оцінках.

**ЗАСАДА 6. Постійне вдосконалення.** Постійне вдосконалення функціонування цілого медичного закладу повинно бути завжди присутнім в його цілях.

***Ключові переваги проявлятимуться в такому:***

- конкурентна перевага шляхом покращення діяльності лікувальної установи;
- зв'язок діяльності на різних рівнях медичного закладу її стратегічними потребами;
- еластичність в реагуванні на ринкові можливості.

***Серйозний підхід до цієї засади передбачає:***

- застосування довготривалого підходу до постійного вдосконалення результатів діяльності, що охоплює цілу лікувальну установу;
- проведення навчання працівників щодо методів та інструментів постійного вдосконалення;
- присутність серед працівників переконання про необхідність постійного вдосконалення продуктів, процесів, систем та залучення кожного;
- встановлення цілей, що показують напрямок, способів вимірювання просування діяльності;
- оцінка та використання вдосконалень.

**ЗАСАДА 7. Прийняття рішення на основі фактів.** Ефективні рішення приймаються на основі аналізу даних та інформації.

***Ключові переваги проявлятимуться в такому:***

- рішення добре умотивоване;
- підвищення можливостей доведення вже прийнятого рішення – через зіставлення з даними попередніх періодів;
- розширення можливостей для перегляду, ревізії та зміни раніше прийнятих рішень.

***Серйозний підхід до цієї засади передбачає:***

- переконання, що дані та інформація детальна, відповідає дійсності і варта довіри;
- аналіз даних і інформації із застосуванням випробуваних методів;
- прийняття рішень і дій на основі аналізу фактів, збалансованого досвіду та інтуїції особи, що приймає рішення.

**ЗАСАДА 8. Взаємовигідні відносини з постачальниками.** Організація та її постачальники залежні одне від одного, а взаємні користі, що їх пов'язують збільшують здатність обох сторін до створення вартості.

***Ключові переваги проявлятимуться в такому:***

- підвищена здатність до додавання вартості для обох сторін;
- еластичність, швидкість реагування на нові потреби, що змінюються, та очікування пацієнтів на ринку медичних послуг;
- оптимізація коштів та ресурсів.



***Серйозний підхід до цієї засади передбачає:***

- встановлення рівноваги стосунків лікувальний заклад - постачальник з урахуванням коротко- та довготермінової користі;
- обмін досвідом та засобами між партнерами;
- визначення та вибір ключових постачальників;
- чітка і відкрита комунікація;
- обмін інформацією та планами на майбутнє;
- проведення спільних проектів розвитку і вдосконалення;
- стимулювання, заохочення, оцінка вдосконалень, розпочатих постачальником.

Медичні заклади діють на ринку медичних послуг, де, власне, продукують свій специфічний товар – здоров'я. Видатний маркетолог Ф. Котлер стверджував, що "те, що можна продати або купити, і є товаром" [15]. На підставі цього вважаємо за доречне більш детально розглянути ситуацію на ринку медичних послуг.

Продукуючи здоров'я, медична галузь забезпечує суспільство відповідними ресурсами. Виділення здоров'я у фінансову категорію зумовлене тим, що галузь охорони здоров'я існує за рахунок бюджетів, котрі формуються в залежності від стану здоров'я людей. Хоча здоров'я за своєю природою не має ні товарного, ні грошового вираження, проте високо цінується людьми. Як наслідок, відбувається приплив грошових ресурсів у систему охорони здоров'я з метою відновлення та підтримання на належному рівні стану здоров'я. Всі вищезазначені аргументи доводять необхідність існування ринку медичних послуг. Основою будь-якого ринку є ціни, які підтверджують бажання та можливість покупців придбати той чи інший вид товару.

Особливість підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я полягає в тому, що, з одного боку, державі необхідно створити умови для належної конкуренції на ринку цих послуг, а з іншого – здійснювати контроль із метою уникнення можливих негативних наслідків.

Вищезгаданий контроль надзвичайно важливий, оскільки мова йде про людський фактор, а в товару, який продукується на даному ринку, відсутній грошовий вимірник. Саме тому державі, виходячи із дохідної частини свого бюджету та враховуючи суму коштів, які вона може виділити на охорону здоров'я, варто визначити яка кількість населення має можливість отримати медичне забезпечення в повному обсязі. Логічно було б, щоб дана група пацієнтів складалася із пенсіонерів, жінок та дітей із малозабезпечених сімей. Решта ж людей, чий статок на середньому та високих рівнях, може скористатися добровільним медичним страхуванням, яке є різновидом підприємницької діяльності, що фінансується як за рахунок роботодавців, так і самих громадян.

Першопричиною отримання прибутку в медичній галузі виступає необхідність покриття видатків, пов'язаних із наданням спектру медичних послуг та їх розширенням. В умовах ринкової конкуренції на ринку медичних послуг джерелом надходження підприємців виступають пацієнти (тобто люди,

зацікавлені в покращенні власного стану здоров'я). Як свідчить практика, основна частина прибутку складається із надходжень від заможних клієнтів. Сама по собі така ситуація на будь-якому ринку ризикова, тому на її збалансування може вплинути збільшення обсягу наданих медичних послуг. Так, підприємець здійснює підприємницьку діяльність у медичній сфері і отримує прибуток від більш забезпечених верств населення, що, в свою чергу, дає змогу зробити медичні послуги доступними для оплати іншим пацієнтам.

Характеристика підприємницької діяльності в галузі охорони здоров'я не буде повною коли згадати лише про її виробничий аспект (виготовлення лікарських засобів, обладнання, надання медичних послуг тощо). Невід'ємними складниками медичного бізнесу також є страховий, фінансовий, торговельний і посередницький аспекти.

Підприємницька діяльність страхового характеру відображає продаж страхового захисту клієнта. Учасники ринку медичних послуг повинні бути зацікавлені у всебічному розвитку страхової діяльності як основного джерела фінансування систем страхування охорони здоров'я.

Фінансовий аспект підприємницької діяльності медичних послуг має вузьке спрямування і його навіть можна було б розглядати як складову частину торговельної підприємницької діяльності. Виокремлення цього аспекту спрямоване на акцентування економічної обґрунтованості здійснення вкладень суб'єктами медичного бізнесу, що, в свою чергу, дасть можливість отримання стабільного прибутку.

Торговельна підприємницька діяльність відіграє важливу роль у контексті придбання товару. Мова йде про продукцію медичного спрямування. Слід вникнути в сутність торговельного підприємництва як такого. Варто зауважити, що об'єктом підприємницької діяльності буде не товар, який пропонується на продаж, а надання певного роду послуги самим продавцем у вигляді консультацій із придбання, підбору та його гарантійному обслуговуванню.

Посередницький аспект, володіння комерційною інформацією та надання інших видів послуг дасть змогу повноцінно провадити бізнес медичних послуг.

Усі вищенаведені нами аргументи підтверджують необхідність формування бізнес-середовища медичних послуг та здійснення підприємницької діяльності в галузі охорони здоров'я. На заваді вказаним процесам стоїть відсутність правової бази та відповідного податкового стимулювання (виходячи із соціальної сутності і доступності медицини) на рівні держави. Відчувається також відсутність методологічних розробок у даному питанні, що є тематикою для дослідження науковців як економічного, так і медичного спрямування [27].

Прагнення до досягнення найвищих стандартів якості в охороні здоров'я повинно бути очевидним та перетворитися на процес. Р.Каплан і Р.Купер

вважають, що "процес можна описати за допомогою трьох параметрів: якості, часу реагування і коштів" [103].

Два перших складники належать не до фінансових показників. До мірних показників якості варто віднести:

- рівень дефектів (лікарські помилки, кількість смертельних випадків і под.);
- продуктивність (відсоток наданих медичних послуг без відхилень).

До часу тривалості процесу (часу реагування) відносять:

- час тривання циклу (час за який надається медична послуга);
- ретельність постачання результатів лабораторних досліджень у клінічні відділення, де обслуговуються пацієнти.

З якого би боку ми не розглядали процес управління якістю медичними послугами, центром його завжди залишається пацієнт. Дж. Бенк, розмірковуючи про клієнта, дійшов до певних висновків [63]. Адаптуючи ці міркування до клієнта в сфері охорони здоров'я, можна висунути такі положення:

Пацієнти:

- є найважливішими особами;
- не зовсім залежні від медичної установи, радше навпаки;
- роблять послугу лікарням коли туди приходять. Лікарні при цьому виконують свою роботу;
- є частиною медичної установи, а клієнтами ззовні;
- вони не є лише "сухою" статистикою, а справжні люди, як і ті, що працюють у лікарні;
- звертаються до медиків зі своїми потребами та побажаннями. Завдання лікувального закладу полягає в задоволенні даних потреб та очікувань;
- без пацієнтів не існуватиме медичних закладів!

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) [160] вважає пацієнтом кожну особу, що користується медичними послугами незалежно від того, чи ця особа хвора, чи здорова. При цьому пацієнти виступають об'єктами медичного процесу та клієнтами медичних закладів.

Головною метою покращення якості медичних послуг є оптимізація опіки над пацієнтом, який одночасно уособлює клієнта лікувального закладу. Отже, важливим моментом є врахування його побажань і очікувань. Якість розглядається пацієнтом як результат його власної оцінки та відчуттів у процесі надання медичних послуг. Зрозуміло, що така оцінка більш суб'єктивна та не завжди пов'язана виключно з медичними знаннями. Пацієнт очікує від медичних працівників не лише ретельного виконання їхніх обов'язків, а й поваги та визнання його власної гідності, допомоги при болю, забезпечення необхідних умов догляду. Відтак, пацієнт встановлює власні критерії якості медичних послуг. Він має власні максимальні вимоги щодо очікувань та вимог.

Поza широкою оцінкою якості медичних послуг пацієнтів варто все ж таки спиратися на медичні стандарти, що дозволять не лише ретельно виконувати власні обов'язки медикам, а й задовольняти потреби та очікування хворих. Для виконання зазначеної мети важлива методологія її досягнення, інакше кажучи – інструментарії запровадження. Ними є, власне, системи управління якістю медичних послуг.

#### **2.4. Системи управління якістю медичних послуг**

Присяга Гіппократа "Не нашкодь" (*primum non nocere*) та лікарська етика є основною умовою якісної праці медиків. Імпульсами розвитку проблематики доброї якості стала ситуація в хірургії. Певний період в історії світової медицини був пов'язаний із великою кількістю інфекцій у лікарнях, що створювало суттєві проблеми в системі охорони здоров'я.

Це стало поштовхом для поступового впровадження в практику наукової теорії управління. Додатковим стимулом були конкуренція на ринку медичних послуг та зростання свідомості і очікувань пацієнтів.

Упровадження системи управління в охорону здоров'я в світовій практиці проходили кілька фаз:

- Контроль якості. Модель розвинулася в промисловості в 20-30 роках минулого століття. Такий підхід ґрунтується на дотриманні раніше встановлених норм і ініціюванні коригувальних дій, коли рівень обслуговування не відповідає очікуванням. Запроваджуючи планування, моніторили переваги їх застосування у вибраних місцях контролю. Моніторинг проводився шляхом акумулювання вибіркового даних, частоти місця їх контролю та оцінки якості. Здебільшого його метою було встановлення та викриття браків і випадків низької якості. Термін впровадження цієї системи був коротким, а ефективність обмежена.

- Забезпечення якості. Дана модель, що застосовується в багатьох медичних закладах виникає в кінці 60-х років двадцятого століття. Її метою було запобігання проблемам, а не започаткування коригувальних заходів в умовах кризової ситуації. Пріоритетною є засада виконання завдання за першим разом. Зазвичай вона реалізувалася в систематичних перевірках процесів та результатів аналізів лікування.

Мета даної моделі – постійне вдосконалення та покращення якості, що ґрунтується на участі тих, хто надає послуги, і тих, хто ці послуги отримує із врахуванням усіх аспектів. За реалізацію та впровадження дій з удосконалення якості відповідають спеціальні організаційні структурні одиниці. Система реєструє процедури, збори та аналіз інформації, а також дії, спрямовані на вдосконалення процедур. Мета її полягає в обмеженні кількості помилок, втрат як на клієнтах зовнішніх, так і внутрішніх. Навички вдосконалення діяльності стають запорукою виникнення помилок та зменшують видатки на їх виправлення.

– Управління через якість (Total Quality Management, TQM). Указаний підхід започатковано в 70-х роках минулого століття. До його реалізації залучені всі працівники, кожна організаційна структурна одиниця, які беруть участь у процесі покращення (вдосконалення) якості послуг.

Дана система покликана організувати якість праці в цілій установі. Якість вимірюється через регулярний моніторинг встановлених критеріїв, що дозволяють контролювати основні показники якості. Впровадження програми TQM у структуру лікувального закладу є довготривалим процесом, котрий ґрунтується на зміні стереотипу мислення, поведінки персоналу, і спрямований на ідентифікацію вимог та очікувань клієнтів. При цьому відповідальність за надання якісних медичних послуг лежить на всьому медичному персоналі та працівниках лікувальної установи.

TQM загалом можна представити як метод підвищеної ефективності, активності людських колективів та зміни способу мислення. Цей спосіб мислення (філософію) часто називають "доктриною якості", яка ґрунтується на трьох принципах:

- постійне вдосконалення: "постійно вдосконалюємося; вдосконалюємо все; вдосконалюємося всі";
- одна команда: "ми є однією командою, лояльні відносно себе та щодо фірми (лікарні); розвиваємо співпрацю; усуваємо конкуренцію";
- системне мислення: "кількаразове прийняття рішень, котрі повинні бути пов'язані із загальним принципом; за жодних обставин не порушуємо встановлених правил".

TQM полягає в досягненні максимального задоволення одержувача послуг через тривалий розвиток і вдосконалення процесу охорони якості. Цей процес складається з великої кількості елементів, в основі якої лежить дослідження ступеню сатисфакції клієнта.

Досягнення бажаного рівня якості неможливе без систематичного планування, що творить підстави для ефективного якісного управління в усіх структурах лікувальних закладів. Умовою досягнення зазначеної вище мети є тривалий процес оцінки для досягнення рівня "нуль дефектів" із розробкою відповідної стратегії.

Перш ніж запровадити систему управління через якість необхідно провести початковий аналіз, що передуює плануванню якості. Схему проведення аналізу запропонував Дж. Оейкленд (рис. 2.10) [131].

Саме по собі ефективне функціонування управління системою якості неможливе без системного та ретельного планування. Максимальний рівень ефективності досягається при постійному аналізі діяльності, що ставить собі за мету досягнути "нуль дефектів".

Перед запровадженням системи управління якістю необхідно провести попередній аналіз, спрямований на визначення якісної структури організації. Такий аналіз повинен здійснюватися за схемою, представленою на рис. 2.10.

Система управління якістю спирається на процеси та процедури діяльності, котрі окреслюють механізми для обробки часткових результатів.

Орієнтація організації на власного клієнта проявляється через усвідомлення його потреб. У нашому випадку клієнтом виступає пацієнт. Так, згідно зі схемою постійного вдосконалення системи управління якістю (рис. 2.11), ключовою фігурою є клієнт, котрий зі своїми вимогами стає об'єктом дослідження на початку процесу і після його завершення із вивченням ступеню задоволення вимог.

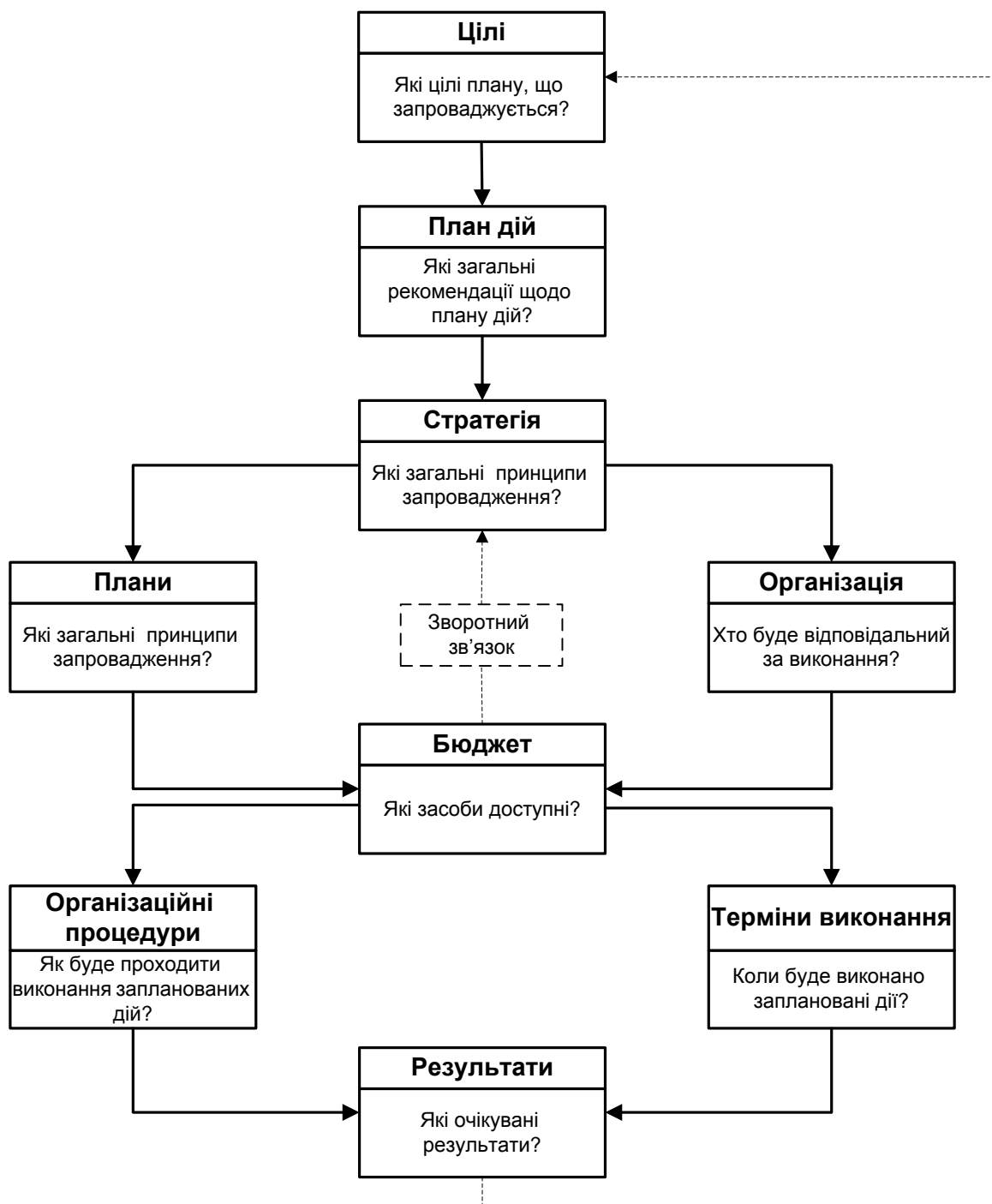


Рис. 2.10. Схема проведення аналізу, що передуює плануванню якості [131]

Постійне вдосконалення системи управління якістю відповідно до задоволення потреб клієнтів спирається на норму ISO 9001:2000. Для потреб охорони здоров'я клієнт дефінюється як:

- пацієнт або споживач послуг (споживач послуг також може бути донором);
- член суспільства (кожен член суспільства є потенційним споживачем медичних послуг у випадку масових щеплень);
- інша зацікавлена сторона (наприклад, працівники медичних університетів).

### Постійне вдосконалення системи управління якістю

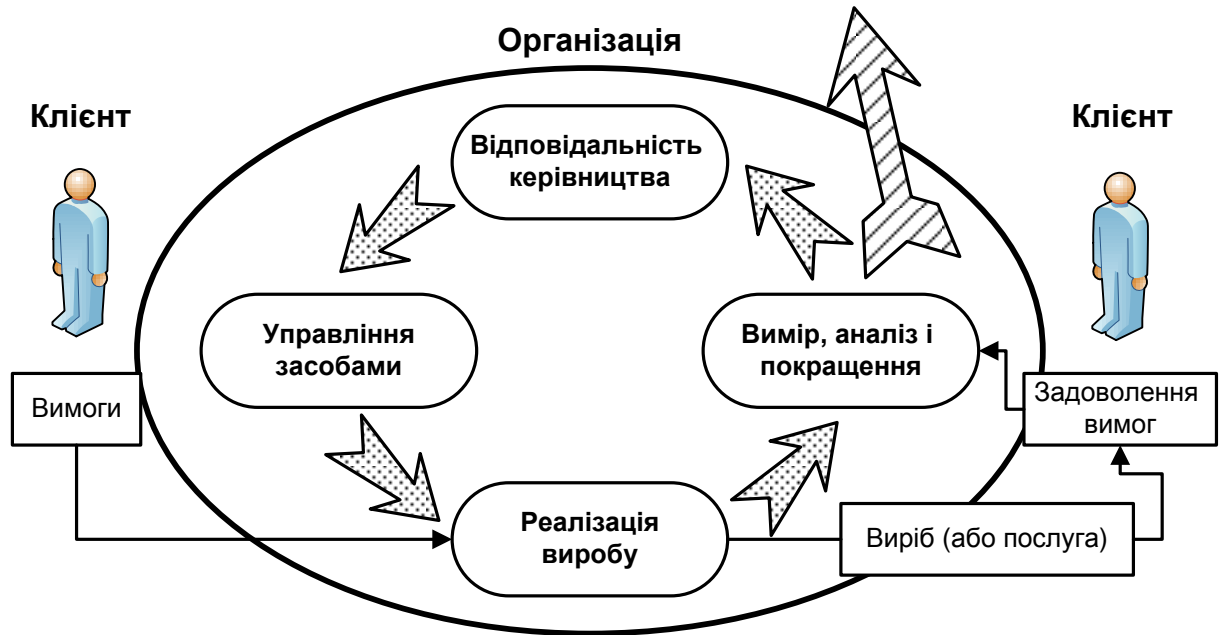


Рис.2.11. Схема постійного вдосконалення системи управління якістю

Метою систем якості відповідно до норми ISO є:

- досягнення і утримування якості та прагнення до постійного вдосконалення;
- вдосконалення якості діяльності, яка відповідає встановленій і прогнозованій;
- потреби клієнтів та інших зацікавлених сторін;
- здобуття довіри керівництва та працівників для того, щоб вимоги якості мали можливість збереження, утримання та вдосконалення;
- довіра клієнтів та інших зацікавлених сторін із метою запровадження вимог якості і їх дотримання;
- здобуття довіри, щодо дотримання відповідності вимог, котрі застосовуються.

Норма вимагає від лікувального закладу визначення якісних цілей, котрі є стратегічними в програмі охорони здоров'я, яку реалізує медичний заклад. З метою визначення ступеня досягнення цих цілей лікарня може використати якісні показники, пропоновані владою чи професійними організаціями, науковими товариствами. Важлива умова при цьому така: показники мають

бути мірними та істотними для процесу, якого стосується. Якісні цілі повинні пов'язуватися з політикою якості, яка розуміється як збір щоденних правил поведінки та набір значень у сфері якості (наприклад, політика застосування ліків, матеріалів, політика щодо персоналу, маркетингова політика).

Після здійснення аналізу ситуації щодо готовності системи цілого лікувального закладу, необхідно переконатися, що система повністю готова до сертифікації. Після цього існує можливість проведення пробного аудиту, під час якого оцінці підлягають окремі напрямки діяльності лікарні. Пробний аудит дає змогу вирішити важкі проблеми та підтвердити:

- система готова до сертифікації;
- проведенні процедури здійснені в правильному руслі, однак необхідно внести деякі корективи, тому сертифікаційний аудит відкладається терміном від одного до двох місяців;
- система не готова і для цього сертифікаційний аудит необхідно перенести на кілька місяців.

Норма також ставить вимоги до документації, необхідної для забезпечення контролю керівництва медичного закладу за належним функціонуванням системи якості. Існують вимоги, котрі стосуються систематичних процедур, але вони не повинні бути перебільшеними. Наприклад, існує вимога процедури контролю за документацією лікувального закладу, але не має вимог, котрі стосуються процедури лікування. Необхідно ще раз підкреслити еластичність системних розв'язків, котрі вимагаються нормою ISO 9001:2000.

В умовах конкуренції на ринку медичних послуг треба йти назустріч очікуванням клієнтів, аналізувати їх та задовольняти. Щоб зрозуміти потреби клієнтів, котрі найчастіше є пацієнтами, необхідно систематично досліджувати їх сьгоднішні і майбутні потреби. В епоху конкуренції висока якість та позитивний приклад медичного закладу будуть відігравати суттєву роль у його розвитку. Для цього медичному закладу необхідно також отримати сертифікат якості.

Запровадження системи якості та управління нею мають містити наступні елементи (у відповідності до ISO 9000), описані нижче. По-перше, мова йде про політику якості, що виступає ключовим елементом розробки стратегії. Політика якості не повинна суперечити стратегічним цілям медичної установи та очікуванням клієнтів. Вона має бути оприлюдненою та відомою усім працівникам медичного закладу, оскільки являється політикою цілої установи. Окремою вимогою є наявність інформації про структуру, взаємозв'язки відділень. Все, що стосується даних із надання медичних послуг, повинно відображатися в "Книзі якості". Це важливо ще й у випадку скарг пацієнтів на якість наданих послуг. В "Книзі якості" повинна бути чітко описана процедура надання послуг, що дозволить виявляти порушення.

По-друге, важлива культура колективу медичного закладу детермінанта вдосконалення якості медичних послуг. Х. Ленартович вважає, що це поняття включає в себе зібрання норм, поглядів переконань, практичний досвід



працівників; набір базових принципів відкритих або розроблених групою, які були доведені як достатньо добрі, щоб визнати їх за дійсні та передавати новим працівникам як практичний досвід [117].

Так, до ознак загальної культури медичного закладу слід віднести такі компоненти:

- комунікація в закладі, спосіб передачі інформації;
- загальний вигляд споруди лікарні;
- загальний вигляд лікарняних відділень (хірургія, ортопедія, травматологія тощо) та палат;
- зовнішній вигляд персоналу (лікарів, медсестер, санітарок та обслуговуючого персоналу);
- критерії формування колективу;
- критерії просування кар'єрними сходинками;
- стосунки в середині колективу медичного закладу;
- ступінь комунікації медиків із пацієнтами;
- створення процедури та ведення медичної документації;
- процес прийняття пацієнтів до лікарні, проведення досліджень, лікування та виписки їх додому.

По-третє, важливим аспектом запровадження системи якості та управління є процес організації. Без усвідомлення вимог, що описані в ISO, усіма працівниками медичного закладу (від головного лікаря до обслуговуючого персоналу) та їх значення в процесі підвищення якості система не принесе очікуваного зиску та не задовольнить усіх потреб.

Четвертим елементом процесу впровадження ISO виступає відповідальність керівництва. Основа успішного запровадження та функціонування системи якості лежить в об'єктивному усвідомленні керівним складом її сутності та значення, котрі можуть втратитися з огляду на довготривалість процесу. З цією метою логічним, на думку К. Ополскі, Г. Диковської, М. Можджонек, буде визначити працівника, котрий би представляв позицію керівництва в процесі впровадження системи якості [133]. Сам керівник зобов'язаний бути прикладом в вищезгаданому процесі та показувати на практиці переваги функціонування системи якості.

П'ятою особливістю запровадження та функціонування системи якості є документування системи якості. Розробка відповідного пакету документації лежить в основі ISO і є своєрідним гарантом її ефективного функціонування. Документація має на меті внутрішнє упорядкування роботи організації, розповсюдження серед команди політики якості, управління нею та оприсутнення результатів, що є доказом вірогідності та особливого підходу до функціонування системи якості. Ефект цієї діяльності досягається шляхом закріплення контролю за документацією та даними.

Шостий елемент впровадження ISO передбачає наявність умов надання послуг (у тому числі і їх якості), які підписуються лікувальними закладами з касами хворих, територіальними та державними бюджетами і под. Відсутність

в Україні перерахованих установ або ж згаданої процедури не створює умов для функціонування якісних медичних послуг.

Світова ж практика передбачає наявність належних умов для надання послуг, що спростить процес їх отримання та дозволить задовольнити очікування пацієнтів, а також слугуватиме своєрідним еталоном послуг (всі умови надання яких чітко прописуються в умовах). Перед початком лікувального процесу кожен випадок захворювання (перед підписанням умови) вивчається з метою прийняття рішення медичним закладом про можливість чи відсутність такої щодо задоволення всіх пунктів умови. Відмова у наданні того чи іншого виду послуг повинна бути аргументовано обгрунтованою (відсутність необхідного медичного обладнання чи вузькопрофільних фахівців) та повинна виключатися відмова з причин діагнозу (онкологічне захворювання, СНІД і тощо), що на жаль, мають місце не лише в Україні, але і в країнах Європи. Такий підхід зрозумілий з погляду небажання збільшувати кількість смертних випадків у медичних закладах (що впливатиме на їх рейтинг стосовно якості), однак абсолютно не сумісний із принципом Гіппократа "Не нашкодь!".

По-сьоме, необхідно взяти до уваги процес доставки. Медичний заклад повинен бути впевненим у своєму постачальнику. Переконавшись у правильному виборі можна за умов наявності відповідних рекомендацій, сертифікатів якості тощо. Всі закупівлі мають бути обов'язково задокументованими.

Управління процесами є восьмою особливістю впровадження та функціонування системи якості. Цей аспект включає у себе хронологічне документування послідовності виконаних процесів із зазначенням осіб, котрі їх контролюють. К. Ополскі, Г. Диковська, М. Можджонек вважають, що всі процеси – послуги, що відбуваються в закладі, є циклічними, тому повинні бути оформлені у вигляді стандартів [133].

Дев'ятим елементом є діяльність спрямована на виправлення негативних ефектів та запобігання їм. Ця діяльність спрямована на виявлення відхилень, їх причин та розробку шляхів виправлення, які мають документуватися та зберігатися. Особливої уваги заслуговують ситуації, пов'язані зі скаргами пацієнтів, кожна з яких повинна бути докладно вивчена і вирішена. Всі вони мають бути задокументованими для уникнення їх повторення в майбутньому.

Десятою і чи не найголовнішою особливістю системи є проведення внутрішнього аудиту. Його суть полягає в перевірці діяльності, що стосується якості. Зрештою, процедурою впровадження системи якості у відповідності з нормами ISO передбачено проведення незалежними працівниками лікувального закладу внутрішнього аудиту якості із попереднім його плануванням.

Під час аудиту центром уваги стають медичні послуги, які теоретично мають на меті задоволення потреб. Для того, щоб запровадити теорію в життя необхідно ретельно описати процедуру надання медичних послуг із врахуванням випадків лікувальної практики, що мали місце. Не повинні

залишатися поза увагою помилки (особливо лікарські), котрі мають бути оголошені відразу ж після їх виникнення, що дасть змогу оперативного реагувати та застосовувати коригувальні дії. При цьому не варто забувати той факт, що лікарські помилки є одним із мірників якості наданих медичних послуг. При здійсненні внутрішнього аудиту, варто вести реєстр різного типу помилок, що мали місце в діяльності медичного закладу; це дасть можливість оцінити динаміку застосування коригувальних дій та отриманий від них ефект.

Окремо необхідно реєструвати скарги пацієнтів та провадити їхній моніторинг за спеціально виписаною процедурою. Адже обґрунтоване застосування необхідного інструментарію дослідження дасть змогу отримати об'єктивну оцінку ступеня задоволення пацієнта від процесу лікування. Так, у світовій практиці добре себе зарекомендував процес опитування пацієнтів у вигляді виконання анонімної анкети. Анкетування проводиться на таких засадах:

- підходи до формування питань;
- обговорення проекту запитань загалом та кожного питання зокрема;
- мірна шкала – підбір критеріїв;
- принцип відправлення анкет;
- визначення розміру вибірки;
- виявлення та аналіз надійності анкет;
- аналіз анкет;
- будова анкет.

Анкета має складатися орієнтовно з двадцяти п'яти запитань закритого характеру та одного відкритого питання (Що для Вас було обтяжливим під час перебування в лікарні? Що би Ви змінили?). Окремо ставляться питання про міру якості життя та здоров'я:

- 1) самооцінка стану здоров'я;
- 2) оцінка відчуття щастя.

При цьому питання оцінки якості медичних послуг стосувалися:

- 1) загальної оцінки медичних послуг, отриманих у лікарні;
- 2) оцінка умов лікування в лікарні (час очікування в приймальному відділенні, завантаження палат, проблеми з пересуванням лікарнею, оцінка чистоти, стан санітарних вузлів, душових, палат);
- 3) оцінка перебігу лікування (різновид госпіталізації; згода пацієнта на дане лікування та лабораторні дослідження; зрозумілість та доступність інформування в питаннях здоров'я; знання пацієнтів про особливості прийняття ліків та їх дії; можливість контактування з родиною);
- 4) оцінка медичного персоналу, а особливо лікаря (його представлення; комунікація з пацієнтом; отримання довіри пацієнта).

У дослідженні сатисфакції пацієнтів збирається також інформація про особисті дані пацієнтів та подробиці їхнього перебування в лікарні. Це якраз приклад не лише відсутності користі, а й негативного ефекту від процесу анкетування.

Гарантією ефективного функціонування системи якості в медичних закладах є навчання персоналу. Норма ISO 9000 окреслює вимоги щодо навчання і освіти працівників у процесі управління якістю. Якщо працівники самі пройдуть навчання за нормами ISO 9000, підвищаться шанси ретельного та поетапного впровадження системи якості, що ґрунтуватиметься на об'єктивному змісті процесу.

До зовнішніх методів забезпечення високої якості медичних послуг належить акредитація, що є методом найбільш ефективним та таким, який себе успішно зарекомендував. Її роль у сучасних умовах полягає в пошуку питань, що найбільше впливають на рівень наданих послуг та безпеку пацієнтів. У цих напрямках створюються мірні критерії оцінки лікувальних закладів певного типу (наприклад, лікарні чи заклади довготермінової опіки), які називаються "стандартами акредитації". Ці стандарти мають динамічний характер, підлягають періодичній модифікації в залежності від швидкості отримання запланованих ефектів. Відтак основи акредитації полягають у стимулюванні досягнення оптимального рівня, що визначають стандарти акредитації. Щоразу вимоги стандартів повинні бути встановлені на максимально високому рівні, однак реально досяжному.

Розглянемо світову практику процесу акредитації, що вже пройшла випробовування та позитивно зарекомендувала себе. Найважливіша перевага акредитації полягає в тому, що як окремо взятий лікувальний заклад, так і лікарня, має можливість провести самооцінку через порівняння себе із взірцями хорошої практики та стандартами акредитації. Визначення в такий спосіб власних слабких сторін дозволить особам, котрі займаються якістю, шукати шляхи вдосконалення функціонування процесів.

Процес акредитації складається з таких фаз:

- підготовча;
- подання заявки лікувального закладу про участь у процесі акредитації;
- затвердження структури лікувального закладу з метою опрацювання плану візиту акредитаційної комісії;
- узгодження плану візиту акредитаційної комісії;
- візит акредитаційної комісії;
- здійснення процесу акредитації;
- рішення акредитаційної комісії;
- представлення вступного звіту до акредитаційного осередку;
- підготовка фінального звіту;
- ухвалення рішення акредитаційною радою;
- присилання фінального звіту та рішення щодо акредитації до лікувального закладу;

- можливий початок процедури апеляції;
- моніторинг між візитами.

Щоб розпочати процес акредитації, необхідне спершу усвідомлення лікувальним закладом важливості такого кроку. Підготовча фаза відіграє важливу роль у цілому процесі акредитації. На цьому етапі опрацьовуються стандарти та вносяться корективи у діяльність відповідно до стандартів. Лікарня самостійно приймає рішення про те, чи вона готова розпочати процедуру акредитації.

Процедура акредитації розпочинається від представлення до центру акредитації заявки у формі листа, підписаного компетентним членом дирекції. Наступний етап – заповнення лікувальним закладом анкети та надсилання її до осередку акредитації. На основі інформації, поданої в анкеті, осередок розробляє план візиту з урахуванням структури і характеру лікарні. В плані візиту зазначається його термін, тривалість, склад акредитаційної комісії. Також складається графік візиту та готуються документи, необхідні для проходження акредитації. Встановлений план візиту є обов'язковим для виконання для лікарні та членів акредитаційної комісії, однак, якщо це необхідно, можна план модифікувати під час акредитаційного візиту. Причина повинна бути прийнятною як для лікарні, так і для членів акредитаційної комісії. Зі змінами в плані повинні бути ознайомлені всі (особливо залучені працівники).

Кожен із членів акредитаційної комісії проводить оцінювання лікарні. Візит відбувається як у лікарняних відділеннях, так і в інших підрозділах, де пацієнт отримує послуги (лабораторії, операційний блок, аптека, амбулаторії тощо). Під час візиту проводяться опитування персоналу, переглядається документація лікарні та медична документація.

Одним із важливих елементів процесу акредитації є представлення роботи внутрішнього комітету якості, що полягає у презентації проектів, спрямованих на покращення якості.

Рішення про призначення чи відмову у визнанні акредитації приймається Акредитаційною Радою. Акредитація призначається терміном на три роки або ж певного циклу, передбаченого в програмі. Підставою призначення акредитації є вступний звіт, виконаний візитерами після закінчення акредитації лікарні. Переданий керівником акредитаційної комісії до осередку акредитації звіт аналізується. За необхідною додатковою інформацією звертаються до медичної установи. Висновки аналізу передаються до Ради, котра на їх підставі приймає відповідне рішення.

Рішення Ради разом із кінцевим рапортом передається до лікарні не пізніше ніж за два місяці з дня візиту акредитаційної комісії. Якщо лікарня має якісь заперечення щодо візиту акредитаційної комісії чи видання Радою рішення щодо акредитації, вона повинна про це заявити не пізніше ніж за два тижні з дня отримання відповідного рішення.

Важливим елементом процесу акредитації є переакредитаційне навчання, головна мета якого – наближення проблематики акредитації,

обговорення процесу візиту, встановлення основних проблем, пов'язаних із приготуванням до акредитації. Таке навчання відбувається в лікарнях, зацікавлених акредитацією, у формі лекцій, поєднаних із дискусією.

Наприклад, у Польщі, згідно з даними Центру Моніторингу Якості, кількість лікарень, що мають акредитацію станом на 2011 рік, складає 101 [119]. У цій країні серед зовнішніх механізмів управління якістю медичних послуг та підтвердження їх рівня слід зауважити ще дві процедури:

- сертифікація на відповідність міжнародній нормі ISO 9001:2000;
- акредитація відповідно до програми Акредитаційної Ради.

Розглянемо користь для медичних закладів, котрі мають сертифікати згідно з нормою ISO [102]:

- доопрацювання, втримування та вдосконалення прозорих медичних та юридичних процедур;
- поглиблення свідомості персоналу, його відповідальності за якість медичних послуг та збільшення задоволення персоналу з виконаної праці;
- зміцнення контролю над приховуваною видачею ліків, інфраструктурою та медичною апаратурою;
- моніторинг марнування в процесі господарської діяльності лікарні шляхом аналізу проблем, що виникають, та утворення команд, котрі покликані розв'язувати ці проблеми;
- моніторинг показників якості та отримання тенденції до зниження негативних показників і посилення тенденції позитивних показників;
- оптимізація використання наявних засобів, запобігання й управління клінічним ризиком чи надзвичайними ситуаціями;
- підвищення ступеню задоволення пацієнтів;
- створення позитивного іміджу лікувальному закладу з метою зростання конкурентної переваги.

Розглянуті нами вище системи управління якістю мають певні особливості. Так, акредитація концентрується на створенні стандартів і процедур, а ISO на відміну від неї є системою, що полягає у створенні формальних процедур та інструкцій для працівників. TQM приділяє увагу визначенню якісної культури та створення відповідних структур для покращення процесів із паралельним дослідженням напрямків змін [104].

Формування, впровадження та вмале застосування системи якості в медичному закладі дасть можливість йому вийти на високий рівень в умовах функціонування конкурентного середовища на ринку медичних послуг. Однак кінцевий ефект від цього буде досягнуто лише за умови врахування всіх економічних питань управління якістю медичними послугами та визначення їх впливу на фінансові результати лікування. Цій проблематиці присвячено наступний розділ.

## РОЗДІЛ 3

### КЛЮЧОВІ ПРОБЛЕМИ ЕКОНОМІКИ ЯКОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

#### 3.1. Економічні питання управління якістю

Економічна площина виконання підприємством (установою) виробничої функції управління якістю в умовах ринкової економіки є центральним питанням економіки якості. Чим зумовлена необхідність виокремлення економіки якості продукції (послуг) та її дослідження? Відповідь криється в наявних економічних та якісних взаємозв'язках. Із метою детального дослідження зазначеної тематики скористаємося можливістю відокремлення множини економічних засад. При цьому розглянемо якість часткову (економічну), спільне створення цілісної якості даного об'єкта дослідження або об'єкта управління якістю.

Виділення із множини економічних засад цього і інших характеристик об'єкта дослідження та вивчення взаємозв'язків між ними дасть необхідну інформацію для управління якістю і повномасштабного формування якості з погляду економічної категорії. Доречною також буде така інформація для дослідження економічної категорії – з погляду якості вибраного об'єкта управління. Загалом ця діяльність спрямована на оптимізацію комплексної якості об'єкта дослідження.

В основі дослідження і формування взаємин між якісними та економічними категоріями у межах функціонування підприємства (установи) лежить система функціонування економіки. При цьому акцент робиться на ринковому механізмі та централізованому управлінні в форматі як державному, так і міжнародному.

Під впливом ринкового механізму починає чітко проявлятися об'єктивна залежність між якістю послуг на медичному ринку у відношенні до цих послуг в економічних категоріях (ціні, коштах і под.). В умовах ринкової економіки існує пряма залежність цін від якості наданих медичних послуг. Іншими словами, рівень якості наданих медичних послуг впливає на їх кінцеву ціну. Із підвищенням якості послуг підвищується їх ціна. Таким чином оцінка економічного примусу генерує якість та ціни, перетворює якість на самостійний товар. Варто зауважити, що тут не йдеться про будь-яку якість. Лише оптимальна якість медичних послуг може бути запропонована на ринку медичних послуг як товар.

В умовах здорової конкуренції логічно, що якість повинна стати стратегічною метою для кожного лікувального закладу. При цьому головне завдання полягає у максимізації прибутків та зниженні витрат шляхом управління якістю в медичних установах. Оптимізація структури кількісно-якісного складу асортименту послуг є досить складним процесом. Це пов'язано з необхідністю об'єктивного дослідження внутрішньої кількісно-якісної структури послуг з урахуванням залежностей та взаємин на різних

щаблях. Медичні послуги надаються в окремих відділах лікувального закладу, які функціонують відповідно до свого фахового спрямування (хірургія, ортопедія, неврологія тощо), використовуючи при цьому певні засоби. Економічні питання щодо якості мають виникати не лише в окремих відділеннях медичного закладу, а й у всіх об'єктах управління (аптека, пральня, їдальня і под.).

Виникнення економічних проблем якості було пов'язано не лише з підвищенням прибутків за рахунок надання послуг вищої якості, що виражається через категорію ціни. Більш вагомим аргументом у цьому питанні є такі категорії, як вартість і видатки. Таким чином, кожна окремо взята послуга містить сумарні питомі кошти та витрати в функції проектної якості, наявної якості чи якості певного типу послуг.

Сутність управління якістю проявляється через такі процеси, як:

- планування;
- проектування;
- програмування;
- організація зв'язків;
- контроль та вдосконалення якості об'єктів управління.

Загалом, вирішальна роль якості як економічної категорії полягає в тому, що згадані процеси безпосередньо проявляються як критерії прийняття рішень та оптимізації в управлінні якістю.

Масштаби та методи економічного аналізу повинні бути адекватними до характеристик об'єкта та рішень, що стосуються їх якості [123]. Важливим завданням дослідницького процесу є, на думку А. Хамрола та В. Мантури, визначення типології проблем якості, що дасть підстави для створення та розвитку методів економіки якості. Науковці вважають, що така типологія повинна передбачати:

- специфіку складових елементів якості об'єкту управління (технічна, ергономічна, товарна, експлуатаційна);
- різновид об'єкта управління (кінцевий виріб; напівфабрикат; операція технологічна; допоміжний процес; життєвий цикл виробу; відділ);
- комплексний характер якості об'єкта управління (проектна якість, дійсна якість, якість виконання);
- ступінь складності як категорії якості [91].

З огляду на вищесказане із зазначених міркувань, на фазі проектування медичних послуг відбувається збір інформації щодо ситуації на ринку медичних послуг, появи нових видів попиту. При цьому враховується здатність задовольнити такі потреби. Під здатністю розуміють професійне та технологічне забезпечення вимог і очікувань пацієнтів. Це стає можливим за умови оптимізації проектної якості. Іншими словами, відбувається процес пошуку оптимальної рівноваги між можливостями та витратами, враховуються всі чинники впливу (зовнішні і внутрішні).



У фазі реалізації послуг особливо важливо приділити увагу проблемам управління якістю. Для початку необхідно досягнути наперед запланований рівень якості медичних послуг. Наступним кроком мають бути концентрація зусиль з утримання досягнутого рівня якості. Завершальним елементом процесу управління є вдосконалення проектної якості медичних послуг. Останній елемент концентрується знову-таки на пошуку оптимізації якості як економічного критерію. Тобто йдеться про зниження як основних, так і додаткових витрат, однак без зниження рівня якості наданих послуг. Мінімальна загальна вартість визначає оптимальну економічну якість [101].

Розглянута нами вище проблема економіки якості при поділі її на фази недостатньо досліджена в європейських країнах і не реалізована в Україні, що ще раз підкреслює актуальність проведеного нами дослідження.

Управління якістю виражається через процеси прийняття рішень шляхом планування, програмування, проектування, контролю та вдосконалення якості. В процесі управління якістю вагоме значення відіграють економічні категорії, які виникають із того факту, що вони виконують роль оптимізації і стимулювання при прийнятті рішень. Загалом, кожне прийняття рішень стосовно якості наданих послуг повинно бути проаналізовано з огляду на економічні критерії, оскільки, як відомо, в умовах товарно-грошових відносин в економічних категоріях виражаються головні цілі підприємництва, відтак управління якістю стимулює їх досягнення.

Вибір методики економічного аналізу повинен бути адекватним характеристиці об'єкту дослідження та рішенням, що стосуються його якості [123]. У цьому контексті виникає необхідність систематизації проблем якості для створення методів економіки якості. При цьому варто врахувати:

- часткові якості (технічна, ергономічна, експлуатаційна, соціологічна і т.д.);
- різновид об'єкта управління (цикл надання послуги, окремо взятий відділ, кінцева послуга, профілактика і под.);
- характерні стани якості (проектна, наявна, порівняльна).

Першочерговим об'єктом дослідження економіки якості виступає якість прийняття рішень на фазі проектування. В даному контексті необхідно звернути увагу як на процес проектування загалом, так і на його складники зокрема. На цьому етапі важливе все: необхідно ретельно проконтролювати вибір медичних матеріалів, підбір кваліфікованих працівників, наявність запроєктованої технологічної спроможності задовольнити актуальні потреби пацієнтів. Особливу вагу приділяють оптимізації проектної якості.

При проектуванні медичних послуг береться до уваги зовнішні та внутрішні чинники, що впливають на їх життєвий цикл.

Фаза "Експертизи" передбачає створення певної комісії в рамках медичного закладу, мета якої – аналіз та оцінка спроможності забезпечення існуючого попиту на медичному ринку, запропоновані на фазі "Проектування". Ця оцінка може ґрунтуватися як на власних висновках комісії, так і на висновках залучених експертів. При цьому в аналізі здатності

наголос необхідно робити знову ж таки на оптимізації видатків та якості медичних послуг.

"Реалізація" медичних послуг як фаза життєвого циклу повинна відбуватися з дотриманням затверджених норм та графіків, мірником її має бути винятково якість з урахуванням усіх її аспектів (нагадаємо, що йдеться про оптимальну якість) (рис. 3.1).



Рис. 3.1. Аспекти якості медичних послуг

На фазі "Реалізація" приймаються рішення щодо проблем управління якістю, зокрема вони стосуються досягнення бажаного рівня якості, втримання на відповідному рівні та вдосконалення її. Вибір та економічна оптимізація виконання медичних послуг повинні бути збалансовані. Для підтримки такого балансу необхідні додаткові видатки на профілактику та виправлення якості послуг. Виходячи з економічного критерію, оптимізацію якості виконання трактують як суму витрат та додаткових коштів, використаних при цьому. Мінімальна сума витрат на якість визначає економічно оптимальну якість виконання виробу (надання послуги), виходячи з інтересів продуцента [101].

Якість медичних послуг має кілька аспектів (рис. 3.1) і сприймається по-різному, в залежності від цільової категорії. Найбільше значення вона має для пацієнтів, що трактують якість як:

- рівень кваліфікації медичного персоналу;
- умови, в яких надаються медичні послуги;
- спосіб реалізації медичних процедур;
- рівень комунікації медичних працівників та пацієнтів;
- ступінь покращення здоров'я.

Працівники охорони здоров'я якість розглядають як:

- покращення стану здоров'я пацієнта;
- задоволення пацієнта від процесу лікування та отриманих результатів;
- надання медичних послуг у відповідності з чинною медичною практикою та застосуванням найновіших медичних технологій.

Страхові компанії та платники податків якість сприймають як:

- доступність медичних послуг для пацієнтів;
- наявність відповідної інфраструктури;
- рівень кваліфікації медичних працівників;
- забезпечення лікувального закладу медичним устаткуванням;
- рівень здоров'я популяції.

Такі підходи до трактування якості медичних послуг існують в європейських країнах світу, де вони постійно вдосконалюються з урахуванням учасників ринку медичних послуг. Станом на сьогодні немає можливості навести відповідні українські результати досліджень щодо трактування вищезгаданого поняття, оскільки чинна модель охорони здоров'я ("модель Семашко") деформувала в людей уявлення про доступність та якість послуг. Проведення опитування на сьогоднішньому етапі може лише підтвердити незадоволеність респондентів стосовно системи медичних послуг в Україні. Вважаємо, що такого типу опитування ще не на часі, враховуючи відсутність обізнаності в хворих з деяких аспектів лікувального процесу та брак довіри пацієнтів до медичних працівників.

Розглянуті нами аспекти якості в контексті життєвого циклу медичних послуг не містить повномасштабного дослідження в економіці якості. Однією із причин, що стримує розвиток таких досліджень, є виокремлення витрат на якість із загальної суми витрат лікувального закладу.

Як уже наголошувалося, якість є абстрактною категорією, відтак вона не може бути окремою статтею видатків. Лікувальні заклади можуть вести облік видатків за центрами їх виникнення (як один із можливих варіантів). Одна з переваг, що випливає із досліджень якості, полягає у можливості досягнення збільшення інвестицій та раціонального розподілу наявних в медичному закладі обмежених ресурсів.

### 3.2. Класифікація та розрахунок витрат на якість медичних послуг

Досягнення та утримання певного рівня якості медичних послуг пов'язані з витратами, що становлять фундамент ефективного управління в лікувальних закладах. На думку Е. Скшипек, "кошти якості становлять синтез операційних коштів із досягненням якості. Зокрема необхідно зазначити профілактику, оцінку, зовнішні помилки, перевищення вимог, втрати користі" [147].

А. Хамрол та В. Мантура пропонують декілька постулатів у контексті досліджуваного нами питання [91]:

1. Ціною називається вартість одиниці виробу (в нашому випадку мова йде про окремо взятую послугу), виражена в грошовому вимірнику.
2. Вартістю називають величину цільового використання ресурсів, виражену в грошовому вимірнику.
3. Витратами називаються витрати нецільового призначення чи споживання ресурсів, виражені в грошовому вимірнику.
4. Витратами називаються нецільові витрати чи зношування ресурсів, виражені в грошовому вимірнику.

Як видно із указаних постулатів та вищенаведених міркувань, існують певні зв'язки між послугою, якістю та вартістю. Всі вони функціонують в одній площині (рис. 3.2).

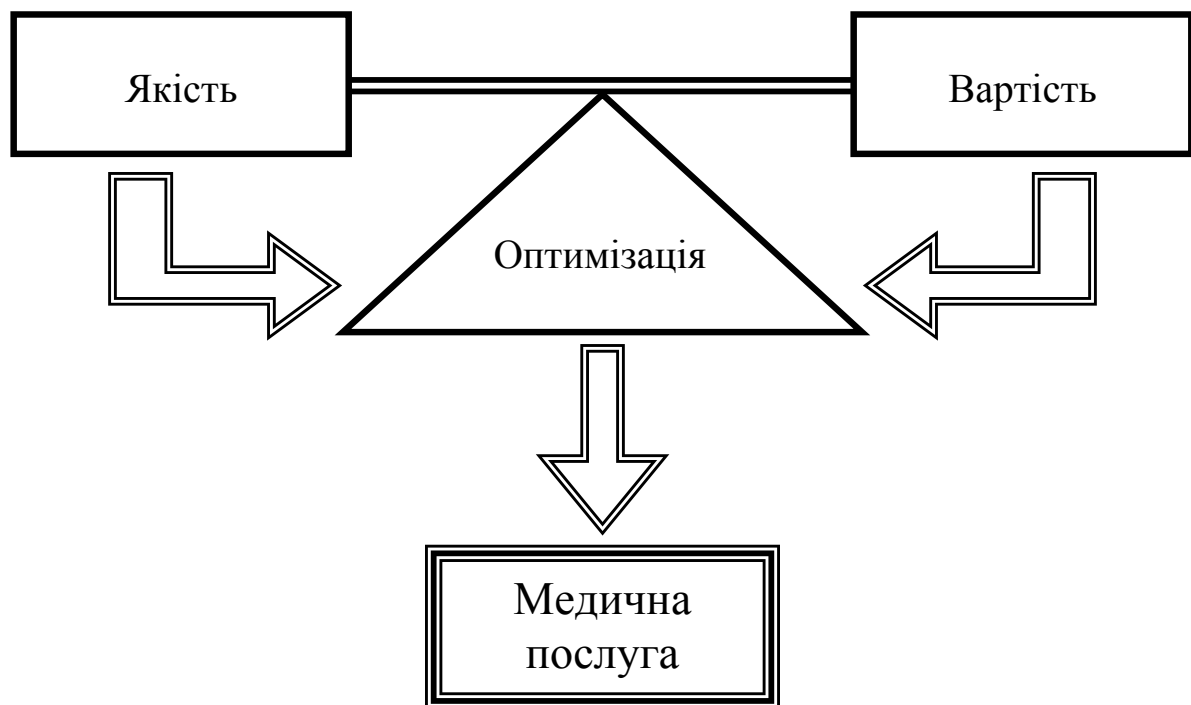


Рис. 3.2. Оптимізація якості та вартості медичних послуг

Рис. 3.2 відображає дві головні складові послуги – якість та витрати. Чим вища якість медичної послуги, тим вищі відповідно затрати для її

забезпечення. Важливим елементом представленої схеми являються визначення критичної точки якості, тобто необхідно розрахувати точку, в якій прийнятна якість послуг буде надана при найменшому обсягу витрат. Для визначення запропонованого стану необхідно проаналізувати якість медичних послуг, згодом дослідити витрати, що йдуть на забезпечення якості. Порівнявши результати, можна врешті визначити критичну точку якості медичних послуг.

Загалом витрати на забезпечення якості присутні у всіх сферах виробництва товарів та наданні послуг. В світовій практиці виділяють три основні групи витрат якості продуктів (рис. 3.3).

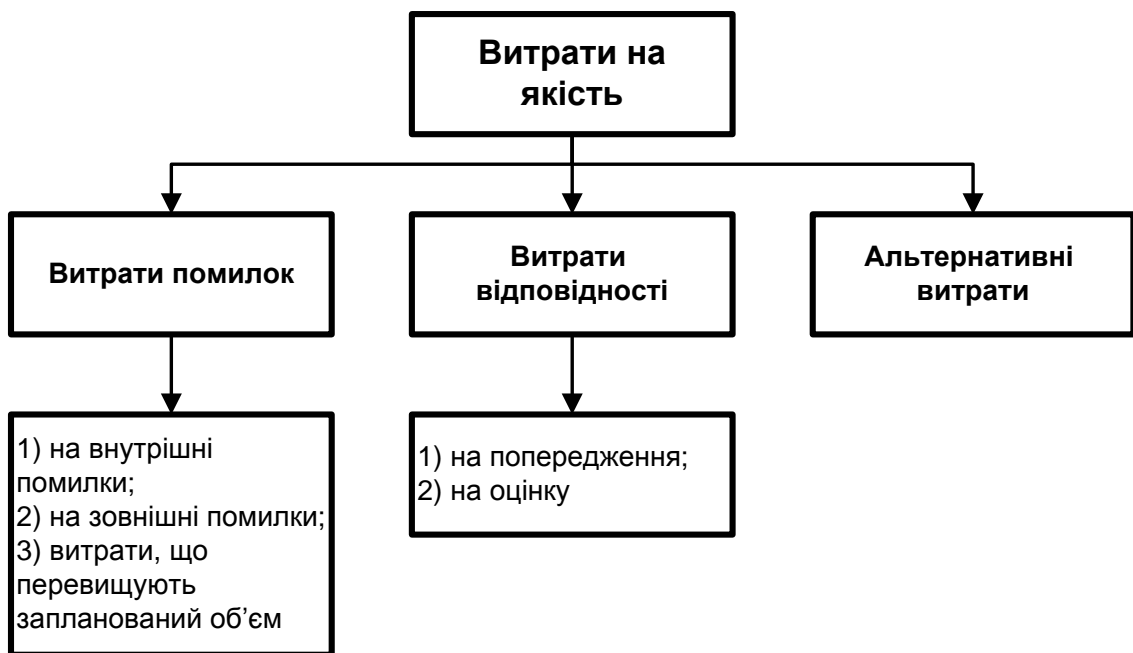


Рис. 3.3. Структура витрат на якість

Усі витрати, які відносяться до першої групи, називають ще витратами невідповідності, що означає відхилення від очікувань клієнтів. Такі витрати спричинені недотриманням очікувань клієнтів або ж є витратами, пов'язаними з виправленням помилок і усуненням наслідків надання послуг низької якості. В залежності від місця виникнення та ступеня невідповідності вони поділяються на витрати помилок внутрішні та зовнішні.

Внутрішні помилки трапляються здебільшого у відділеннях, де перебувають пацієнти, і саме там здійснюються витрати на виправлення помилок. Визначення лікарської помилки було запропоноване професором Б. Попельським, який зазначав, що "помилкою є дії (халатність) усупереч фундаментальним, загально визнаним принципам сучасних (актуальних) медичних знань" [127].

Кількість лікарських помилок залежить у більшості випадків від системи керівництва медициною загалом, так і окремо взятого лікувального закладу зокрема. Іншими словами, що ефективніше працює система якості медичних

послуг, то тим менша кількість небажаних наслідків для здоров'я та лікарських помилок стане менше.

Від знань та свідомості хворого залежить, чи відомі йому поняття:

- ризик, пов'язаний із процесом лікування;
- операційний ризик;
- несприйняття ліків;
- терапевтичних невдач.

Про всі вищезазначені наслідки лікування, які виникають із помилкових дій лікарів, пацієнт – у рамках реалізації права надання інформації про стан здоров'я – повинен бути ретельно проінформованим. На жаль, як свідчить практика української медицини, лікарі щодо згаданого права пацієнта в кращому випадку надають йому таку інформацію, а в гіршому – просто примушують підписати документи без повного усвідомлення власних дій з боку хворого. Здебільшого це стосується проведення операцій та підписання пацієнтами відповідної ознайомлювальної документації вже на операційному столі під впливом знеболювальних речовин, що не дозволяють хворому зважити всі плюси і мінуси та прийняти правильне рішення.

Пацієнт без належної поінформованості буде неспроможним зрозуміти усі можливі наслідки медичних дій. Це спричиняє негативне ставлення до системи охорони здоров'я в цілому, адже в наш час такий підхід вважається нормою. Для пацієнта така ситуація буде тотожною неправильним діям лікарів, браку ефекту від лікування, а особливо з погіршенням стану здоров'я, не зважаючи на лікування.

Найбільш поширеними причинами порушення справ проти лікарів<sup>1</sup> в європейських країнах є:

- раптова, несподівана смерть після резюмування щодо нескладного лікування та такого, що вважалось надто легким;
- серйозні ускладнення, в тому числі ті, що знаходяться в межах лікувального ризику, якого хворий та його родина не брали до уваги;
- надання медичних послуг, на які пацієнт не дав згоди;
- ненадання допомоги хворому лікарем, що прибув на виклик і залишив його вдома (хоча на думку родини хворий потребував госпіталізації);
- стиль праці лікарів та допоміжного персоналу;
- нездійснення або поверхневе проведення діагностики, що викликає підозри про неможливість встановлення об'єктивного діагнозу;
- неправильна оцінка таких досліджень або суперечливості між дослідженнями, зробленими різними лікарями;
- надання "сенсаційної" інформації стороннім особам про медичних працівників;
- особисте небажання пацієнта лікуватися в конкретного лікаря.

Найбільша кількість стосується таких випадків, як:

- хірургічних;

---

<sup>1</sup> В Україні така практика відсутня

- нейрохірургічних;
- пологових;
- педіатричних;
- неврологічних;
- анестезіологічних;
- онкологічних.

Найпопулярніші причин помилок лікарів такі:

- неправильна інтерпретація симптомів, навіть типових для посттравматичного розладу чи стану;
- невикористання доступних, але вкрай важливих для охорони здоров'я діагностичних можливостей;
- проведення лікування усупереч браку необхідної компетенції;
- необґрунтована затримка із завершенням операції;
- невідповідність в фармакологічному лікуванні;
- невідповідність в організації роботи цілої медичної установи чи відділення.

Питання, пов'язані з відповідальністю лікарів, зокрема карною, за скоєну помилку є значно ширшою темою, що перевищує рамки даного дослідження. Так, лікар може припускатися помилки стосовно хворої особи чи в посттравматичному стані. Обидва ці стани самі по собі несуть певний ризик навіть при правильно поставленому діагнозі та призначенні лікування. Дуже складно, а інколи взагалі буває неможливо встановити, що спричинило хворобу і що стало підставою для скоєння помилки. Здебільшого це стосується тих випадків, у яких прогнози були невтішними, проте існували шанси на порятунок життя. У більшості випадків, однак, не можна звинувачувати лікаря в негативних результатах лікування чи смерті хворого. Натомість можна говорити про зменшення шансу на уникнення таких результатів, беручи до уваги небезпеку втрати життя та нанесення важких тілесних пошкоджень.

Друга група – це витрати відповідності. Відповідність окреслює ступінь, у якому послуга відповідає потребам пацієнтів. До складу цієї групи входять витрати на попередження та витрати на оцінку. Витрати на попередження складають видатки, спрямовані на недопущення виникнення помилок. Тут кошти можуть бути спрямовані на:

- створення системи забезпечення якості;
- розробку та запровадження програм покращення якості;
- навчання персоналу;
- підвищення кваліфікації персоналу;
- діяльність команди, що забезпечує якість послуг;
- опрацювання процедур, стандартів та їх впровадження;
- підготовку до акредитації.

Витрати ж оцінки – це видатки, призначені на викриття можливих помилок, які виникають у зв'язку з визначенням ступеня відповідності фактичного стану зі стандартами якості. Приклади таких витрат – видатки на:

- моніторинг якості від початку до моменту завершення процесу;

- оплату праці працівників, задіяних у даному процесі моніторингу;
- самооцінку виконання акредитаційних стандартів;
- огляди інспекторів осередку акредитації, рівня підготовки до акредитації.

Третю групу складають альтернативні витрати. Це так звані "кошти втрачених можливостей в майбутньому", пов'язані з поточною якістю послуг, що надає медичний заклад. Такі втрати стосуються як пацієнтів, котрі вже користуються медичними послугами лікувальної установи, так і тих, котрі могли б скористатися ними в майбутньому. В такий спосіб лікарні можуть втратити довіру не лише окремих пацієнтів, а й суспільства в цілому. Це, своєю чергою, призведе до зниження ціни на медичні послуги. Як наслідок, витрати на утримання всієї інфраструктури лікувального закладу та заробітну плату персоналу можуть перевищити прибутки. Саме тому необхідно здійснювати процес управління якістю так, щоб не допускати виникнення змодельованої вище ситуації.

Витрати також класифікують відповідно до норми ISO 9004. В ній виділяються дві групи витрат, які пов'язані з якістю (рис. 3.4).

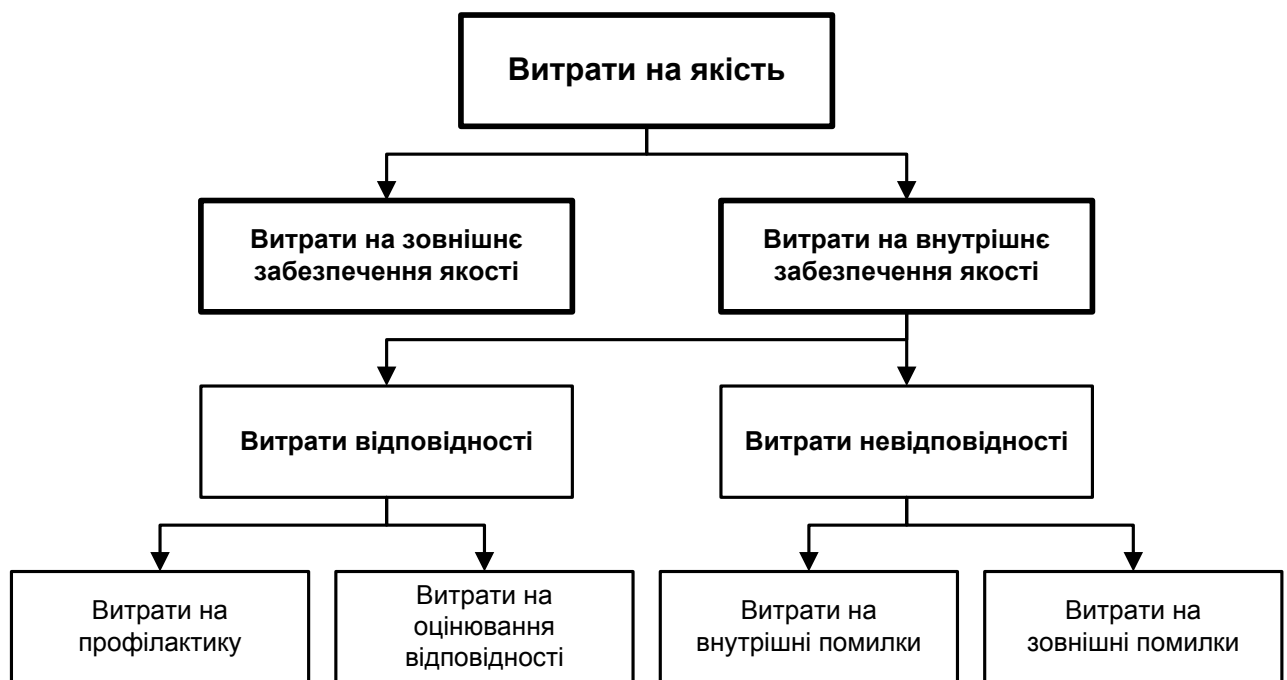


Рис. 3.4. Поділ витрат на якість згідно з "нормою" (стандартом) ISO 9004

Це витрати зовнішнього та внутрішнього забезпечення якості. Останні включають видатки на забезпечення гарантій пацієнтам щодо рівня якості наданих послуг. Тобто йдеться про видатки на отримання необхідних сертифікатів та свідоцтв якості, визнаних експертами.

Витрати внутрішнього забезпечення якості складаються із витрат відповідності і невідповідності. Механізм їхньої дії докладно було розглянуто вище.



Вибір класифікації витрат якості є питанням умовним. Незалежно від вибору способу класифікації, медична установа зобов'язана управляти якістю, раціонально на неї впливати та вести облік видатків, пов'язаних із якістю. При цьому необхідно ретельно ці видатки проаналізувати і лише тоді приймати рішення, спрямовані на оптимізацію підтримки та вдосконалення якості для забезпечення очікувань пацієнтів.

Ведення обліку витрат на якість являється довготривалим процесом, що його варто здійснювати поетапно. Спочатку відбувається приготування інформаційних матеріалів для керівництва, що є підставою прийняття рішення про введення обліку витрат на якість та поширення знань серед співробітників про вплив якості на фінансовий показник фірми [157].

Наступний етап – утворення спеціальної комісії, котра відповідатиме за впровадження якісної концепції в життя (рис. 3.5).



Рис. 3.5. Цілі визначення витрат на якість [68]

На думку М. Цієхана-Куяви, третім етапом являється опрацювання процедури обліку витрат якості, детальних інструкцій реєстрації, обробка та аналіз витрат [68].

Четвертий етап присвячений питанням управлінню обліку витрат на якість, що впроваджуватиметься в життя [137]. При цьому всі видатки повинні бути економічно обґрунтованими.

П'ятий етап полягає у підвищенні кваліфікації працівників шляхом їх навчання з питань обліку витрат та усвідомлення стосунків між якістю і фінансами підприємства [68].

Шостим етапом буде впровадження запланованої системи обліку та аналізу витрат на якість [68].

Подання інформації про видатки на якість керівництву підприємства і особам, зацікавленим даною тематикою, займають сьомий етап процесу [157].

Восьмий етап полягає в проектуванні та впровадженні до практичного застосування пропозицій на підставі аналізу видатків на якість та оцінки ефективності діяльності системи управління якістю і її покращення [68].

Існує безпосередній вплив якості на рівень видатків та обсяг надання медичних послуг. Мета кожного лікувального закладу полягає в отриманні прибутків та належної позиції на ринку медичних послуг. Досягнення цих цілей можливе через:

- пропозицію консументам широкого спектру медичних послуг як відповіді на наявний попит;
- встановлення ціни послуг на основі конкуренції;
- високу кваліфікацію персоналу.

Видатки, спрямовані на якість послуг, безпосередньо впливають на загальний рівень видатків та прибутків. Це стає можливим завдяки покращенню якості, що має такі переваги:

- зниження вартості послуг;
- орієнтація та пристосування до вимог пацієнтів;
- збільшення доходів;
- регулювання часу надання медичних послуг до потреб клієнтів;
- налагодження інформаційного потоку щодо наданих медичних послуг;
- зміцнення позиції лікувального закладу на ринку медичних послуг;
- забезпечення гідних умов праці;
- зріст ефективності діяльності.

Покращення якості медичних послуг веде до задоволення клієнта, збільшення прибутку та зменшення видатків на виправлення браку. Метою впровадження якості полягає в зменшенні видатків на неї.

Таким чином, з метою постійного контролю за видатками якості, необхідно не просто вести їх облік, а й стежити за джерелами утворення та динамікою процесу. На основі опрацьованих даних необхідно розробити найбільш оптимальний ощадний проект, де витрати будуть меншими від витрат заощаджень. Оптимізація витрат має розпочатися з оцінки вартості компонентів якості, що дозволить не лише вирішити поточні проблеми якості, а й оптимізувати її.

Важливими елементами системного підходу в контексті досліджуваного нами питання є аналіз витрат у динаміці, вивчення центрів їх виникнення та відповідно планування мінімізації обсягів. Для цього необхідно застосовувати різноманітні програми, системи, що не лише дозволять мінімізувати витрати, а

й дадуть змогу контролювати їх у майбутньому. Існує низка моментів, на які варто звернути при цьому увагу:

- оцінювання складових елементів витрат якості;
- інвестування в покращення якості;
- збільшення видатків на профілактику якості на початкових етапах запровадження системи якості;
- в умовах існування ринку медичних послуг лікувальні заклади повинні бути зацікавлені в отриманні максимальних прибутків при оптимальному рівні послуг.

Оцінювання складових витрат елементів якості є одним із перших та головних кроків при досягненні оптимізації видатків якості, адже знання їх величини дасть змогу стратегічно підійти до цілого процесу управління. Дослідження складових елементів варто спрямувати в такі напрямки, як:

- виникнення проблем, що стосуються функціонування проякісної системи;
- ефективність діяльності внутрішніх відділень із забезпечення функціонування системи якості;
- планування коригувальних дій, спрямованих на запобігання, оцінювання та вимірювання, що дозволить вийти на оптимальний рівень якості;
- ефективне використання наявних засобів для досягнення максимальних прибутків при максимальному рівні якості послуг.

Інвестування в покращення якості має на меті покриття витрат на забезпечення якості послуг. При цьому лікувальний заклад прагне до збільшення своїх доходів, підвищення рівня обслуговування та, як наслідок, зменшення сатисфакції пацієнтів.

Збільшення видатків на профілактику якості на початкових етапах та запровадження системи якості – це важливий аспект. Процес запровадження системи якості має розпочатися з курсів щодо проякісної політики лікувального закладу, де повинна звертатися увага на її планування, комунікацію з пацієнтами, швидке реагування на відхилення від запланованих показників. Із часом роботи налагодженої системи зникає необхідність періодично перевіряти відповідність дій працівників у рамках проякісної системи. При цьому невинуваті видатки зменшуються. Ґрунтовний підхід до запровадження системи якості в лікувальному закладі детермінує збільшення видатків на профілактику самої якості. Мова йде про інвестування в майбутнє медичного закладу. Загалом, як свідчить практика європейських країн, зменшення видатків на якість на половину може тривати від двох до трьох років. Отже, ми розглядаємо довготривалий процес, ретельність якого гарантує досягнення кінцевого результату.

Функціонування будь-якого ринку передбачає отримання прибутку суб'єктами цього ринку. Лікувальні заклади не виняток і також прагнуть збільшити до максимуму прибутки, однак при цьому вони зобов'язані

враховувати власний рівень якості пропонованих послуг. Іншими словами, медичні заклади мають прагнути до оптимізації видатків на якість (рис. 3.6).

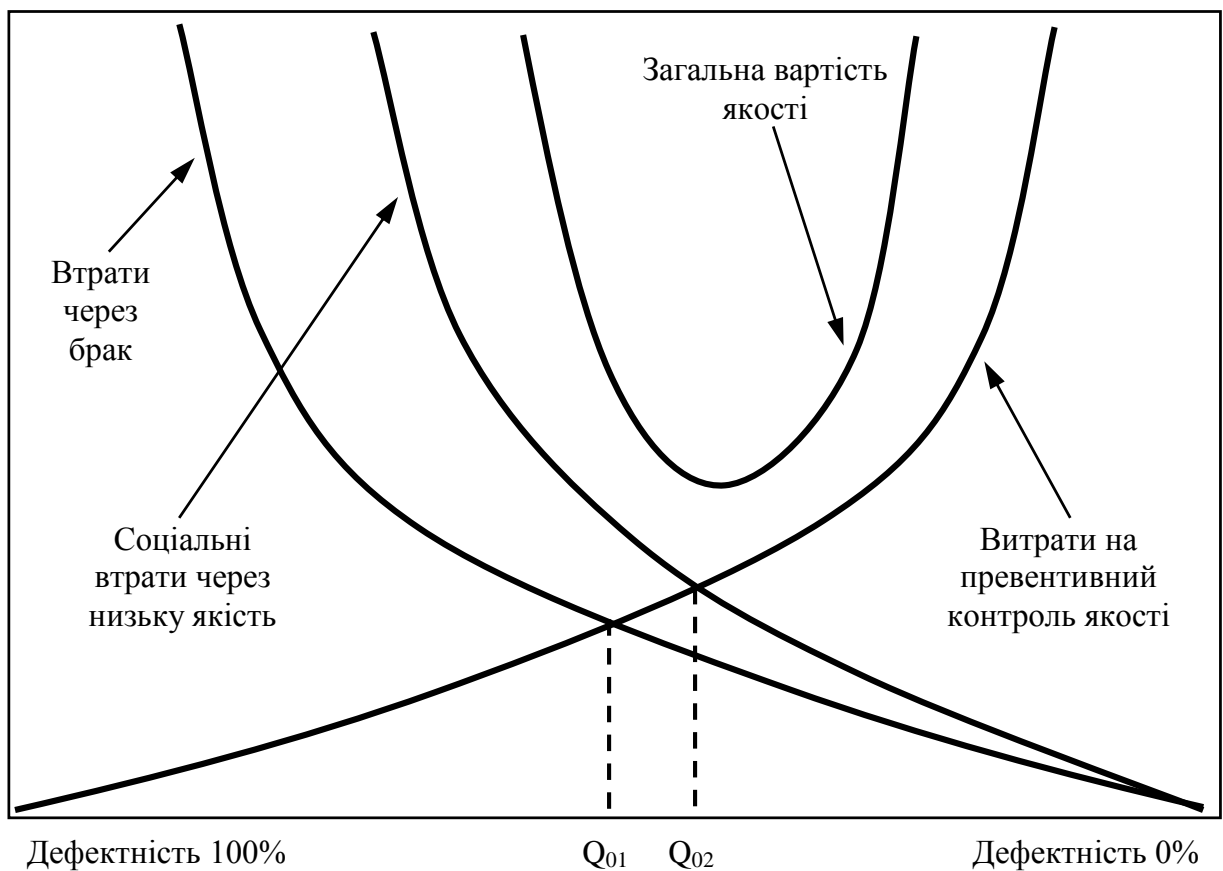


Рис. 3.6. Оптимізація видатків на якість [130]

Вище ми переконалися, що не можливо досягнути відповідного рівня якості без інвестування в нього, однак при цьому обов'язково необхідно вести облік витрат. Облік витрат – це система якості запису у відповідних розділах і на відповідних рахунках, пов'язаних із якістю продукції (послуг), які можуть виникати на всіх етапах (від проектування до реалізації). Вона є частиною системи управління підприємством, що належить до сфери менеджменту якості, яка полягає у визначенні вартості якості, її аналізі, визначенні джерел формування та планування за декількома проектами на основі економічної ефективності (витрати повинні бути меншими, ніж заощадження, отриманні таким чином) [148].

Чинна в Україні система охорони здоров'я бере до уваги лише обсяг фінансування, який виділяє Міністерству охорони здоров'я й окремим його лікувальним закладам. Такий підхід унеможливує, по своїй суті, принципи якісного надання медичних послуг загалом. Реформування теперішньої системи, на нашу думку, повинно бути радикальним. Часткова переорієнтація призведе до рецидиву та позбавить шансу створення нової сучасної проякісно спрямованої системи охорони здоров'я. Відтак ліквідація старої системи дасть

можливість зародженню, розвитку та функціонуванню новітньої системи, що дістала визнання та підтвердження в світі.

### **3.3. Особливості економічних проблем управління якістю медичних послуг**

Процес управління якістю медичних послуг стикається з низкою економічних проблем, які необхідно ретельно дослідити та врахувати їх особливості, щоб вміти ними керувати та отримувати з цього прибутки.

Перший блок проблем стосується дослідження, аналізу економічних умов при прийнятті рішення щодо якості медичних послуг. Іншими словами, береться до уваги той факт, що прийняття того чи іншого рішення стосовно якості послуг матиме різні наслідки (прямі і непрямі). По суті, нас мають цікавити економічні дані, що є на вході процесу впровадження якості. Такі дані презентуються у вигляді встановлених вимог, обмежень та наявних можливостей. Саме тому лікувальним закладам необхідно систематизувати наявні економічні умови та залежності, виходячи з власних інтересів та прогнозованих зисків. У даному контексті доречно розглянути економічні аспекти діяльності конкурентів, котрі працюють на медичному ринку та враховувати такі дані у процесі впливу їх на роботу лікувального закладу.

Другий блок утворюють проблеми, пов'язані з визначенням ефективності прийнятих рішень у контексті якості медичних послуг. Основою досягнення кінцевого ефекту являється раціональне використання наявних ресурсів із метою досягнення економічних цілей медичними установами.

Зупинимося детальніше на людському капіталі як аспекті конкуренції на ринку медичних послуг. Мотиваційний чинник стає вирішальним для людського капіталу в процесі становлення, управління та вдосконалення якості медичних послуг. Прагнучи до кращих умов праці (в тому числі і достойної заробітної плати) та можливості самореалізації себе як кваліфікованих працівників, медики намагаються виконувати свою роботу у відповідності до встановлених медичних норм, що значною мірою впливає на рівень якості. При цьому ми говоримо про осіб із високим потенціалом, які здатні постійно вдосконалюватися, що знову ж таки матиме позитивний вплив на кінцевий результат діяльності лікувального закладу.

Процес залучення людського капіталу, на нашу думку, мав би відбуватися в трьох вимірах:

- стратегічному;
- організаційному;
- функціональному.

Важливим моментом є трактування та розуміння суті вищезгаданих вимірів. Так, стратегічний вимір людського капіталу для одних бачиться як працевлаштування компетентних спеціалістів, підвищення рівня їх

кваліфікації та побудова на цій основі мотиваційних систем. Вважаємо більш об'єктивним трактування стратегічного виміру як:

- пристосування до вимог пацієнтів;
- зміна чинної структури послуг у відповідності до потреб клієнтів;
- постійна модернізація наявного медичного обладнання.

Організаційний вимір досвідчує, в першу чергу, сам процес управління людським капіталом. У цьому питанні повинно бути враховано:

- відповідна структура медичного закладу;
- наявність у структурі медичного закладу заступників із питань лікування та медичних сестер;
- функціонування окремого відділу у справах працівників лікувального закладу;
- діяльність лінійного керівництва;
- існування професійних спілок;
- наявність зовнішнього радника.

При цьому необхідно звернути увагу на низку аспектів. По-перше, розподіл обов'язків між людьми повинен бути чітким, що знайшло б відображення в посадових інструкціях працівників. По-друге, негативних наслідків у сфері управління людським капіталом стане значно більше при надмірно активній участі керівництва в управлінському процесі. Третій аспект полягає у недостатньому визначенні участі лінійних керівників в реалізації функцій персоналу.

Функціональний вимір – це розвиток медичної установи. В контексті розвитку людського капіталу варто звернути увагу на процес навчання персоналу. Як показує світова практика, в цьому питанні здебільшого увага приділяється лікарям, медичні сестри проходять навчання значно рідше. Фінансування таких навчань проводиться за власні кошти медичних працівників. Вважаємо доцільним упровадження часткового відшкодування з боку адміністрації лікарні, що стане додатковим стимулом для працівників на шляху до самовдосконалення.

Людський капітал як такий в медичних установах України не є об'єктом дослідження ні керівництва даних закладів, ні Міністерства охорони здоров'я. Це призвело до таких негативних наслідків:

- відсутність мотивації медичних працівників;
- несприйняття людей як джерела конкурентної переваги;
- брак стратегічної інтеграції людського капіталу;
- спрямування коштів на персонал відбувається у вигляді видатків, відсутність сприйняття їх як інвестицій.

Зупинимося більш детально на останньому твердженні. В практиці побутує упередження щодо вкладання коштів в людський капітал. Тому такий крок радше розцінюється як ризик, пов'язаний із фінансовими втратами, що можуть ґрунтуватися на:

- людській недосконалості (недостатня кваліфікація, відсутність різного роду знань, непередбачуваність);

– недосконалості процесу управління людськими ресурсами [80].

Сам по собі ризик диференціюється в залежності від галузі, кількості зайнятих осіб та низки інших чинників. Однак ризик, зокрема персональний, можна окреслити в контексті ймовірності його виникнення та визначення можливих розмірів витрат. П. Бохніч та К. Гугала пропонують таку модель вимірювання ризику (рис. 3.7).

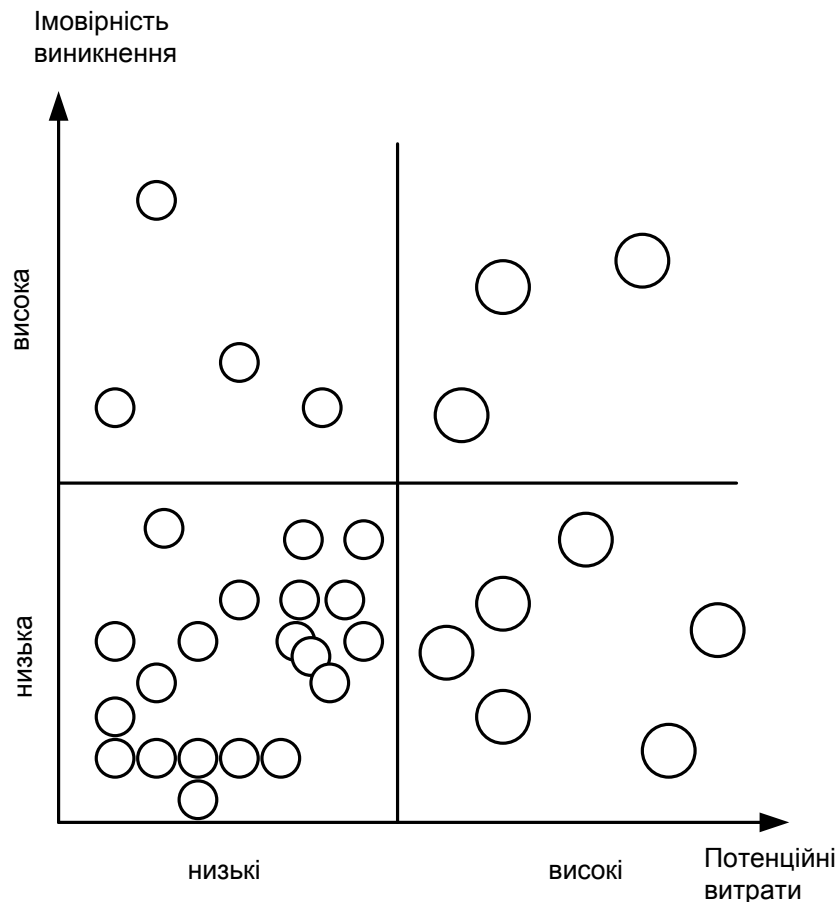


Рис. 3.7. Величина ризику [66]

П. Бохніч та К. Гугала [66] виокремлюють чотири можливих групи ризику:

- низька ймовірність виникнення ризику та незначні розміри витрат;
- низька ймовірність виникнення та великі розміри витрат;
- висока ймовірність виникнення ризику і незначні розміри витрат;
- висока ймовірність виникнення ризику та великі розміри витрат.

Регулювати рівень персонального ризику можна шляхом управління людськими засобами:

- при прийомі на роботу;
- мотивації і розвитку;
- витратами на управління працею [66].

Управління людськими засобами потребує певного інструментарію, що дозволить виміряти величину ймовірного ризику. Оцінка величини ризику дасть можливість:

- ідентифікувати ризик;
- встановити чинники, котрі ведуть до збільшення ймовірних ризиків;
- визначити місце акумулювання ймовірного ризику;
- дослідження процесів, в яких можливе виникнення ризику;
- оцінити величину можливих витрат.

Одним із можливих інструментів впливу на ризик є так звана "карта ризику" (рис. 3.8) [66].

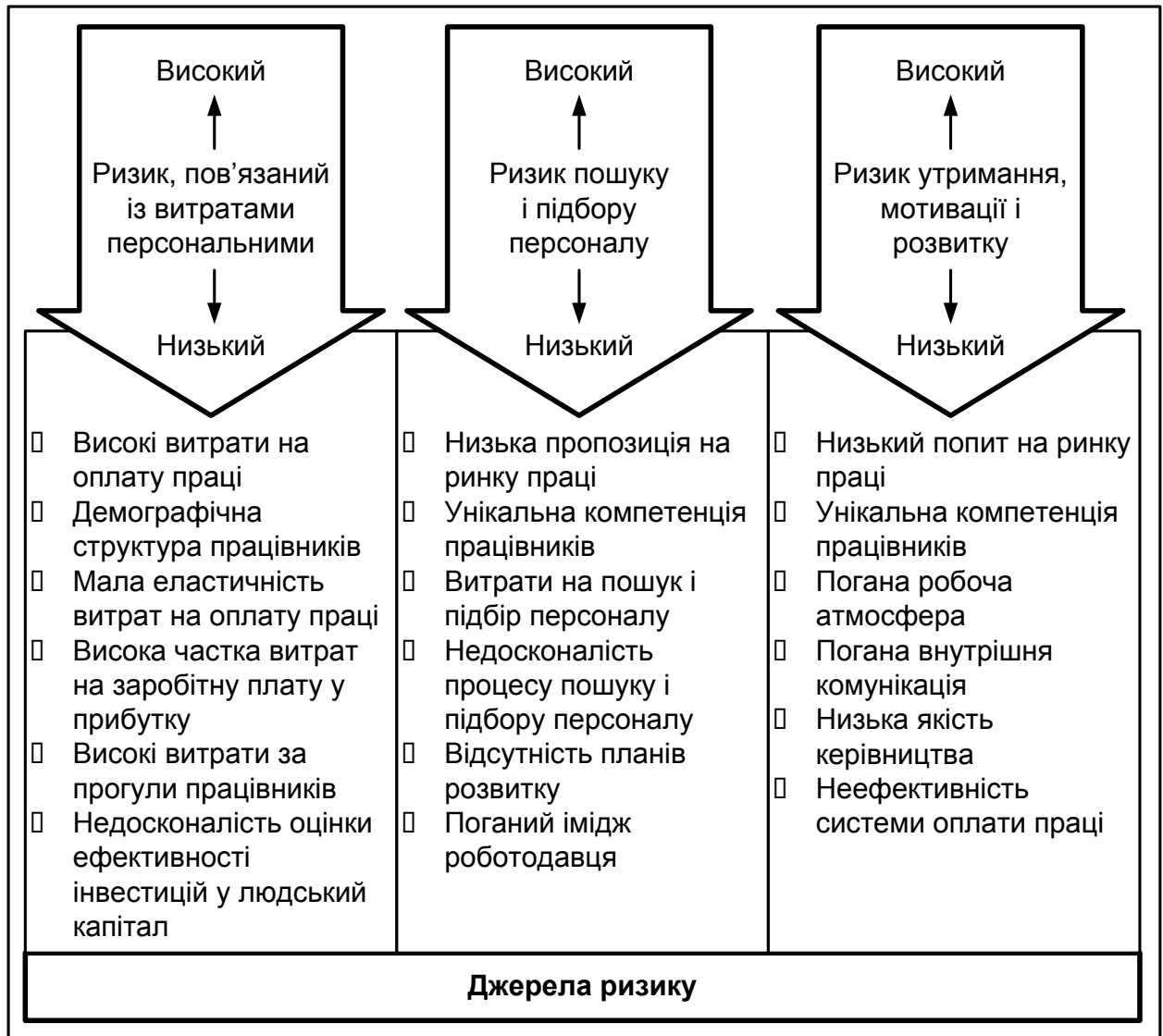


Рис. 3.8. Створення особистого профілю ризику організації [66]

Найбільш ефективним для визначення величини ризику мали би бути кількісні методи, однак їх застосування унеможлиблюється через такі причини:

- характерні риси людей є абстрактними;
- наявні інструменти прогнозування випадків утворення ризику в процесі управління людськими засобами недостатні;
- відсутні дані про реалізовані процеси та минулі події, які б дозволили проаналізувати ймовірність виникнення ризику;



- необхідна ефективна оцінка інвестицій у людські засоби із застосуванням різних методів та інструментів, що відрізняються від тих, котрі практикують у фінансовій сфері.

Усі вищенаведені аргументи дають підстави стверджувати, що:

- реформування чинної системи охорони здоров'я як галузі, що не виконує своє призначення через брак коштів;
- залучення до практики функціонування системи охорони здоров'я менеджерських кадрів, що концентрували б свою увагу на фінансуванні галузі;
- постійне підвищення компетенції медичних працівників;
- проведення аналізу роботи посадовців у медичному закладі;
- розробка шкали оцінювання компетентності працівників, що дозволить на основі отриманих результатів скласти тематику необхідних тренінгів;
- передбачення застосування практики залучення фірм ззовні для обслуговування потреб медичних закладів із метою економії коштів;
- організація спеціального комітету у справах якості наданих послуг у медичних закладах.

Загалом, сам по собі процес управління (особливо стратегічного) кропіткий та потребує виважених кроків. При цьому стратегію варто розуміти як спосіб реалізації власної місії, що є процедурою досягнення успіху [106]. Формувати стратегію управління варто на основі певних критеріїв, які найбільш вагомі для роботи медичних закладів, зокрема:

- вплив керівництва та менеджерів на процес створення стратегії;
- визначення цілей стратегії, місця її концентрації, способу трактування та встановлення оцінки ефективності;
- спрямування стратегії на важливі ділянки роботи лікувального закладу з метою отримання рівноваги в цілому.

Перспективи розвитку будь-якого медичного закладу залежать від кількості наданих послуг та їх якості. Без суцільного запровадження засад TQM (комплексного управління через якість) не можливе постійне вдосконалення якості наданих медичних послуг. Для цього необхідно розробити і запровадити комплексну програму вдосконалення якості. Остання передбачає тривалий період реалізації із залученням усіх працівників медичних закладів. Професор Т. Вавак пропонує модель постійного вдосконалення якості і вартості створення якості медичних послуг (рис. 3.9).

В основу запропонованої моделі покладений моніторинг процесу надання медичних послуг та реалізації проекту щодо покращення якості. На думку Т. Вавака, необхідно сконцентрувати увагу на визначенні вимог стосовно самого процесу та коригування відхилень, що виникають.

Загалом, центральне місце в даній моделі займає пацієнт, від якого залежить ефективність функціонування медичних закладів. Перш за все йдеться про вплив кількості пацієнтів на фінансові результати діяльності лікувальних закладів. В умовах страхової медицини кошти покриття витрат на

лікування йдуть за пацієнтом, тобто повинні скеровуватися на рахунки лікувальних закладів, де він лікується. Автоматично, в умовах діяльності лікувальних закладів на ринку медичних послуг з метою конкурування виникає необхідність не лише забезпечити кількість пацієнтів на відповідному рівні, але і забезпечити їх систематичний приріст. Від цього залежатиме можливість утримування відповідного штату працівників.

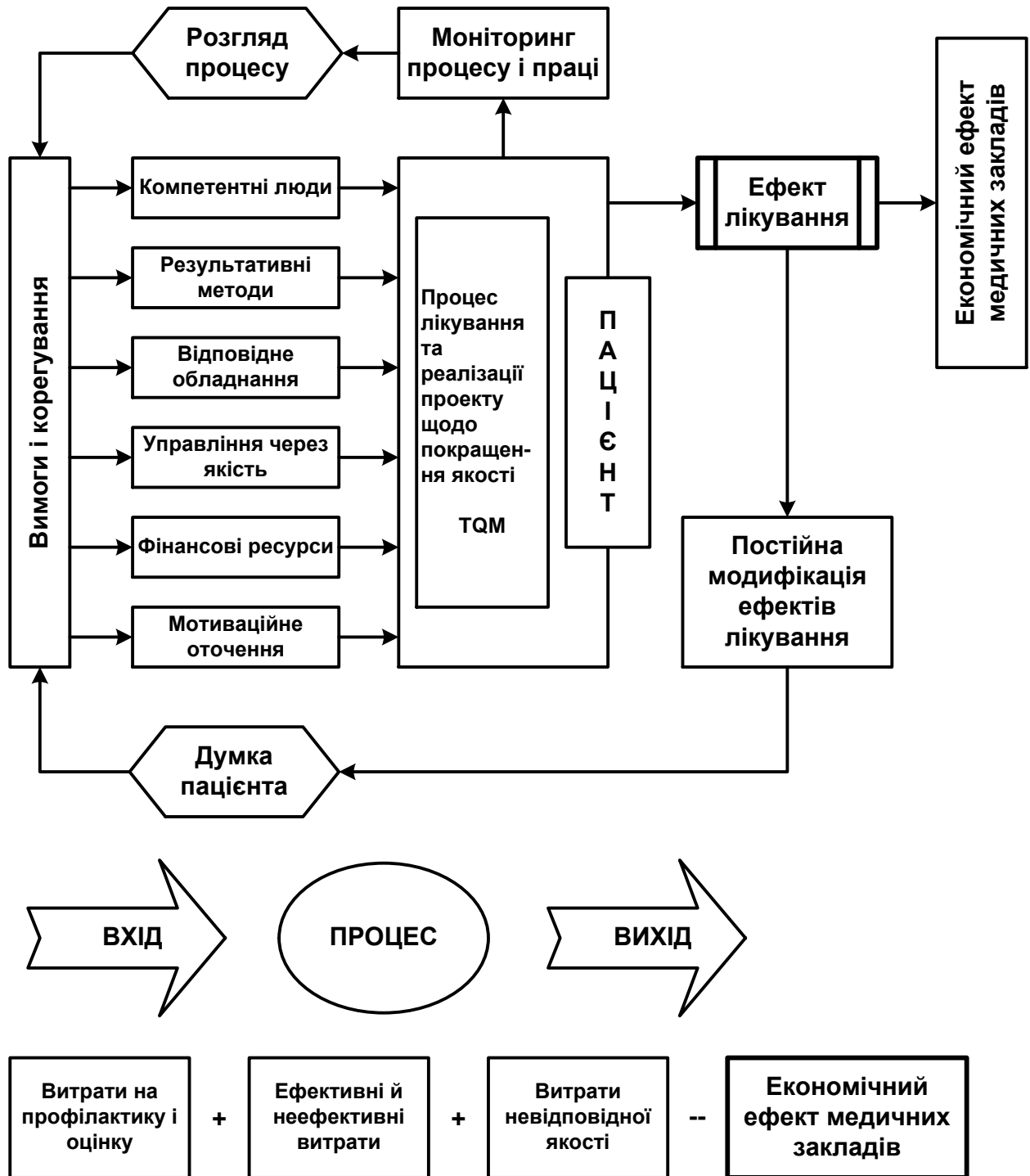


Рис. 3.9. Модель постійного вдосконалення якості і вартості створення якості медичних послуг [158]

По-друге, для того, щоб орієнтуватися на пацієнтів, необхідно знати їх вимоги та очікування. Якість медичних послуг залежить від багатьох чинників:

- людської компетентності;
- результативності методів, що застосовуються;
- відповідних пристроїв;
- управління через якість;
- мотиваційне оточення.

Людська компетентність – це основна для надання якісних медичних послуг, адже людський фактор присутній упродовж усього процесу, починаючи з моменту зустрічі з пацієнтом у приймальному відділенні і завершуючи випискою його додому. Висока кваліфікація медичних працівників та їх вміння комунікувати з пацієнтами є запорукою успіху для лікувальних закладів.

Застосування результативних методів процесу лікування дозволяє збільшити його ефект та підвищить якість.

Досягнення ефекту не можливе без використання в практиці лікування відповідного обладнання, забезпечення яким призводить до постійної модифікації ефектів лікування. Очевидним залишається той факт, що інвестиції в оновлення медичних технологій є вагомою статтею видатків, проте їх наявність обов'язкова та виплачується за умови більшого припливу пацієнтів.

Реформування наявної системи охорони здоров'я повинно бути спрямована на збільшення незалежності її закладів, зокрема фінансової.

#### **3.4. Зв'язок якості медичних послуг та фінансових результатів лікування**

Загальна оцінка діяльності будь-якого підприємства (в тому числі і лікувальних закладів) виражається у фінансових показниках. Останні можуть мати як додатне, так і від'ємне значення.

Плюсові фінансові показники можна вважати зиском, отриманим медичними установами, що є узагальнювальним показником діяльності та мотивувальний чинник для примноження капіталу. Важливе значення вищезгаданого позитивного результату полягає у можливості використання його в якості джерела самофінансування (що вкрай актуально на сьогоднішній день).

Для усвідомлення формування якісних медичних послуг та їх впливу на кінцевий результат лікування, виражений у фінансових показниках, необхідно розглянути її складники по блоках (рис. 3.10).

Перший блок – це всі витрати, пов'язані із наданням якісних медичних послуг. Іншими словами, мова йде про обчислення відділом якості вартості лікувальних матеріалів, застосування медичної апаратури, проведення відповідних медичних обстежень та оплати праці спеціалістів. На так званій

проектній стадії варто максимально врахувати всі нюанси у відповідності до медичних стандартів, що дасть змогу зменшити помилки в процесі обслуговування пацієнтів. Останні можуть мати негативні наслідки як для хворого, так і для лікувального закладу у формі невиправданих витратків. Це, своєю чергою, дасть можливість обліковувати витрати за центрами їх виникнення.

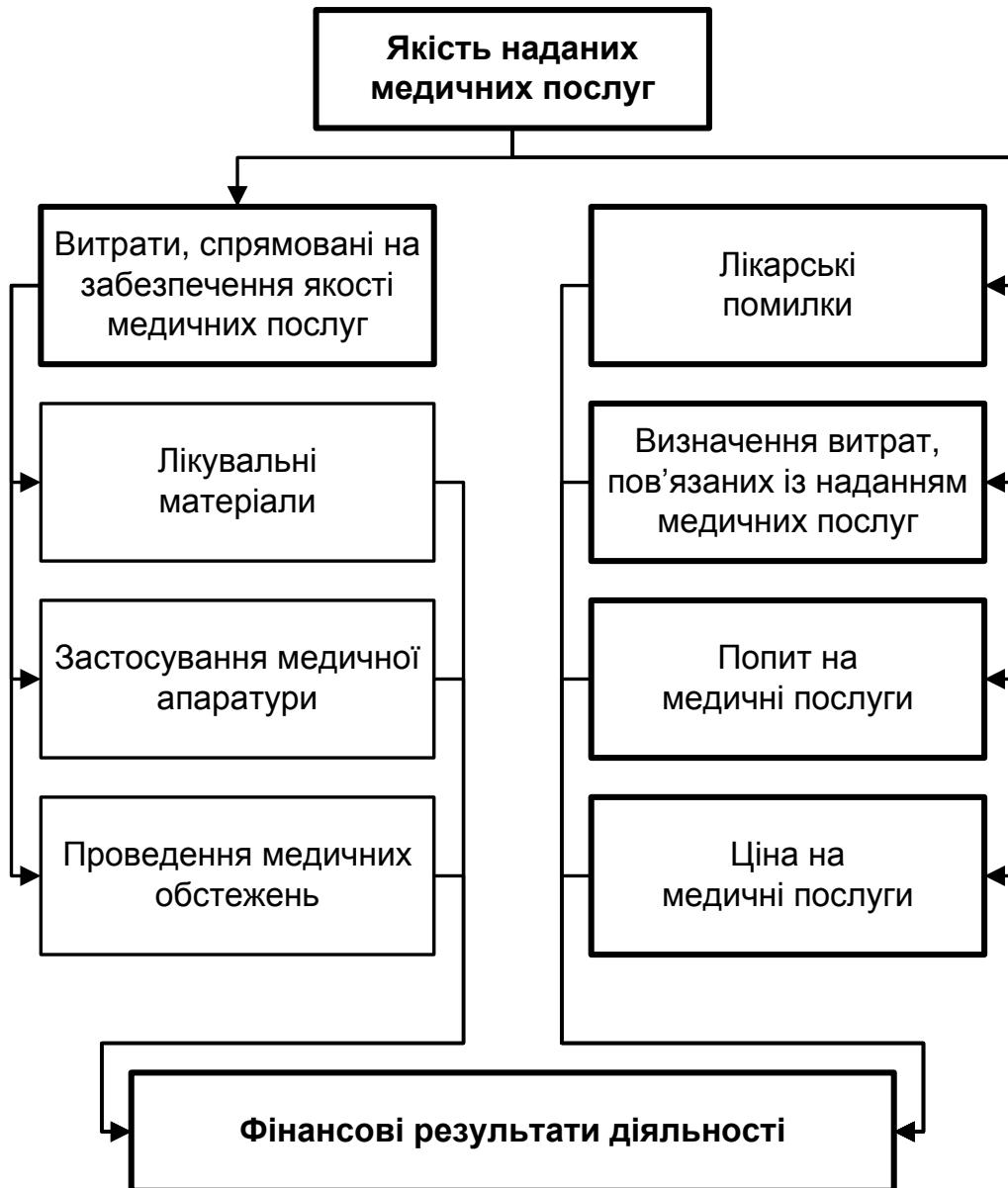


Рис. 3.10. Схема впливу якості медичних послуг на фінансові результати діяльності лікувальних закладів  
Джерело: розроблено автором на основі [91]

В основі другого блоку лежить мінімізація виникнення різних дефектів (відхилень від медичних стандартів). Практика надання медичних послуг збільшуватиме шанс на зменшення таких помилок. У такий спосіб паралельно буде підвищуватися рівень якості, а зекономлені кошти (на виправленні дефектів) можуть бути спрямовані на оновлення медичної апаратури.

Третій блок тісно пов'язаний із наступними двома, оскільки презентує розрахунок видатків, пов'язаних із наданням медичних послуг протягом їх життєвого циклу.

Підтвердити або ж спростувати необхідність існування необхідності надання тих чи інших послуг зможуть четвертий та п'ятий блоки. Так, блок номер чотири свідчить про залежність існування та величини медичних послуг від попиту на них.

Ще одним чинником, що підсилює ефективність надання тих чи інших послуг виступає їх ціна (п'ятий блок). З економічної точки зору важливо розрахувати отриманий (прогнозний) ефект та визначити обсяги лікувальних послуг. Мова йде про дослідження видатків, здійснених при наданні послуг, і їх обґрунтованості.

Для прикладу, пацієнти будь-яких відділень лікувального закладу можуть стикатися із проблемою супутнього захворювання (ГРВІ). Виникає запитання про доцільність виклику ЛОРа для хворого урологічного відділення та наявність такої можливості для пацієнта хірургічного відділення. Ключовими мають стати такі аспекти:

- мінімізація витрат при досягненні бажаного результату. Підрахунки дадуть змогу порівняти видатки на обслуговування пацієнтів за умови утримування у власному відділенні додаткової штатної одиниці, виклику останньої із спеціалізованого відділення чи доставки клієнта до спеціалізованого відділення;
- знаходження оптимального варіанту вирішення уможливить встановлення економічно обґрунтованої ціни, котра б задовольняла пацієнтів. На оптимальному варіанті зупиняємось свідомо, оскільки застосування мінімальних витрат прямо вплине на якість медичних послуг, а це матиме негативні наслідки. До того ж, лікувальному закладу таке лікування обійдеться в кінцевому результаті дорожче.

Загалом, з метою прогнозування кінцевих фінансових результатів варто враховувати чинники, що мають на них вплив. По-перше, необхідно враховувати специфічну товару медичної галузі. Тому не маємо права відштовхуватися лише від прогнозних показників щодо величини майбутніх прибутків. Крім економічного варто враховувати такі аспекти, як соціальний та рівень здоров'я населення.

По-друге, враховуючи вищенаведені аргументи, медичні заклади як суб'єкти ринку повинні достовірно знати собівартість всього спектру запропонованих ними послуг. Це дасть змогу здійснювати певні регулювання ціни на їх продукцію і зробить конкурентоспроможними.

По-третє, медичному закладу необхідно володіти інформацією про перевищення прибутків та збитків. Ретельний аналіз діяльності дасть змогу уникнути в майбутньому передбачуваних втрат. Так, ефективне і якісне лікування стане гарантією одужання пацієнта. І, навпаки, недотримання медичних стандартів, низький рівень медичного персоналу, халатність збільшуватимуть перебування хворого в лікувальному закладі, що

автоматично впливатиме на зростання видатків останнього (при доведенні його вини).

По-четверте, підвищення позитивного фінансового результату діяльності лікувальних закладів залежить від аналізу кількості, якості та асортименту медичних послуг. Такі дані повинні досліджуватися в динаміці. Зокрема, розширення асортименту запропонованих послуг дасть змогу збільшити приплив пацієнтів. При оцінці якості необхідно враховувати їх новизну і актуальність. Зміни якості наданих послуг можуть бути спричинені:

- безпосередньою якістю матеріалів, що використовувалися для надання послуг;
- рівнем кваліфікації медичного персоналу;
- медичною технологією, що застосовується;
- організацією процесу;
- наявністю та ефективністю функціонування системи контролю за якістю наданих послуг.

Для прогнозування фінансових показників необхідно проаналізувати потенційних клієнтів (у випадку медичних послуг – пацієнтів), що дозволить поділити на окремі категорії:

- ціна запропонованих послуг;
- асортимент медичних послуг;
- специфіка захворювання.

Медичні заклади повинні провадити діяльність з урахуванням витрат на створення та забезпечення якості надання послуг. Важливим показником господарської діяльності є зіставлення вищезгаданих витрат з отриманим кінцевим фінансовим результатом. Якщо доходи перевищують видатки, можна стверджувати про можливу тенденцію накопичення грошей.

Якість процесу надання медичних послуг включає три складники:

- витрати на якість, час надання послуг;
- здатність до змін;
- ефективність наданих медичних послуг (рис. 3.11).



Рис. 3.11. Складові якості процесу надання медичних послуг

Сам по собі процес надання медичних послуг варто розглядати як процес створення ланцюга цінності. Автор концепції ланцюга створення цінності – науковець гарвардського університету Майкл Портер. На його думку, бізнес будь-якої компанії можна розглядати як складну систему різних видів діяльності. Зокрема мова йде про: проектування, виробництво, вивчення ринку, доставку товарів та післяпродажне обслуговування. Суть пропозиції М. Потера полягає у процедурі визначення оцінки продукції чи послуг споживачами. Він вважає, що ступінь такої оцінки визначається тим, як виконуються дії, необхідні для розробки, виробництва, виведення на ринок, поставки та підтримки певного продукту чи послуги. Така діяльність повинна невинно аналізуватися, якщо завдання полягає в досягненні розуміння стратегічних можливостей організації [44]. У запропоновані моделі М. Портер виділяє два види діяльності компанії: основну та допоміжну.

Діяльність будь-якої фірми повинна ґрунтуватися на логічній основі, що полягає у перетворення існуючих наявних ресурсів на продукт (в нашому випадку – послуги) з метою задоволення актуальних потреб споживачів при оптимальних витратах. Акцентуємо увагу на останньому аспекті та свідомо уникаємо твердження "при мінімальних витратах – максимальні прибутки", враховуючи специфіку медичних послуг та можливість впливу мінімальних витрат на рівень їхньої якості.

На думку Є. Крикавського, логістичний ланцюг – це лінійно зінтегрована сукупність фізичних і юридичних осіб (постачальників, виробників, дистриб'юторів, транспортно-експедиційних організацій, складів загального користування тощо), які здійснюють логістичні операції з єдиною метою – довести матеріальний потік від однієї логістичної системи до іншої (стосовно продукції виробничо-технічного призначення) чи до кінцевого споживача. Взаємовідносини у такому ланцюзі формуються на підставі замовлень як пропозицій споживачів постачальникові виробити певну кількість продукції чи надати послугу [17].

А. Томпсон вважає, що галузевий ланцюг цінності складається з ланцюгів цінності підприємств. Дослідник розглядає елементи ланцюга з позицій формування витрат. Іншими словами, науковець акцентує увагу на вивченні вартісної сторони продукту. Такий підхід дає підстави зробити припущення про визначення А. Томпсоном концепції формування ланцюга вартості, хоча сам науковець стверджує, що його ланцюг має ціннісний характер і відображає структуру витрат, здійснених для створення доданої цінності продукту [52].

Беручи до уваги думку російського вченого В. Репіна, варто подати його визначення ланцюга створення цінності. Останній тлумачиться як організований та взаємопов'язаний набір бізнес-процесів, що створюють цінність для клієнтів. Складника ланцюга виступають ті бізнес-процеси, що беруть участь у створенні кінцевого продукту. В. Репін процес визначення

технології створення цінності продукту для клієнта розглядає у вигляді бізнес-процесів як стійких, цілеспрямованих сукупностей взаємопов'язаних видів діяльності [48].

Загалом М. Портер ланцюг вартості представляє як систему взаємозалежних видів діяльності підприємства, що створюють цінність, характеризуються здатністю взаємно впливати на витрати чи ефективність інших видів діяльності [45]. Науковець виділяє основні процеси творення доданої вартості, згадувані нами вище, це основні і допоміжні.

До перших відносять маркетинг, логістику, виробництво. Допоміжні ж слугують для підтримки створення вартості.

Ланцюг створення вартості М. Портера охоплює стратегічно важливі процеси, пов'язані зі створенням доданої вартості. Дослідник виділяє основні процеси, які безпосередньо створюють додану вартість.

Таку ж позицію підтримують і Т. Старджен та Д. МакКормік. Науковці, ланцюг вартості визначають як послідовність діяльності зі створення доданої вартості, яка підтримує кінцеве споживання продукції/послуг [152].

Будь-який лікувальний заклад на медичному ринку може претендувати на успіх у випадку презентації продукції, цінної для споживачів. Ступінь цінності безпосередньо залежить від уміння виробників максимально задовольнити потреби консументів. Відповідно, прибутковість лікувальних закладів залишатиметься сталою за умови перевищення створеної цінності над обсягом витрат, понесених під час надання медичних послуг (рис. 3.12).

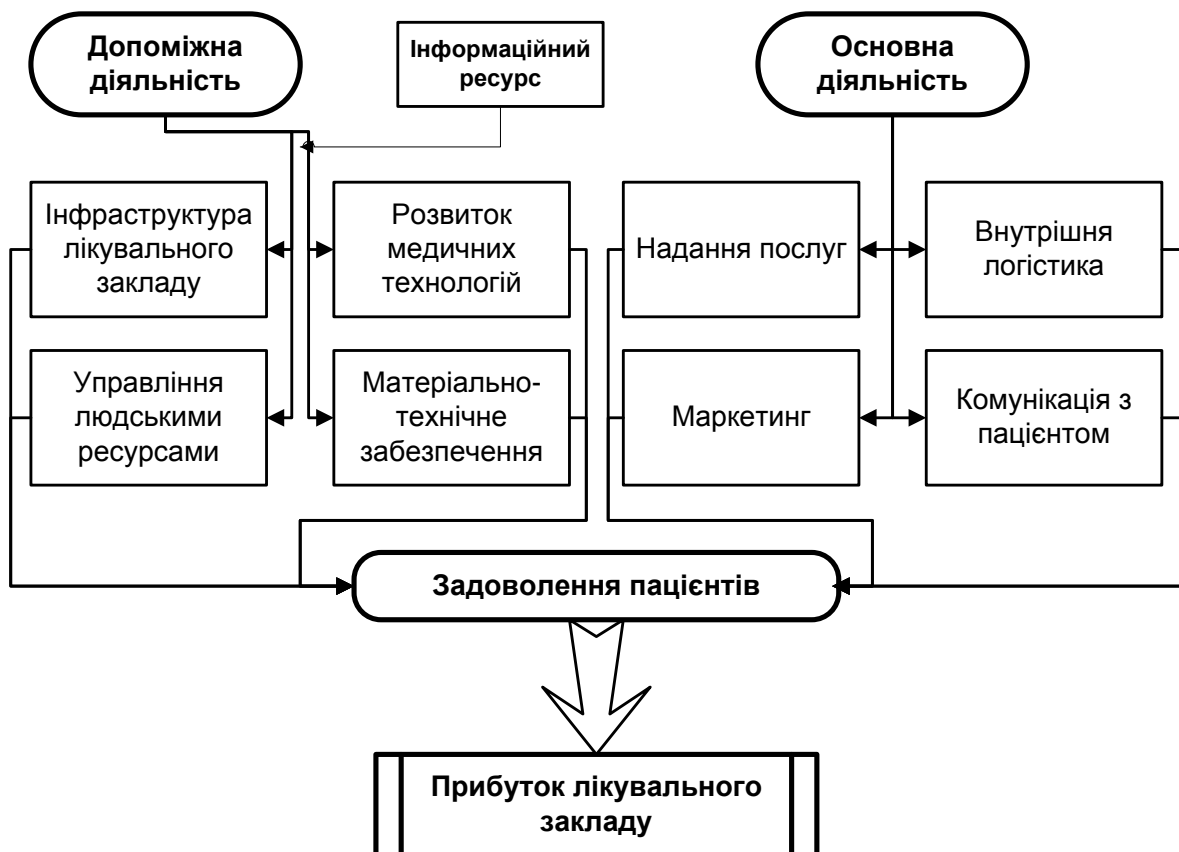




Рис. 3.12. Ланцюг створення цінності медичних послуг<sup>1</sup>

Якщо розглядати надання медичних послуг як процес творення ланцюга цінності, то на вході розмішуватимуться ресурси для надання послуг, а на виході – організаційний вплив на процес. Якщо ж розглядати надання медичних послуг відповідно до процесуального підходу, то на вході буде вартість додана, а на виході – витрати.

Заслуговує на увагу залежність якості результатів надання медичних послуг від якості процесу (рис. 3.13).

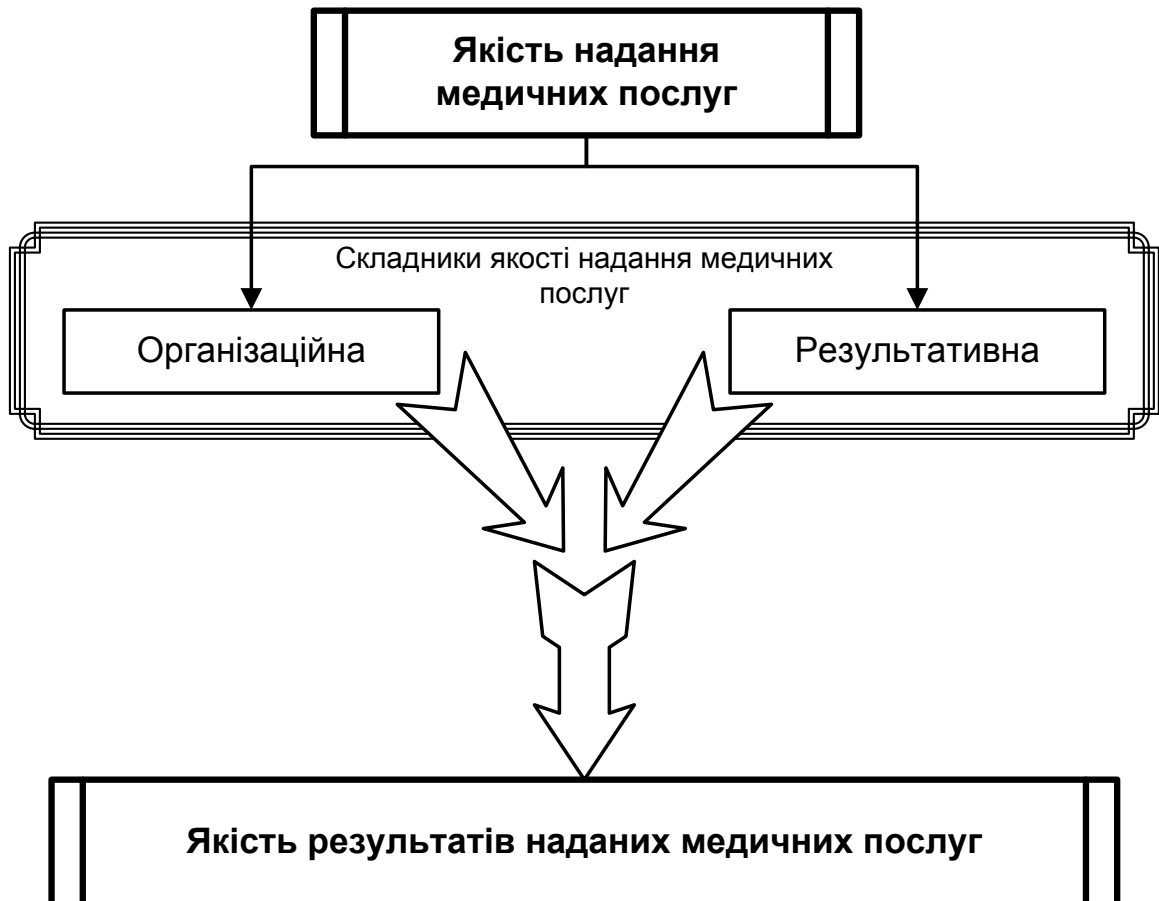


Рис. 3.13. Залежність якості результатів надання медичних послуг від якості процесу

Будь-які процеси (діяльність), що відбуваються у лікувальних закладах, повинні бути ретельно дослідженні із врахуванням:

- створення цінності для пацієнта (процеси створення вартості, її підтримки, відсутність цінності);
- показників ефективності (включаючи ефективність, досягнуту за рахунок конкурентного середовища).

Якість процесу надання медичних послуг проявляється через два головних блоки: організаційний та результативний. До першого варто віднести всі нюанси організаційної частини. Тобто, йдеться про зосередження уваги на

<sup>1</sup> Опрацювання власне на основі [70]

тих речах, які необхідно здійснити для отримання кінцевого позитивного результату. Другий блок безпосередньо пов'язаний із першим. Враховуючи те, в який спосіб надавалися медичні послуги, варто сконцентруватися на можливості спрямування способу надання медичних послуг на максимізацію результату. Зокрема, йдеться про корегування та аналіз результатів організаційного блоку. Так, при належному виконанні (наданні) послуг буде досягнена вартість. Тобто результативність ідентифікується у цінності наданих медичних послуг.

Основний акцент робиться на якість поставлених цілей. Останні складають підвалини створення цінності медичних послуг. Для цього необхідно брати до уваги факт систематизації таких цілей. Тобто цінність отриманих послуг пацієнтом вимірюється можливістю зменшення часу очікування, покращенні обслуговування і под. Цінність для лікувального закладу проявляється через стійкість позицій на медичному ринку, підвищенні власного рейтингу, можливості встановлення власних цін.

"Господарська діяльність – це інвестування звичайних засобів, як посівне зерно, в очікуванні врожаю в повній невизначеності", – вважає П. Друкер [79]. Так, розпочавши планування, розробку та сам процес надання нових медичних послуг, ніхто не може із впевненістю передбачити ефективність кінцевого результату.

"Якщо сконцентруватися на процесі забезпечення якості, то правдоподібно збільшаться наші квоти, які коливатимуться в межах 5-10% обороту. Це надзвичайно велика сума – отримана без спеціальних вкладень", стверджує П. Кросбі [72].

Високий рівень якості послуг стає запорукою наявності сталих клієнтів та кращим маневром у конкурентній боротьбі. Ринок медичних послуг, що нами досліджується, має свою специфіку, і тому лікувальні заклади, котрі перебувають на ньому, повинні мати еластичність, тобто бути готовими пристосуватися до змін. У таких умовах стає очевидним факт нарощування ефективності діяльності медичних закладів.

Для досягнення найвищого рівня ефективності варто дослідити її складники. До згаданого поняття включають:

- ефективність інвестиційних вкладень;
- результативність господарської діяльності як мірника отриманої користі;
- ефективність проведеного лікування;
- економічна результативність, що служить барометром досягнення найкращих показників.

Особлива увагу в процесі ефективності діяльності медичних закладів повинні займати інновації. П. Друкер вважає, що процес формування інновації взаємодіє із проякісними процесами та стикається з певними обмеженнями. Такі процеси повинні бути не лише відчутними, а й зрозумілими, а для цього необхідні спеціальні знання. Розв'язок проблеми має відповідати способу праці [83].

Основний елемент ефективності, зокрема економічної, будь-якого підприємства це його виробнича потужність, однак її збільшення доречно робити без залучення додаткових інвестицій. Це свідчатиме про пошук прихованих резервів та нових шляхів вдосконалення (в нашому випадку – лікувальних закладів).

Загалом, збільшення виробничої потужності гарантує стійкої ринкової позиції медичних закладів. Саме тому останнім варто сконцентрувати зусилля на цільовій діяльності, що дасть змогу утримувати постійних клієнтів. Це само по собі гарантуватиме більшу частину успіху. Враховуючи все вищесказане, робимо припущення про можливість застосування економічної ефективності як інструменту для вимірювання ефективності управління. При цьому можна визначити граничні показники, що призвели до позитивних кінцевих результатів, а також намагатися не лише їх втримати, але і покращити.

Таким чином, приходимо до висновку про безпосередній вплив якості на рівень фінансових результатів. Останній залежить від обсягу наданих послуг та процесу творення ланцюга цінностей медичних послуг.

Так, обсяг надання медичних послуг, покращення їх якості призведе до збільшення пацієнтів і, як наслідок, – збільшення прибутків лікувальних закладів. Погіршення рівня якості запропонованих медичних послуг спричинить втрату потенційних клієнтів та призведе до зниження стійких ринкових позицій.

Підвищення рівня якості пропонованих послуг дозволить збільшити їхню ціну, що потенційно підвищить прибуток лікувальних закладів. Підвищення заробітної плати медичному персоналу (стане можливим з урахуванням попередніх тверджень) та усвідомлення кожним працівником своєї ролі у процесі функціонування медичних закладів дозволить покращити якість їх роботи, що, своєю чергою, зменшить витрати та підсилить мотивацію праці. Важливу роль у цьому процесі повинне відігравати системне управління якістю, що дасть змогу акумулювати всі чинники безпосереднього впливу на кінцеві позитивні результати діяльності. Необхідно також правильно виборати цілі лікувальних закладів із затвердженням відповідної стратегії для їх досягнення. Еластичність, чи здатність до змін, є одним із головних аргументів на користь утримування ринкової ніші. До еластичності теж варто віднести якість адміністрування та операційних процесів як складників якості загального процесу надання медичних послуг. Ще одним компонентом еластичності є швидкість реагування та повнота задоволення щораз нових потреб та очікувань клієнта. Врахування та контроль кожного складового елемента еластичності дозволить збільшити довіру не лише постійних клієнтів, але й нових.

Наведені вище аргументи заклали теоретичні підвалини в розгляді засад економіки якості медичних послуг. Для масштабного дослідження необхідно провести аналіз практичних аспектів управління якістю медичними послугами.

## РОЗДІЛ 4

### МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНИМИ ПОСЛУГАМИ

#### 4.1. Методичний інструментарій управління якістю медичних послуг

Основою повноцінного функціонування медичних закладів є усвідомлення керівництвом та їх працівниками суті та ставлення до процесу управління якістю. Вагома роль при цьому належить цілям та завданням, сформульованих і представлених керівництвом лікувальних закладів.

Розгляд процесу управління якістю варто розпочати із його засад, котрі самі по собі унеможливають пошук виходів та розв'язків із певних ситуацій. А. Хамрол і В. Мантура вважають, що причини цього криються в еволюційному розвитку засад, що характеризують підхід до проблеми якості на підприємстві (рис. 4.1) [91]. Аналогічний підхід можна використати при розгляді проблематики якості медичних закладів.

	Традиційний підхід	Сучасний підхід
Мета діяльності лікувальних закладів	Виконання плану надання медичних послуг у межах кошторису лікувального закладу	Реагування на потреби ринку медичних послуг
Критерії оцінки	Дотримання інструкцій щодо методики лікування (дозволена норма відхилень)	Ступінь задоволення пацієнтів Обсяг видатків на якість Довіра пацієнтів Мінімізація людських помилок
Форма взаємодії	Контрольна інспекція	Самоконтроль Контроль якості наданих медичних послуг
Відповідальність за якість послуг	Не чітко описана	Передбачається для кожного медичного працівника відповідно до його становища

Рис. 4.1. Еволюція засад, що характеризують підходи до проблематики якості на підприємстві

Джерело: опрацювання автора на основі [91]

Зрозуміло, що, в умовах тоталітарного режиму в Україні був відсутній вільний ринок послуг. Це зумовлювалося рамками планової економіки. Так, основною вимогою до надання послуг було виконання плану в межах кошторисів лікувальних закладів. У цьому полягала мета діяльності організацій (лікувальних закладів). Критеріями оцінки вважалися дозволена норма відхилень у результатах лікування та затверджені економічні, медичні показники. Під економічними показниками розуміємо нормативи фінансування закладів охорони здоров'я. Головною формою взаємодії в таких умовах була, відповідно, контрольна інспекція. Як наслідок усього вище перерахованого – відсутність конкретної відповідальності за якість наданих послуг.

Сучасний підхід до проблематики якості варто розглядати поетапно, ретельно, оскільки деякі аспекти перебувають ще на етапі становлення. Мета діяльності лікувальних закладів України в теперішніх умовах повинна відображати потреби ринку. В даному контексті варто зауважити наявність проблеми функціонування ринку медичних послуг. Лише завершення цього процесу в повному обсязі дозволить створити справжнє конкурентне середовище, що позитивно вплине на процес надання послуг.

До критеріїв оцінки якості сьогодні прийнято відносити ступінь задоволення пацієнтів, обсяг видатків на якість, довіру клієнтів, мінімізацію лікарських помилок. Перший із критеріїв на даному етапі формування медичного ринку береться до уваги формально (винятково для звітності). Видатків на якість як таких немає, оскільки за умов чинної медичної "моделі Семашко" це робити немає сенсу. Згадана модель не приділяє уваги питанням якості. Причина цього криється, на нашу думку, у невідповідності даної моделі сучасним умовам господарювання. Що ж до лікарських помилок, то, на жаль, механізм їхнього обліку та уживання відповідних заходів покарання відсутній. Так, лікар, котрий припустився помилки у лікуванні хворого (що призвело до певних ускладнень) продовжує лікарську практику, наражаючи відтак інших пацієнтів на небезпеку.

Сучасна світова практика передбачає відповідальність за якість наданих медичних послуг як лікувального закладу загалом, так і кожного медичного працівника зокрема. Іншими словами, на сьогоднішній день у європейських країнах існує відповідальність за якість наданих послуг. Наша держава в особі Департаменту управління та контролю якості медичних послуг поки що для розв'язання вказаного питання спромоглась лише прийняти "Концепцію управління якістю медичної допомоги" (затверджено Наказом МОЗ України від 01.08.2011 № 454) [13]. Більшість положень згаданої Концепції носять декларативний характер, оскільки не містить чітко виписаної методології переходу до нових умов функціонування – і лікарів, і пацієнтів.

Характерною рисою теперішнього ринку медичних послуг у світі є не тотальний контроль зверху, а самоконтроль. Це трансформована форма дозволяє не лише здійснювати контроль процесу надання послуг, проводити об'єктивний аналіз наявної ситуації в лікувальних закладах, а й контролювати

їх якість. Такий підхід дає можливість пошуку формули оптимальної якості для конкретно взятого лікувального закладу, утримування та підвищення її рівня.

"Ахіллесовою п'ятою" сьогоденної ситуації на ринку медичних послуг, що формується є відсутність відповідальності за якість даних послуг – на противагу європейській практиці, де згадана відповідальність чітко описана для окремо взятого медичного працівника. Відповідальність окреслюється у відповідності до становища, яке займають медичні працівники.

Загалом із метою оцінки якості медичних послуг необхідно володіти певним взірцем таких послуг як основою для створення ефективної системи управління якістю послуг. Головною перевагою моделі є її універсальність – кількість критеріїв, що застосовуються, дозволяє детально охарактеризувати аспекти якості різного типу послуг. Універсальний взірець якості медичних послуг є готовим дослідницьким інструментом, що дає можливість оцінити різноманітні послуги під кутом їх якості.

Найбільш вагомим чинником, що вирізняється з-поміж усіх, є проведення традиційних досліджень якості з точки зору споживачів, а також оцінка, з погляду того, хто ці послуги надавав. Універсальний взірець якості послуг був опрацьований у двох версіях [111]:

1. УВЯПС – універсальний взірець якості послуг з точки зору клієнта, де в основу критеріїв якості положенні критерії, виділені та оцінені самим споживачем;
2. УВЯПН – універсальний взірець якості послуг з точки зору надавачів послуг (в нашому випадку мова йде про лікувальні заклади), в основі критеріїв якості яких лежить оцінка наданих послуг експертами [111]:

Універсальний взірець якості послуг для застосування клієнтам (УВЯПС), що пропонували Т. Кольман і Р. Ткачук, визначає основні критерії оцінки послуг зі своєї точки зору, зокрема:

0. Оцінка клієнта.
  1. Ввічливе поведіння.
  2. Старанне виконання.
  3. Дотримання гігієни.
  4. Розпорядливість.
  5. Терміновість.
  6. Час реалізації послуги.
  7. Комфорт для клієнта.
  8. Ціна послуги.
  9. Інструкція.
  10. Фаховість реалізації.
  11. Ретельність виконання.
  12. Дотримання чистоти.
  13. Дотримання етики.

Дослідники пропонують також взірець якості послуг із погляду надавачів послуг (УВЯПН), який має такий вигляд [111]:

0. Оцінка надавачів послуг.
1. Задоволення клієнтів.
2. Безпека.
3. Конкуренція.
4. Ставлення до середовища.
5. Високий рівень затрат.
6. Кадровий потенціал надавача послуг.
7. Енергомісткість.
8. Матеріаломісткість.
9. Затрати часу на надання послуг.
10. Ретельність реалізації.
11. Комплексність реалізації.
12. Порушення при реалізації.
13. Дієвість послуги.
14. Стан інформації про реалізацію послуг.
15. Послідовність надання послуг.

Оцінювання якості за допомогою універсального взірця якості послуг проходить у кілька етапів [111]:

1. Детальний опис та характеристика послуги, що досліджується.
2. Складання формуляру для запису даних.
3. Вибір шкали оцінювання – рекомендовано використовувати шкалу від 1 до 10.
4. Після занесення всіх оцінок:
  - проводиться обчислення суми оцінок та детальних оцінок від 1 по 13 пункт (для УВЯПС) та від 1 по 15 (для УВЯПН);
  - детальний розрахунок середньої вартості оцінки;
  - обчислення співвідношення визнаних оцінок за формулою:

$$R = \frac{C1}{C2} \cdot 100\%, \quad (4.1)$$

де:  $C1$  – загальна оцінка,  
 $C2$  – детальна оцінка;

5. Проведення аналізу відповідності оцінки послуг за формулою:

$$U = \frac{D}{B} \cdot 100\%, \quad (4.2)$$

де:  $D$  – детальна оцінка, зроблена надавачем послуг,  
 $B$  – детальна оцінка цієї ж послуги, зроблена її споживачами.

Отримані оцінки складають основу істотної інформації, що стосується якості послуг, наданих певним закладом. Сукупність критеріїв, що складають основу УВЯПС, дозволяють об'єктивно оцінити послуги, котрі надаються лікувальними закладами. Якщо  $U > 1$ , то мова йде про незадоволення пацієнтами якістю отриманих послуг, а якщо ж  $U < 1$ , то це підстави для аналізу лікувальними закладами власних слабких сторін.

Наступним методом дослідження якості, що здобув визнання в світі, є таємний покупець (Mystery Shopping (MS)). У нашому випадку йдеться "про таємничого пацієнта". Цей метод почав застосовуватися як альтернатива анкетному дослідженню консументів. У процесі оцінювання якості консументом практика засвідчила низку негативних рис щодо анкетування. Зокрема, йдеться про заповнення анкет під впливом певних емоцій, подій тощо, що не дозволяє об'єктивно оцінити якість наданої медичної послуги.

Центральне місце при проведенні дослідження відводиться фахівцеві з анкетування, який використовує послуги як звичайний пацієнт. Після цього він заповнює анкету, де дає оцінку деталям надання медичної послуги. У такий спосіб можна виокремити дві найбільші причини фальсифікації результатів, оскільки працівники медичних установ не знають, що їх робота досліджується (при цьому вони максимально не викладаються, а працюють як звичайно). При цьому суб'єктивізм "таємного пацієнта" зменшується, оскільки він завжди об'єктивний та добре підготовлений, у своїй оцінці керується не емоціями, а винятково фактами.

Методика "таємний клієнт" не універсальна, однак це не применшує її ролі. Для оцінки якості наданих медичних послуг лікувальним закладам необхідно створити критерії згаданої оцінки, які б враховували специфіку діяльності медичних закладів та лягли б в основу внутрішніх стандартів якості.

Оцінку якості наданих медичних послуг необхідно здійснювати поетапно (див. рис. 4.2). Перш за все, варто розпочати із розгляду чинників, які мають вагомий вплив на якість наданих послуг. Важливим аспектом вирішення висунутого завдання є виявлення потреб та очікувань клієнтів шляхом отримання інформації безпосередньо від осіб, котрі користуються медичними послугами. Проте варто зауважити, що важлива роль при створенні критеріїв якості повинна бути відведена і самим медичним працівникам.

Другим етапом є створення анкети, яка б включала запитання, що розкривають очікування пацієнтів та дають змогу спрогнозувати їхні дії. Саме тому при створенні такого документу необхідно дотримуватися відповідної логіки викладу. Анкета має ґрунтуватися на стандартах щодо надання того чи іншого виду медичних послуг, відтак особи, котрі її заповнюють, підтверджують або спростовують відповідність встановленим нормам.

Наступним етапом, що остаточно зіставляє критерії оцінки, є їх порівняння зі стратегічними цілями, задекларованими самими лікувальними закладами.



Останній етап полягає в описі ситуації, що оцінюється певною кількістю балів. На практиці застосовують два види – оцінка послуги в цілому та оцінка окремих складників послуги [84]. У першому випадку оцінюється послуга в цілому (найчастіше за шкалою від 1 до 10 балів), а запитання сформульовані таким чином, що сприяють формуванню позитивної оцінки пацієнтами. Інший спосіб передбачає кращу оцінку, оскільки конкретним діям вже надані певні бали, які підлягають ранжуванню. Легшим і більш об'єктивним являється самоаналіз (інтерв'юер не оцінює операції, а лише стверджує, якою вона була), при цьому сама програма виглядає більш гнучкою.

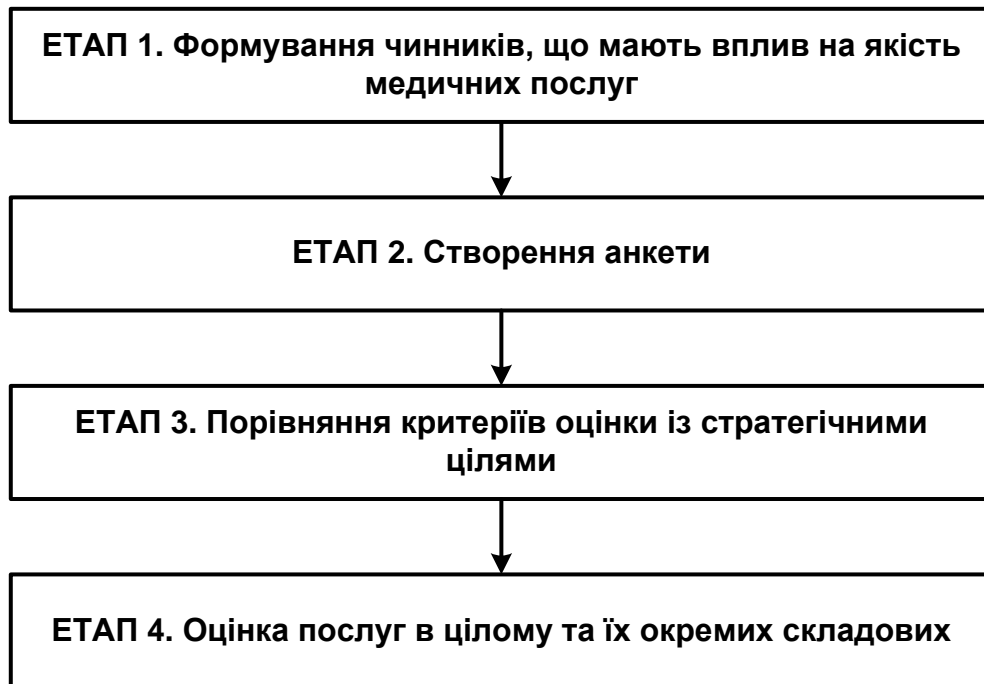


Рис. 4.2. Послідовність оцінювання якості наданих медичних послуг за методикою MS

У випадку зміни ситуації на ринку медичних послуг, цілей вибраних методів дослідження та оцінки якості послуг програми чи політики лікувальних закладів, доречно акцентувати увагу на аспектах, що мають вплив на якість послуг із врахуванням їх ранжування.

Ретельно спланована та здійснена програма MS має низку переваг, які відрізняють її від інших методів дослідження якості. Вона допомагає сформувати підстави для скарг клієнтів (виправдані чи невинуваті), використовується для покращення наявної стратегії та, перш за все, дозволяє виявити ризик погіршення якості [93]

Усі відомі в світовій практиці інструменти управління якістю можна представити трьома блоками (рис. 4.3).

Блок-схема знайшла початкове застосування в інформатиці з метою створення алгоритмів комп'ютерних програм, а також застосування у теорії процесів та інженерії якості. При контролі якості використовується для

представлення зв'язків між складовими елементами забезпечення якості. Характерними рисами flow-chart (блок-схема (англ.)) є:

- простота побудови;
- можливий процес запису із використанням обраної мови програмування;
- зручна форма контролю виправлення алгоритму [108].



Рис. 4.3. Інструменти контролю за якістю

Завдання блок-схеми полягає у:

- встановленні відповідності окремих кроків логічному перебігу процесу;
- виявленні слабких сторін процесу та комунікаційних помилок;
- встановленні та виокремленні типових пунктів, що потребують виправлення;
- кращому розумінні перебігу процесу та локалізації проблем.

Наступним інструментом якості є контрольна карта, котра має переважно статистичний характер та надає детальну інформацію про об'єкти дослідження. Вона допомагає дослідити здатність процесів, що відбуваються, досягнути поставленої мети. Інформативні дані лягають в основу конструювання контрольної карти, яку можна виконувати у вигляді діаграми автоматично або в ручному режимі.

Ілюстровані причинно-наслідкові зв'язки представлені у вигляді "скелета риби" (відомого як діаграма Ішікави) дозволяють відокремити причини від наслідків та визнати складність завдання. Її творець запропонував причинно-наслідковий діаграму, котра розпочинається із аналізу виявленого наслідку. Останній проводиться з метою встановлення всіх можливих причин його виникнення. Сам Ішікава виділяє чотири групи причин [8]:

- люди (manpower);
- методи (methods);
- машини (machinery);
- матеріали, засоби (materials).

Усі вище згадані групи розподіляються на окремі причини та ретельно досліджуються. Таким чином, причинно-наслідкова діаграма є графічним аналізом взаємодії різних проблем якості та їх взаємовпливу (рис. 4.4). Аналізуються також результати вказаних вище взаємодій.

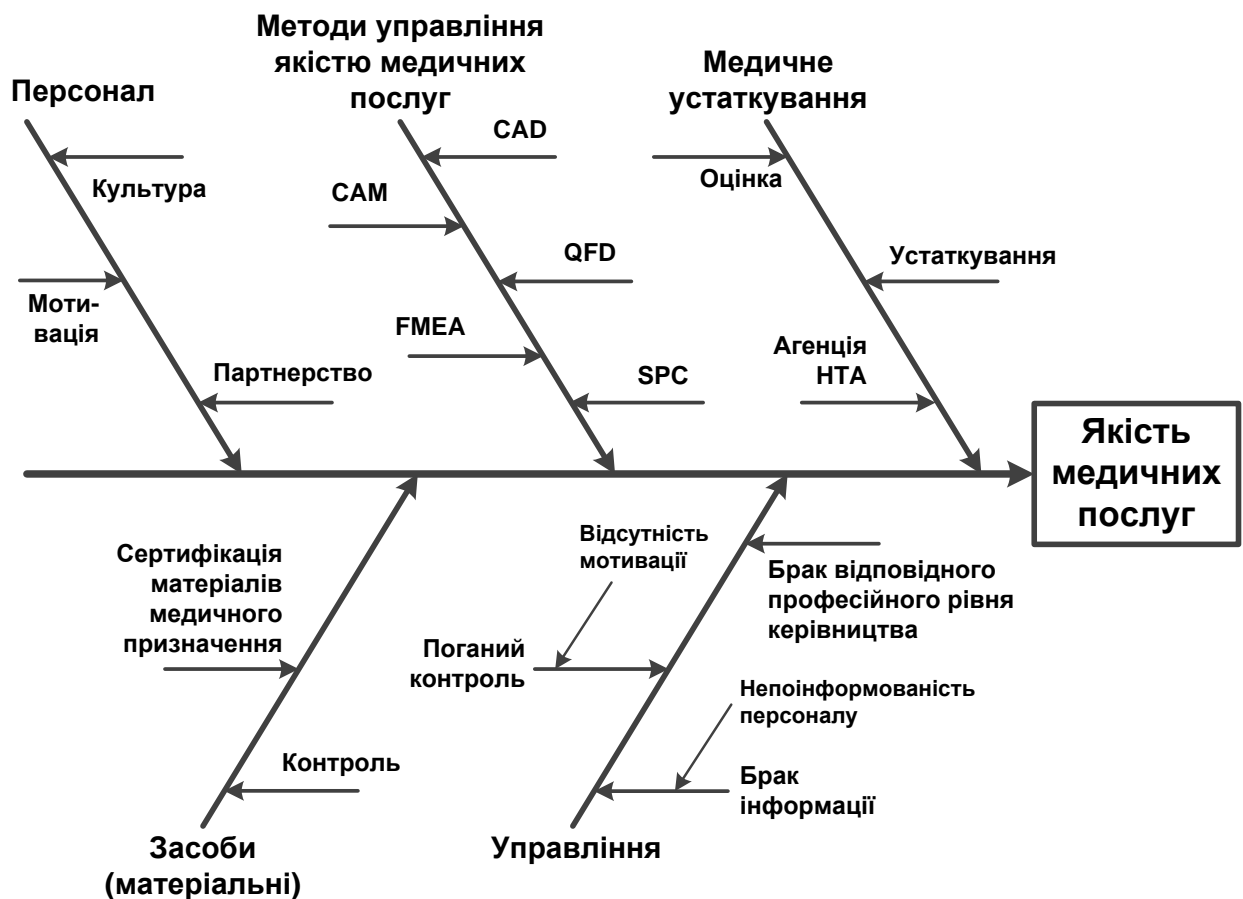


Рис. 4.4. Групування причин виникнення низької якості медичних послуг

Примітки: CAD – автоматизована система забезпечення контролю якості; SAM – метод уособлення в наданих медичних послугах очікувань пацієнтів; QFD – метод розвитку функції якості; FMEA – аналіз різновидів помилок і їх наслідків; SPC – метод статистичного контролю процесом.

Кожна з груп причин, зазначених на рис. 4.4 мають безпосередній вплив на проблему формування якісних медичних послуг. Так, зокрема, персонал є

одним із ключових елементів якості медичних послуг. Варто виділити кілька підгруп причин:

- рівень професійної та особистісної культури працівників;
- мотивація;
- професійне партнерство.

У зв'язку з цим групу причин варто розглядати крізь призму методів управління якістю (CAD, CAM, OFD, FMA, SPC), прийнятих для практичного використання в лікувальному закладі.

Медичне устаткування складає наступний блок проблем. Оцінка медичної технології вважається відносно молодою та перспективною галуззю знань в світовій практиці. Згідно з визначенням, це діяльність, що ґрунтується на критичному аналізі наукових фактів медичних, соціальних, етичних та економічних досліджень, наслідки яких використовуються сьогодні при здійсненні медичних процедур (іменованих медичними технологіями (НТА)), а також нових, що тільки почали використовуватися.

НТА не займається конкретними, клінічними аспектами процедури, а підтверджує соціальні наслідки її поширення та використання в залузі зміцнення здоров'я, профілактики захворювань, лікування, діагностики і реабілітації.

Мета НТА полягає в найкращому використанні тимчасової вартості грошей відповідно до того, як показали результати випробувань (контролю) з використанням технології в основній групі, в ході наукових експериментів. НТА забезпечує управління охорони здоров'я, медичних працівників та пацієнтів інформацією, заснованою на наукових даних (evidence based policy making).

Станом на сьогоднішній день у 35 країнах світу вже існують державні установи різних розмірів НТА, пов'язаних із міжнародними організаціями обміну інформацією, які співпрацюють в єдині мережі, формуючи спеціальні інформаційні бюлетені, де представляють результати роботи ІНАНТА (The International Network of Agencies for Health Technology Assessment in Health Care). Ця агенція об'єднує біля 30 агенцій із цілого світу, які разом щороку подають майже 500 рапортів. Ще однією міжнародною організацією є ІСТАНС (International Society of Technology Assessment in Health Care), додаткове завдання якої полягає в популяризації діяльності НТА серед країн, що розвиваються.

Враховуючи вищезазначене, вважаємо, що Україні неодмінно потрібно долучитися до роботи ІНАНТА та запропонувати на розгляд і оцінку міжнародному загалу власні наукові напрацювання. Для цього варто відкрити таку агенцію в Україні. Її метою має бути забезпечення самостійного управління системи охорони здоров'я науково-обґрунтованою інформацією з різних областей медицини. Зокрема агенція повинна забезпечити представлення узагальненої інформації про результати правильно спланованих та проведених наукових досліджень у галузі медицини. Проте звіти, в яких буде міститися згадана інформація, мають стосуватися не лише медичних

аспектів процедур, але й економічних, етичних чи суспільних, пов'язаних із ними.

Діяльність агенції має базуватися на пошуку незалежної інформації з опублікованих наукових досліджень із метою збирання та оцінки наукових фактів. Останні слугуватимуть за основу для інших груп фахівців при формуванні відповідних висновків, рекомендацій чи законодавчих норм.

Так званий "кошик медичних послуг", запропонований пацієнтам, повинен містити єдиний порядок оплати послуг лікувальних закладів, ефективність якого ґрунтувалася б на правильно спланованих і проведених дослідженнях із контрольною групою.

Сучасна система охорони здоров'я України не використовує принципи доказової медицини в якості основи для аналізу економічної ефективності. Оцінка технологій охорони здоров'я є одним з інструментів, що дозволяють підняти систему охорони здоров'я на більш високий рівень стандартизації і раціоналізації медичних процедур.

Таким чином, фінансування медичних процедур відбуватиметься за встановленим порядком. Цілком очевидно, що це перетворення як елемент цивілізації піде на користь окремим пацієнтам і суспільству загалом.

Управління якістю медичних послуг ґрунтується на різних оцінках функціонування охорони здоров'я. До уваги слід брати ефективність медичної допомоги і використання медичних технологій.

Важлива риса існування засад надання якісних медичних послуг полягає в тому, що вони передбачають визначення методології управління якістю. З метою досягнення успіху через конкурентоспроможність організаціям лікувального характеру необхідно більше інвестувати у медичне устаткування та покращення організаційних процесів.

Наступна група причин – це засоби чи медичні матеріали. В цій групі виділяються дві підгрупи:

- сертифікація;
- контроль.

Однією із головних вимог щодо дотримання якості медичних послуг є сертифікація медичної продукції, що стає гарантом дотримання встановлених стандартів.

Обов'язковою умовою дотримання вищезгаданої вимоги є постійний контроль за допомогою моніторингу.

Управління процесом надання медичних послуг важливе для формування якості медичних послуг. Указана проблемна група містить три аспекти:

- брак інформації;
- поганий контроль;
- брак відповідної освіти та професійного рівня керівництва.

Брак інформації стає основою управлінського ризику. Відсутність оперативної інформації не лише стає перешкодою для ефективної діяльності

медичного закладу загалом, але й спричиняє непоінформованість персоналу, що веде до розбалансування злагодженої командної роботи.

Запобігти виникненню всіх складників ризику можна при постійному контролі діяльності лікувального закладу, однак практика свідчить про нерозуміння важливості управлінським персоналом цієї функції. Ось чому спостерігаються випадки відсутності бажання контролювати роботу медичного закладу, а також здійснювати контроль на належному рівні. У цьому контексті варто також згадати, що однією з основних причин цього є відсутність мотивації. Така тенденція буде зберігатися, на нашу думку, до тих пір, поки персонал лікувального закладу не відчує себе повноцінно відповідальним за результати власної роботи як можливості залучити до себе більшу кількість пацієнтів та зайняти належне місце на ринку медичних послуг.

Основа згаданого проблемного блоку криється у відсутності відповідного освітнього та професійного рівня керівництва. При цьому важливою є не лише базова освіта, але й систематичне підвищення кваліфікації керівництва шляхом участі в різних тренінгах, семінарах та освітніх програмах.

Інформаційною базою для створення системи управління якістю в світовій практиці прийнято вважати праці Е. Демінга у поєднанні з японською філософією управління.

У даному контексті заслуговує на увагу японська філософія Кайзен ("кай" – зміна, "зен" - добра). Суть згаданої філософії управління полягає в постійному вдосконаленні отриманих результатів та покращенні якості продукції (послуг), прагненні працівників до покращення всіх аспектів організації процесу виробництва продукції (надання послуг). Варто зазначити, що процес вдосконалення досить тривалий та стосується як керівництва лікувальними закладами, так і кожного медичного працівника. Він включає в себе:

- аналіз та визначення проблеми;
- постійний контроль та пошук проблем;
- пошук причин виникнення проблем;
- підготовку шляхів вирішення;
- включення нових видів послуг у практику та дослідження їх упущень;
- контроль отриманих результатів;
- стандартизація.

У цьому процесі вагома роль відводиться керівництву медичними закладами, яке для пошуку та розв'язання проблем залучає працівників. Завдяки цьому підвищується ступінь відповідальності кожного за результати лікування.

Альтернативним варіантом управління якістю медичних послуг виступає залучення інновацій, що дозволяють швидкими темпами здійснити зміни і надавати конкурентні переваги лікувальним закладам. Вони передбачають

технологічну революцію, в той час як застосування філософії Кайзен дозволяє запроваджувати зміни поступово, використовуючи досягнення науки. Ефективне функціонування інновацій не можливе без залучення відповідних інвестицій. Філософія управління Кайзен передбачає постійне вдосконалення діяльності лікувальних закладів без додаткових залучень інвестицій та акцентує увагу суто на процесі надання медичних послуг. Натомість запровадження інновацій орієнтоване на кінцевий результат. Це, в свою чергу, передбачає багато індивідуальної роботи, що веде до технологічного прогресу.

Кайзен ґрунтується на спільній праці всіх працівників та скерований до окремо взятого медичного працівника. Загалом, при застосуванні Кайзен, лікувальні заклади можуть ефективно працювати і залучати інновації, однак із значно меншими витратами. Будь-яке нововведення (щодо процедури надання медичних послуг чи зміни їх асортименту) має бути підконтрольним. Це дозволить при отриманні відхилень у якісних показниках максимально виправити помилки та знову запровадити до сервісу згадані послуги.

Основна цінність підходу Кайзен полягає у згрупуванні працівників, що дозволяє краще керувати набутими знаннями. Таким чином, враховуючи виявленні помилки, колектив лікувального закладу може не лише їх усунути, але і вдосконалювати сам процес надання медичних послуг. Це дасть багато переваг самим закладам та підвищить їхню конкурентоспроможність. Ефективність існування лікувального закладу із впровадженням Кайзен базується на повномасштабному залученні працівників до процесу створення якісних медичних послуг та усвідомлення власної важливої ролі в цьому.

Формування системного підходу дозволить обрати необхідні напрями управління якістю та встановити комплекс послуг, форми і методи організації обслуговування, за допомогою яких забезпечиться підвищення якості послуг. Удосконалення процесу управління якістю зумовить:

- швидкі темпи підвищення процесу обслуговування;
- приведе до збільшення кількості пацієнтів і, як наслідок, наявності контрактів із Міністерством охорони здоров'я;
- завоювання цільового сегмента ринку;
- створення відповідного іміджу лікувального закладу на ринку медичних послуг шляхом запровадження систем якості та проходження акредитації.

Розглянувши чинні методи управління якістю приходимо до висновку щодо їх вибору. Останній же відбувається:

- на основі досвіду фахівця або ж інтуїції;
- виходячи з практичного досвіду, знань та інтуїції експертів;
- із застосуванням прийоми логіки та формальні методичні правила;
- при використанні методів оптимізації;
- за допомогою рекомендацій консультантів.

Здійснення управління лікувальними закладами повинно відбуватися із застосуванням відповідних аналітичних досліджень, що ґрунтуються на визначених методологічних принципах. Охарактеризуємо головні з них.

У першу чергу, будь-яке аналітичне дослідження має відштовхуватися від наявної політики держави в економічній та соціальній сферах і оцінки економічних явищ господарюючих суб'єктів господарювання (в нашому випадку – лікувальних закладів). Відповідність виявлених результатів перевірки встановлюється із застосуванням законодавчої бази.

По-друге, йдеться про врахування передового досвіду в медичній сфері при проведенні аналізу, застосуванні різного типу інновацій та врахуванні економічних законів розвитку суспільства. Основою проведення дослідження виступає діалектична теорія пізнання.

По-третє, об'єктивність аналізу залежить від його обсягу. Іншими словами, лише всестороннє дослідження роботи лікувальних закладів дозволить встановити причинно-наслідкові зв'язки в економічних питаннях та усунути негативні ефекти.

Як уже зазначалось, необхідно проводити комплексний аналіз. При цьому варто врахувати той факт, що лікувальні заклади повинні вивчатися як складна динамічна система із врахуванням усіх її зв'язків. У цьому полягає четверта особливість процесу дослідження. Проте ця система має не лише внутрішні, а й зовнішні зв'язки. Вона також складається із окремих об'єктів, які, в свою чергу, також взаємозалежні та мають певну структурну ієрархію.

П'ятий аспект аналізу повинен концентруватися на ефективності. Задля цього будь-яка інформація, що фігурує при дослідженні, потребує перевірки на об'єктивність (із застосуванням необхідних перерахунків результатів, представлених у документації). Важливим аспектом аналітичного процесу буде точність, що дозволить підтвердити або ж спростувати дані господарської діяльності закладів охорони здоров'я.

Шоста особливість аналітичного дослідження – оперативність. Йдеться про систематичне інформування керівництва лікувальних закладів щодо результатів внутрішнього аудиту із зазначенням недоліків та упущень. На основі аналітичних матеріалів проведених перевірок управлінцями повинен розроблятися комплекс заходів для усунення негативних результатів та корегування планових показників.

Плановий та системний аналіз є запорукою успішного управління якістю медичними закладами. У цьому полягає сьома особливість процесу проведення аналізу. Тобто розумно спланований аналіз із визначенням конкретних виконавців дозволить діяти системно.

Восьмим аспектом проведення аналітичних робіт, спрямованим на підвищення якості медичних послуг, є залучення всіх працівників лікувальних закладів. При цьому застосовуватиметься принцип демократизму, який дозволить виявити приховані резерви в процесі господарювання та управління згаданими закладами.



Загалом, формування та побудова уніфікованого методичного інструментарію дозволить сформувати конкурентоспроможне середовище на ринку медичних послуг.

Розглянуті нами методологічні інструментарії не лише застосовуються в світовій практиці, але і отримали визнання. Вважаємо за доречне індивідуальний підхід до вибору методів дослідження в залежності від галузі. Тобто саме від правильного його вибору або ж запровадження уніфікованого методичного інструментарію залежить успіх лікувального закладу та можливість забезпечення якості медичних послуг протягом її життєвого циклу.

#### **4.2. Забезпечення якості медичних послуг протягом їх життєвого циклу**

Очевидним є той факт, що джерелом виникнення медичних послуг є потреба та задум. При цьому необхідно визначити потенційних користувачів, для яких будуть надаватися медичні послуги. Важливим елементом цього процесу є аналіз шансів, ризику та неможливих для впровадження послуг на медичному ринку.

Кожна послуга, як зрештою і продукт, має свій життєвий цикл. З цього випливає низка її характерних особливостей:

- обмежена тривалість циклу;
- поетапне проходження життєвого циклу;
- вироблення стратегії.

Життєвий цикл медичної послуги можна зобразити на основі величини продажів, запропонованої Дж. Алткорном (рис. 4.5) [61].

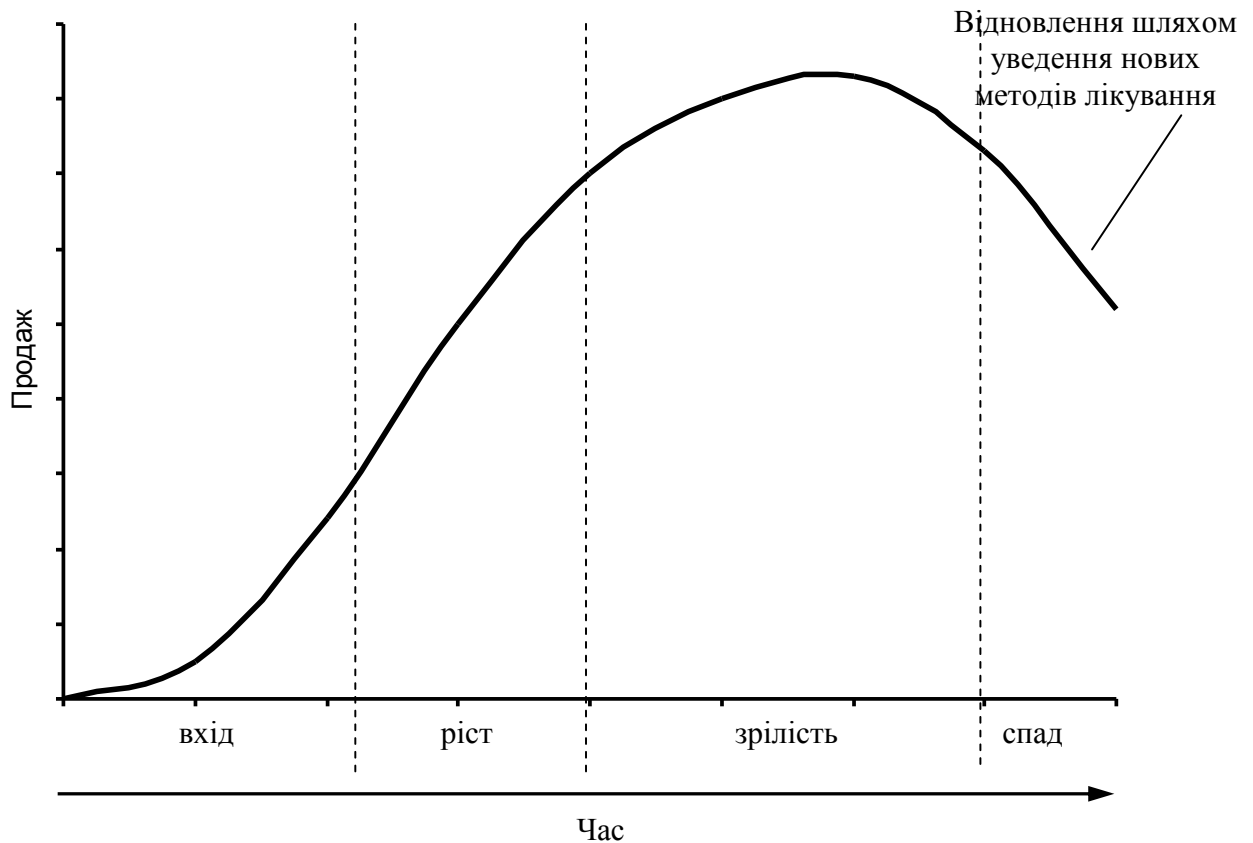


Рис. 4.5. Життєвий цикл продукту (медичної послуги)

Дж. Алткорн виокремлює чотири фази життєвого циклу медичної послуги:

- вхід, що характеризується низькими обсягами продажу, браком прибутків та великими видатками;
- ріст – фаза, що засвідчує приплив коштів від надання послуг;
- зрілість – збільшення кількості потенційних клієнтів (пацієнтів), стабілізація доходів;
- спад – фаза життєвого циклу, при якій обсяг наданих послуг та отриманих прибутків знижується.

За основу запропонованого нами процесу розробки медичних послуг узято метод циклічності (рис. 4.6). Як вже було вказано вище, виникнення медичних послуг ґрунтується на окремо взятій ідеї. Задум повинен виникати, виходячи із наявних потреб пацієнтів. Взнявши до уваги кілька ідей, необхідно зважити можливість їх реалізації (забезпечення медиками необхідної кваліфікації, наявність медичного обладнання тощо).

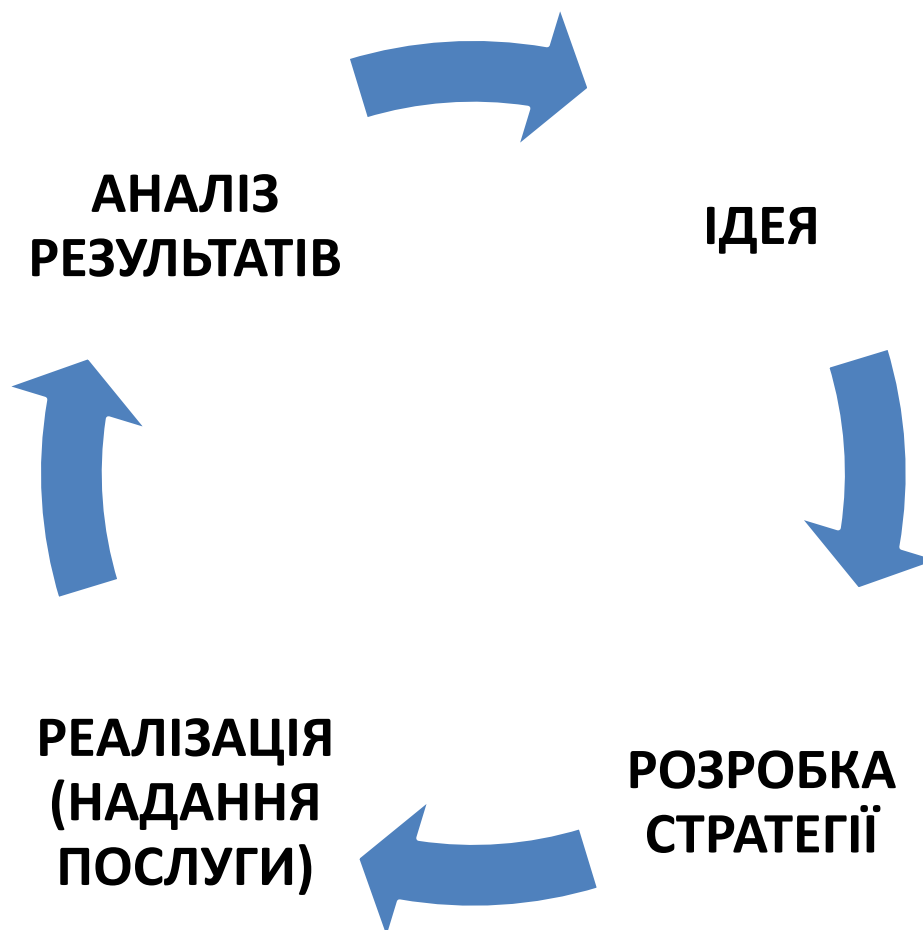


Рис. 4.6. Процес розробки медичних послуг

Зупинившись на оптимальному варіанті спектру медичних послуг, можна приступати до наступного етапу. Мова йде про розробку стратегії. Це дуже важливий і трудомісткий етап.

Прорахувавши нюанси, пов'язані зі специфікою товару (медичних послуг), беремося до реалізації задуму – надання послуг.

Цикл не був би повним без останнього етапу – аналізу результатів. Підставою для цього є визначення ефективності цілого процесу розробки медичних послуг. Однак як виміряти цю ефективність? З економічного погляду зору її можна виміряти шляхом зіп'явлення понесених затрат з отриманим прибутком. Проте не слід забувати, що йдеться про специфічний вид продукції – здоров'я через надання медичних послуг. Виходячи з цього, варто враховувати ефект - покращення стану здоров'я або ж повне одужання (залежно від попереднього діагнозу).

За проектування послуг відповідальність повинні нести лікувальні заклади. При визначенні фізичного виміру кожної з послуг лікар зобов'язаний визначити не тільки її якість, яку він може забезпечити, але і відповідність потребам покупців. Можна зробити висновок, що основні служби медичних закладів є собою комбінацією з потенційних постачальників - з одного боку, а з іншого - потреби та очікування пацієнтів.

При проектуванні послуги варто брати до уваги:

- сутність та користь, яку буде приносити запроєктована послуга з метою задоволення наявних потреб;
- послугу як фактичний продукт, що визначає власні переваги та забезпечення певних очікувань після її запровадження;
- послугу як продукт розширений, що дозволить додати послугам нові властивості та значення;
- послугу як продукт потенційний, котрий передбачає потенційні зручності та переваги, пов'язані із залученням нових пацієнтів.

Концепцію сукупного продукту запропонували М. Добска і П. Добські (рис. 4.7) [77].

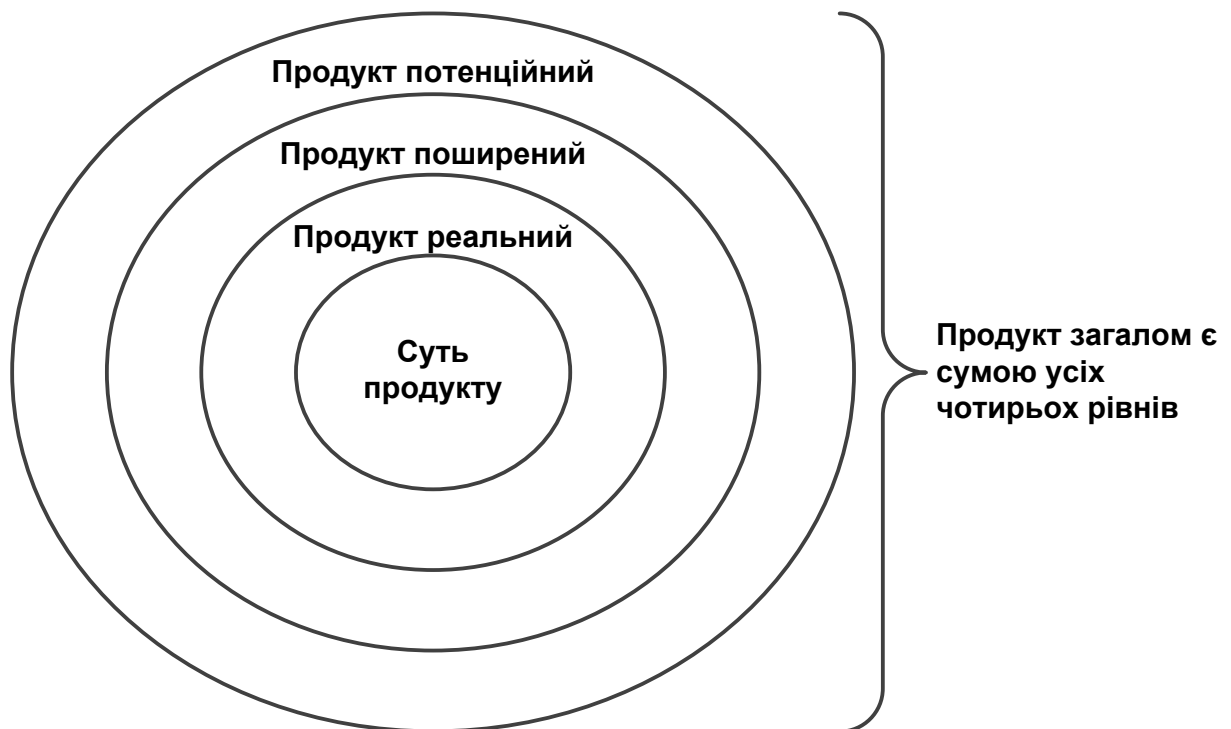


Рис. 4.7. Концепції продукту [77]

Цю концепцію можна застосувати і до медичних послуг (рис. 4.8).

При проектуванні послуги в її практичному аспекті, потрібно звернути особливу увагу на її сутність і внутрішню структуру. Якість послуг лежить в основі отриманого ефекту. Добре розроблена послуга матиме переваги у порівнянні з тим, що вже працює на ринку медичних послуг.



Рис. 4.8. Три рівні медичної послуги як продукту [77]

Ефективність запроєктованої медичної послуги залежатиме від повноти опрацювання маркетингових досліджень. Як вже вище зазначалося, переважна більшість медичних послуг як маркетинговий продукт мають власний життєвий цикл, що поділяється на фази. Протягом життєвого циклу в кожній його фазі обсязі продажів та отриманих прибутків відрізняються.

Для лікувальних закладів важливим моментом є визначення найкорисніших фаз із метою збільшення їх тривалості та зменшення негативного впливу несприятливих фаз. Лікувальні заклади при цьому мають прийняти відповідну стратегію для кожної окремо взятої фази життєвого циклу медичних послуг.

Перша фаза передбачає запровадження послуги на ринок. Її ще в практиці називають "фазою інновації". У зв'язку з тим, що послуга з'являється вперше на ринку, на цьому етапі відбувається лише знайомство з нею потенційних споживачів, і, як наслідок, відсутні високі доходи. Основне завдання лікувального закладу на цей час полягає у поширенні інформації про

запропоновану послугу потенційним клієнтам (пацієнтам) та в забезпеченні її загальнодоступності.

При цьому медичні заклади повинні спостерігати за реакцією споживачів на запропоновану послугу та оцінити ступінь її відповідності вимогам ринку. Загалом дана фаза характеризується великими витратами з напрацювань щодо нової медичної послуги, в тому числі і на її рекламу. На цьому етапі ймовірні збитки.

Якщо говорити про медичні послуги, то на фазі інновацій варто зазначити запровадження вдосконаленої послуги як із технічної точки зору, підвищення ефективності для лікувальних закладів, так і запровадження безпечного способу лікування для пацієнтів.

Розвиток послуги відбувається в наступній фазі, де попит на послугу стрімко зростає. Темпи надання нової послуги досить високі та постійно підвищуються. При цьому повинні також зрости розміри видатків на впровадження послуги на ринок. Останнє, своєю чергою, сприяє досягненню успіху. Позитивним моментом цієї фази є нижчий рівень видатків на надання послуги. Апогеєм стає щораз вища конкуренція, в умовах котрої не лише пропонуються аналогічні послуги, але і вдосконалюється їхня якість. Тому цю фазу можна назвати критичною для лікувального закладу, оскільки знову з'являються витрати, що мали місце в першій фазі.

У випадку неможливості реагувати на зміни, котрі відбуваються на даному етапі, представлена медична послуга буде визнана як така, що не відповідає вимогам ринку. Фаза росту продажу нової послуги є дуже важливою для лікувального закладу з огляду на можливість зайняти нові сегменти ринку, збільшення доступу до запропонованої послуги та підвищення рівня її якості, надання додаткових послуг в рамках презентованої інновації.

Доречним аспектом цієї фази буде маневрування цінами на послугу в бік зниження, що зацікавить групу споживачів, які значну увагу приділяють ціні. Розквіт послуги в системі охорони здоров'я відбувається в той період, коли медична послуга починає надаватися на всіх регіональних рівнях, а згодом розпочинає локально поширюватися.

Етап зрілості є найдовшим у цілому життєвому циклі послуги як продукту. При цьому послуга загальнодоступна та поширена, але темпи продажу її щораз сповільнюються. Оскільки з'являються послуги-аналоги на ринку медичних послуг, лікувальному закладу необхідно максимально збільшити користь від запропонованої послуги для потенційних пацієнтів.

Коли ж відбувається насичення ринку однотипними послугами кращої якості, ніж представлена лікувальним закладом, його медична послуга переходить у фазу спаду продажів. При цьому темпи продажу поступово знижуються, а отримані прибутки перетворюються поетапно на витрати. Зниження старіння послуг – це момент, коли попередня послуга починає замінюватися новою (наприклад, впровадження лапароскопічної хірургії замість хірургічного видалення каменів у жовчному міхурі). З точки зору

бізнесу, лікувальному закладу важливо проаналізувати причини зниження продажів, а також вирішити долю послуги як продукту.

Варто звернути увагу на той факт, що не всі послуги проходять через розглянуті нами вище фази, а також характеризуються неоднаковим життєвим циклом. При цьому вказані аспекти мають значення для лікувального закладу і для окремо взятого лікаря, а також впливають на:

- вибір правильної маркетингової стратегії для певної фази життєвого циклу;
- продовження життєвого циклу шляхом здійснення відповідних дій;
- оцінку структури бізнес-портфеля.

Слід мати на увазі, що одночасне отримання послуг, які знаходяться в тій самій фазі життєвого циклу, має високий ступінь ризику. Таким чином, необхідно створити портфель із врахуванням того, що деякі послуги переживають занепад, інші перебували у стадії реалізації або погашення.

Враховуючи все вищесказане, приходимо до висновку про необхідність урахування критеріїв при розробці медичних послуг у стаціонарному відділенні лікувальних закладів.

1. Варто враховувати час тривання послуги. При цьому має застосовуватися принцип оптимальності. Так, пацієнт отримує медичну послугу без зайвих очікувань, а лікар, в свою чергу, чітко виконуючи свою роботу, отримує можливість прийняти більшу кількість пацієнтів.

2. Спосіб надання послуги. Вони надаються згідно із виписаними процедурами у затверджених медичних стандартах. При цьому за однією схемою обслуговуються пацієнти з гострим болем, а за загальною – всі решта.

3. Важливим аспектом у момент надання послуг є медичний персонал, що при цьому присутній. Зокрема йдеться про обов'язковість участі лікарів-спеціалістів та медичних сестер.

4. Ефективність лікування залежить у багатьох випадках від належного забезпечення медичною апаратурою приймальних відділень лікувальних закладів.

5. Налагоджений постійний зв'язок між різними відділеннями (наприклад, діагностичним та хірургією чи лабораторіями).

6. Окремо повинні бути розроблені набір процедур для пацієнтів із гострим болем.

7. Подетально виписана інструкція надання медичних послуг основному (загальному) колу пацієнтів.

Окремо необхідно звернути увагу на період перебування пацієнта в лікувальному закладі на стаціонарному лікуванні, зокрема у відділі інтенсивної терапії.

1. Встановлення ступеня ризику для здоров'я пацієнтів.
2. Розробка комплексу медичних процедур для важко хворих пацієнтів.

3. Моніторинг медичного персоналу, що надає послуги.
4. Затвердження часу надання медичних процедур.
5. Постійний зв'язок з іншими відділеннями, зокрема лабораторним.

Інші відділення медичного закладу повинні:

1. Описати процедури надання медичної допомоги.
2. Затвердити перелік медичних процедур, які передбачаються для згаданих відділень.
3. Здійснювати ретельний підбір медичного персоналу, що надає медичні послуги.
4. Розробити хронометраж усіх представлених у даних відділеннях медичних процедур.
5. Тримати постійний зв'язок із іншими відділеннями, зокрема лабораторним та діагностичним відділеннями.

Виходячи з усього вищерозглянутого, варто зауважити необхідність розробки як загальної, так і маркетингової стратегії для кожної фази життєвого циклу медичних послуг як продукту. Успіх обраної стратегії на ринку медичних послуг безпосередньо залежатиме від процесу управління їх якістю.

#### **4.3. Управління якістю як можливість виявлення та розв'язання проблем**

Ефективне управління якістю послуг сьогодні – це одне з найважливіших стратегічних завдань, що стоять перед медичними установами. В умовах української медицини це вимагає радикальної зміни наявної ситуації та розробку програми, спрямованої на пріоритети якості.

Поширена думка, що брак коштів перешкоджає реалізації цієї мети, – не зовсім правильна, тому що існують так звані "безінвестиційні можливості" щодо покращення якості медичних послуг, а в багатьох випадках можлива зміна розподілу наявних у розпорядженні лікувальних закладів ресурсів, яка покращить якість.

У високій якості медичних послуг повинні бути зацікавлені, перш за все, пацієнти, проте і самі заклади охорони здоров'я мають підвищувати рівень запропонованих медичних послуг. Це дасть змогу останнім збільшити шанси на ринку конкурентів, що вплине на кількість потенційних пацієнтів.

Кожна діяльність спрямована на досягнення кінцевого результату. Досягнення мети можливе при ефективному використанні наявних засобів, практичних навичок, інформаційно-комунікаційної складової. Охорона здоров'я не складає винятком (рис. 4.9).



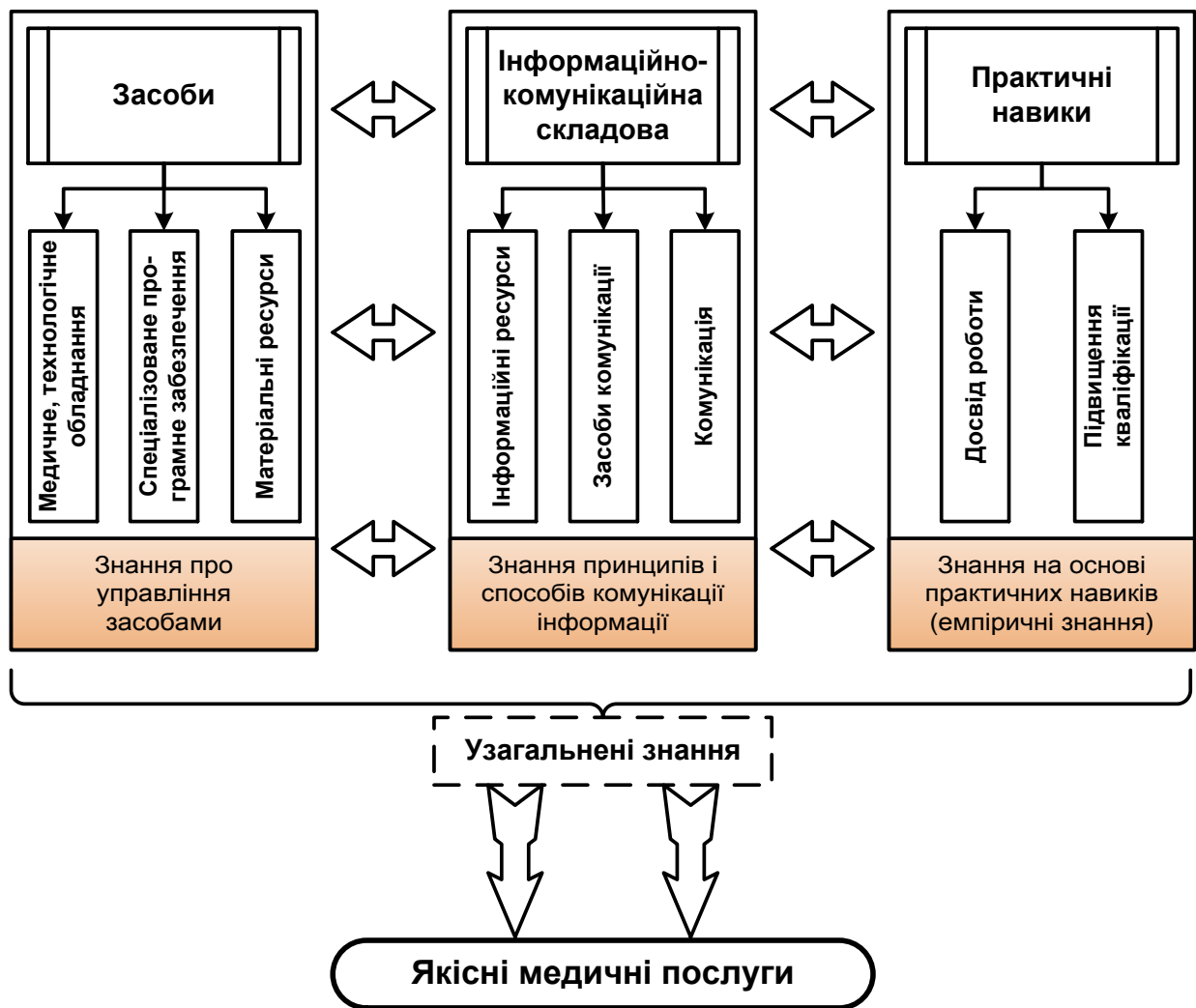


Рис. 4.9. Складові елементи процесу досягнення якості медичних послуг

Основа функціонування медичних закладів – це передусім забезпечення засобами, зокрема:

- медичним устаткуванням;
- спеціалізованим програмним забезпеченням;
- матеріальним ресурсами.

Наявність високотехнологічного медичного обладнання в лікувальному закладі характеризує його як сучасну медичну установу. Забезпечення лікарні медичним устаткуванням повинно слугувати не лише вимогам надання медичної допомоги, але і спеціалізації лікувального закладу.

До спеціалізованого програмного забезпечення, необхідного лікувальному закладу, можна віднести системи управління базами даних (для ведення баз даних про пацієнтів, працівників, історії хвороб тощо), програми для обробки результатів ультразвукової діагностики, спеціалізовані графічні програми для обробки і проведення рентгеноскопичних досліджень тощо.

Важливим аргументом на користь останнього є забезпечення висококваліфікованим персоналом, діяльність якого спирається на знання та вміння. Щодо людських ресурсів, то необхідно брати до уваги важливі аспекти. Мова йде не так про дотримання вимоги стосовно підвищення

кваліфікації працівників відповідно до спеціалізації лікувального закладу (лікарні, реабілітаційний центр і под.), як про здатність адаптуватися до сформованого колективу та працювати єдиною командою.

Безперебійне, повномасштабне функціонування лікувального закладу не можливе без належного забезпечення його матеріальними ресурсами.

Однак, наявність усіх перелічених ресурсів сама по собі не дасть можливості використати їх за призначенням. Важливим елементом, що не лише об'єднує згадані ресурси, але й дозволяє їм досягнути поставленої мети, є знання про управління засобами. Такі знання стосуються не лише забезпечення наявності перелічених ресурсів, але й врахування їхньої специфіки.

Наявність матеріальних ресурсів спрямована на забезпечення повноцінної роботи лікувального закладу. Так, важливим аспектом є оптимізація згаданих ресурсів за допомогою, наприклад управлінських знань.

Практичні навички і вміння утворюють наступний блок, який безпосередньо впливає на отримання пацієнтами якісних медичних послуг. У цьому контексті варто розглядати два аспекти:

- досвід роботи;
- підвищення кваліфікації.

Цей блок ґрунтується на емпіричних знаннях. Досвід роботи дозволяє працівникам, спираючись на отримані знання у вищих навчальних закладах, виробити певні практичні навички, які стануть у нагоді в їхній подальшій професійній діяльності.

Загалом, розглядаючи поняття "якості медичних послуг", варто брати до уваги неоднозначність його трактування. Причина цього криється в сутності згаданого поняття, яке варто розглядати як з точки зору пацієнтів, так і діяльності лікувальних закладів. Іншими словами, одну і ту ж медичну послугу можна оцінити під кутом якості різними пацієнтами, які напрацювали для себе різні критерії оцінки якості. У той же час, пацієнти оцінюють якість послуг суб'єктивно і відносно, порівнюючи їх з іншими (наприклад тих, якими раніше користувалися).

Розглянемо відомі в світовій практиці чинники якості медичних послуг, зокрема:

- матеріальність, під якою розуміють наявність сучасного лікувального обладнання, забезпечення медичним персоналом належного професійного рівня, ступінь поінформованості;
- доступність – включає в себе місце розташування лікувального закладу, зручність пошуку, наявність контактного персоналу, ширину і глибину пропозиції, час, який може виділити персонал для кожного пацієнта;
- естетика – оцінка загального вигляду середовища, де будуть надаватися медичні послуги, підбір персоналу та способу презентації певної медичної послуги;
- догляд – це ступінь надання допомоги через контактний персонал, ступінь зацікавленості останнього, готовність до надання допомоги.

- догляд – увага, терпіння, співчуття бажане для пацієнтам, увага до пацієнта, забезпечення комфорту та спокою;
- чистота (охайність) – ступінь утримання матеріальних компонентів пакету послуг, як-от: навколишнє середовище, товари, обладнання і персоналу;
- комфорт – задоволення всіх потреб та побажань, фізичний комфорт;
- зобов'язання – відчутна прихильність персоналу, працьовитість, сумлінність, що впливає на задоволення у зв'язку з їх діяльністю;
- комунікація – здатність спілкуватися з пацієнтом у такий спосіб, який йому зрозумілий – чіткий, послідовний, логічний, надання достовірної інформації, вміння слухати і розуміти пацієнта, ставитися до нього індивідуально, а не в рамках "історії хвороби";
- фаховість – майстерність і професіоналізм обслуговування, виконання побажань пацієнта належним чином, знання послуг, що надаються співробітникам, надання хворим хороших, розумних порад, загальна здатність і готовність виконувати свою роботу добре;
- люб'язність – повага і хороші манери, проявлені при наданні послуг контактного персоналу під час спілкування з пацієнтом, свобода дій з боку персоналу;
- гнучкість – тенденція лікувальних закладів до поліпшення і зміни спрямованості послуг на користь та задоволення потреб пацієнтів;
- ввічливість – особиста приязнь контактного персоналу, щирість у відношенні до хворих, емпатія, індивідуальний підхід до кожного хворого;
- функціональність – практичність, здатність пристосуватися до мети та відповідного рівня якості послуг, апаратури, медикаментів;
- чесність – неупередженість, об'єктивність, надійність способу надання послуг;
- розуміння пацієнта – постійне прагнення пізнати пацієнтів і їх потреби;
- надійність – надійність персоналу, приміщень, устаткувань та дотримання обіцянок пацієнтам;
- чутливість – негайне реагування на нагальні потреби пацієнтів, зведення до мінімуму часу очікування, викорінення черг;
- безпека – особисті почуття безпеки пацієнта в процесі обслуговування, дотримання конфіденційності.

Загалом, визначення чинників що впливають на якість медичних послуг є обов'язковою умовою, а проте недостатньою для ефективного управління лікувальним закладом та якістю запропонованих послуг. Важливо при цьому затвердити стандарти якості, про які ми згадували раніше.

В аспекті медичних послуг цьому сприяють встановлені процедури, стандарти у вигляді так званого "пакету вигідних пропозицій", що пропонуються для пацієнтів. Їх питома вага має велике значення, оскільки медичні послуги характеризуються високим ступенем контакту з пацієнтом. Таким чином, вони розглядаються в більшості випадків, як "процес"

(наприклад, лікування конкретного захворювання особи), а не "продукт" (наприклад, діагностика). Визначення якості "процесу" набагато складнішим, ніж визначення якості продукту.

Важливо, щоб медичні організації та заклади не тільки оцінювали якість, але і мали змогу управляти нею належним чином. У цьому зв'язку необхідно:

- визначити ключові атрибути якості обслуговування з погляду керівництва і пацієнта;
- виявити прогалини щодо сприйняття та забезпечення очікувань хворих;
- розуміння наслідків того, що управління якістю послуг дає змогу усувати вразливі місця процесу.

У практиці відомі такі групи найбільш поширених прогалин, які ведуть до появи послуг низької якості:

– Розрив між очікуваннями пацієнтів та уявлення керівництва. Наприклад, керівництво лікарні не завжди точно знає, чого очікують їхні хворі. Можна припустити, що пацієнти хочуть поліпшити харчування в лікарні, хоча насправді найважливіша для них (пацієнтів) швидка і професійна реакція медсестер.

– Розрив між сприйняттям і окресленням якості медичної послуги. Керівництво лікувального закладу може володіти інформацією щодо очікувань пацієнтів, проте не встановлює (не корегує) стандартів надання послуг. Наприклад, адміністрація лікарні може зобов'язати медсестер швидше виконати свої обов'язки, але не уточнює, як саме це зробити.

– Розрив між встановленням якості послуг та рівнем медичних послуг, що надаються. Причина цього може критися в низькому рівні кваліфікації персоналу або ж наявності понаднормового залучення медичного персоналу до чергувань, що безпосередньо впливає на низький рівень послуг.

– Розрив між рівнем наданих і задекларованих послуг, тобто якщо пацієнту було гарантовано лікування та перебування в зручній палаті на одного, а його кладуть до загальної палати на вісьмох без необхідних зручностей, то рівень надаваних послуг значно відстає від очікувань хворих.

– Уразливість виникає при наявності суттєвих відмінностей в оцінці сутності і помилкового сприймання якості обслуговування. Багаторазові відвідини лікарем пацієнта можуть бути потрактовані з різних точок зору. Зокрема, лікар у такий спосіб хоче показати піклування про пацієнтів, а останні, в свою чергу, можуть сприйняти його піклування як сигнал щодо важкого стану власного здоров'я.

Визначення та врахування усіх можливих прогалин, дозволить здійснювати ефективно управління якістю. П. Мудіє та А. Котем вважають, наслідки такого управління можуть призвести до певних результатів, котрі спричинять зміни (вплив) на певні групи (рис. 4.10) [128].



Рис. 4.10. Вплив якості послуг на визначені групи

Питання, порушені в першому блоці, тобто контакт зі службами, має включати такі питання:

- Чи персонал, що обслуговує пацієнта є кваліфікованим та ввічливим?
- Чи присутні на території лікувального закладу інформаційні знаки, на скільки їх видно, не правильно вони розташовані і виконують свої функції?
- Яким чином пацієнт може вплинути на процес надання послуг та допомогти покращити якість згаданої комунікації?
- Чи доречним буде застосування теорії сценаріїв (Е. Берна) та який буде її вплив?

Беручи до уваги перебіг контактів із постачальником послуг, виникає питання, яким є обслуговування пацієнта. Ця категорія тісно визначає якість обслуговування, іноді зветься "функціональна якість" (наприклад, чи демонструє хірург зацікавлення та чи викликає довіру у пацієнтів), на відміну від "технічної якості" (наприклад, чи пройшла операція успішно). Таким чином, управління якістю повинно розглядатися як очевидний факт, але не завжди на практиці воно зрозуміле для пацієнтів, які роблять висновок, враховуючи лише технічну та функціональну якість.

Надзвичайно важливе значення для якості обслуговування має його проект. При цьому варто дослідити такі питання:

- Чи послуга як процес розроблена на відповідному рівні?
- Чи має місце графічний дизайн цього процесу?
- Чи представлена система гнучка?
- Якою мірою проект має бути індивідуалізованим?

Розглядаючи наступний блок, необхідно звернути увагу на зв'язок між якістю та кількістю послуг, що надаються, та на якість ресурсів, які брали безпосередню участь при наданні медичних послуг. Для останніх згадані аспекти мають важливе значення. З одного боку, лікарі скаржаться на велику кількість пацієнтів, котрих вони повинні прийняти за один день, з іншого боку, має місце обмеженість ресурсів, що не завжди дозволяє придбати відповідні приміщення, обладнання, технології, які повною мірою можуть гарантувати високу якість обслуговування.

Враховуючи все вище сказане, при дослідженні слід приділити увагу таким питанням:

- Які масштаби змін, що відбуваються, між змінами якості та змінами кількості наданих послуг?
- Чи існує залежність та чи має вплив на якість процесу лікування кількість пацієнтів, що зростає у відношенні до лікарів загальної практики?

Продуктивність та якість медичних послуг без сумніву мають тісний взаємозв'язок та передбачають вивчення низки питань:

- Яка середня тривалість часу, коли ліжко порожнє, в проміжку між випискою та прийомом пацієнтів?
- Яке ставлення працівників до кількості щоденних пацієнтів і пацієнтів лікарні?
- Яке співвідношення випадків термінового стаціонарного лікування чи надзвичайного стану у зв'язку з обслуговуванням населення?

Організація і культура послуг мають великий вплив на якість медичних послуг. Варто розуміти деякі особливості, зокрема:

- Який тип культури досвідчує лікувальний заклад (функція підтримки, завдання) і як це впливає на наше розуміння природи послуг та стратегічних цілей організації?
- Які особливості лікувального закладу дозволяють йому позитивно реагувати на потреби пацієнта та надання медичних послуг високої якості?
- Яким чином загальна культура впливає на роль людей у реалізації окремих завдань і загальної стратегії лікувального закладу?

Як ми вже згадували раніше, управління якістю медичних послуг лікувального закладу повинне спиратися на концепцію комплексного управління якістю TQM (Total Quality Management). Указана концепція передбачає управління в усіх аспектах та на всіх рівнях діяльності лікувального закладу, що вкрай важливе для пацієнтів. Сутність концепції TQM повинна бути зрозуміла для всього колективу лікувального закладу та враховувати найістотніші її елементи:

- норми якості, що залежать від пацієнтів;
- врахування пацієнтів як зовнішніх, так і внутрішніх;
- прихильність на найвищому рівні,
- ставлення до кожного співробітника як до контролера якості;

- постійне вдосконалення;
- вимірювання (наприклад, аналіз Парето, карти процесів, аналіз ланцюга якості).

У рамках контролю та покращення якості наданих медичних послуг і з метою дослідження результативності якості необхідно в центр процесу поставити пацієнта.

Безсумнівні переваги таких управлінських процедур полягають у мобілізації з медичним персоналом, надавачами послуг, вивчення всіх елементів, що впливають на їх якість. Важливо також відношенні прослідкувати так званий "ланцюг якості". Що більше послуга сприйматиметься як процес, то більше матиме значення з точки зору якості її рівень на кожному етапі процесу. Це найкраще ілюструє ланцюг якості.

Ланцюг якості прийнято відносити до якості технологічного ланцюжка, в якому одержувач медичних послуг знаходиться в прямому контакті зі службами охорони здоров'я, починаючи від усіх адміністративних процедур і закінчуючи отриманням усіх необхідних медичних послуг. Саме тому варто брати до уваги маркетингові дослідження, всі події, що відбуваються в ході реалізації конкретних медичних послуг, що дозволить будувати ланцюг якості емпіричним шляхом.

Метою цього дослідження є усвідомлення всіх взаємозв'язків, які виникають у ході реалізації послуг між пацієнтом і медичним закладом. Це потрібно для того, щоб реформувати систему охорони здоров'я відповідно до вимог пацієнтів. Найбільш важливими елементами, які заслуговують на детальне дослідження, є:

- визначення моменту, коли пацієнт вирішив скористатися послугами, і способу надання даних послуг;
- виявлення основних продуктів, як-от: послуги, переваги та можливі ризики, які виникають у разі відсутності попиту на ці послуги,
- визначення поширеного продукту і всіх питань, пов'язаних із наданням послуг,
- сфера діяльності, яка здійснюється сім'єю пацієнта, друзями чи неформальними організаціями у процесі надання медичних послуг,
- соціальний, суспільний характер медичного обслуговування (з яким пацієнти зустрічаються та яка роль кожного учасника при наданні медичної допомоги),
- психологічний аспект використання медичних послуг для пацієнта (наприклад, а тривога пацієнта, переживання, пов'язані з цим фактом? Якої підтримки він потребує?),
- обмін інформацією між пацієнтом і лікарем, що надає медичні послуги, способи отримання інформації та створення баз даних,
- для продавців медичних послуг важливо знати про потік грошей, щоб охопити всі витрати, здійснені при реалізації, в тому числі витрати, пов'язані з адміністративними процедурами,

- фізичний стан при наданні медичних послуг, таких як: зручність проїзду до лікувального закладу, умови перебування в лікувальних палатах та медичне обладнання, яке застосовується до пацієнта,
- розуміння факторів, що визначають процес прийняття рішень лікаря та вибір методу лікування (чи скерувати пацієнта до лікарні чи до іншого закладу),
- конструювання профілю споживачів медичних послуг, що належать до цільової аудиторії, вказуючи вік, стать, рід занять, місце проживання, об'єднання груп, які утворюють сегменти.

Необхідно також визначити "критичні позиції", які мають найбільший вплив на поєднання досягнення поставлених цілей та задоволення наявних потреб пацієнтів.

Необхідно працювати над стандартами (рекомендаціями) стосовно того, в який спосіб повинна надаватися медична допомога, і ці стандарти мають бути спрямовані, перш за все, на родинних лікарів чи дільничних терапевтів. Результати командної роботи медиків допомагають лікарям при прийнятті рішень під час діагностики і лікуванні певних різновидів захворювань. Це дозволить визначити принципи "хорошої медичної практики", визначення якості медичної допомоги.

Опрацьоване дослідження є намаганням встановити правила надання медичних послуг у системі загального медичного страхування. У певних частинах напрацювань робочої групи зазначаються вимоги до кваліфікації медичних працівників, ті вони могли виконувати послуги певного типу для застрахованих. У такий самий спосіб передбачається доступ до медичного обладнання, яке необхідне при наданні послуги та врахуванні місцевих умов, в яких де послуги бути виконані.

Прикладом "ланцюга якості", який показує "шлях" пацієнта при реалізації власної потреби покращення здоров'я, показаний на рис. 4.11.

Процес комунікації пацієнта з усіма елементами лікувальних закладів охорони здоров'я виглядає так:

- перша зустріч з власним лікарем (сімейним лікарем), здійснює свою власну медичну практику або спрямовується він до фахівця, що спеціалізується на певних видах захворювань або в спеціалізовану клініку на консультацію;
- звертається вперше до власного лікаря (сімейного лікаря), що надає медичні послуги в рамках медичного страхування із гострою боллю, яка потребує медичного втручання та із хронічним захворюванням, що не передбачає нагальної лікарської допомоги;
- користується послугами лікаря-спеціаліста в рамках медичного страхування;
- використовується можливість стаціонарного лікування, відділенням загальної хірургії для пацієнтів з хронічним і гострим болем.



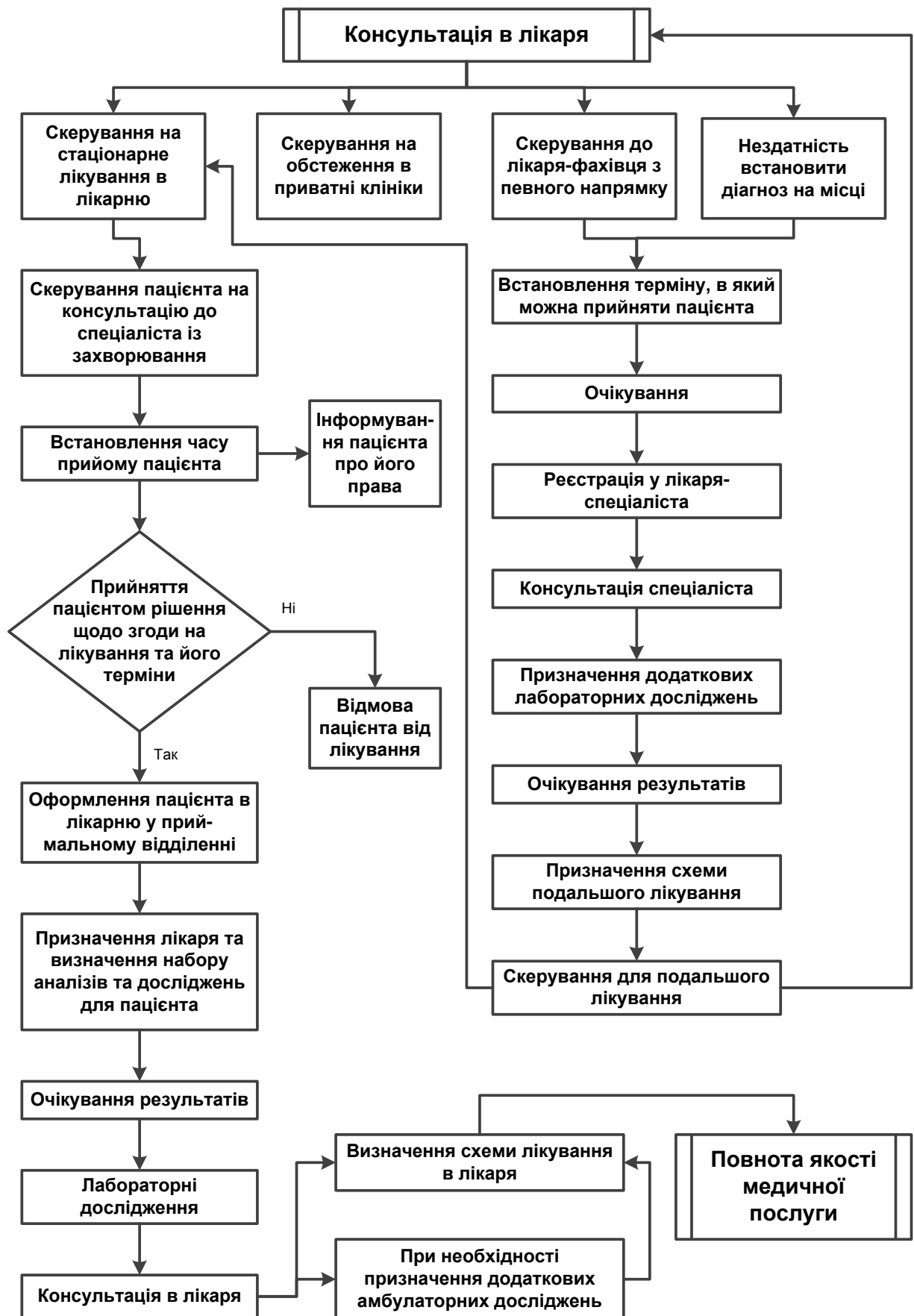


Рис. 4.11. Повнота якості медичних послуг крізь призму ланцюга якості  
Джерело: опрацьоване на основі [136]

Важливим аспектом в представленому ланцюгу якості являється поінформованість пацієнта про його права, що має безпосередній вплив на його кінцеві рішення хворого (рис. 4.12).

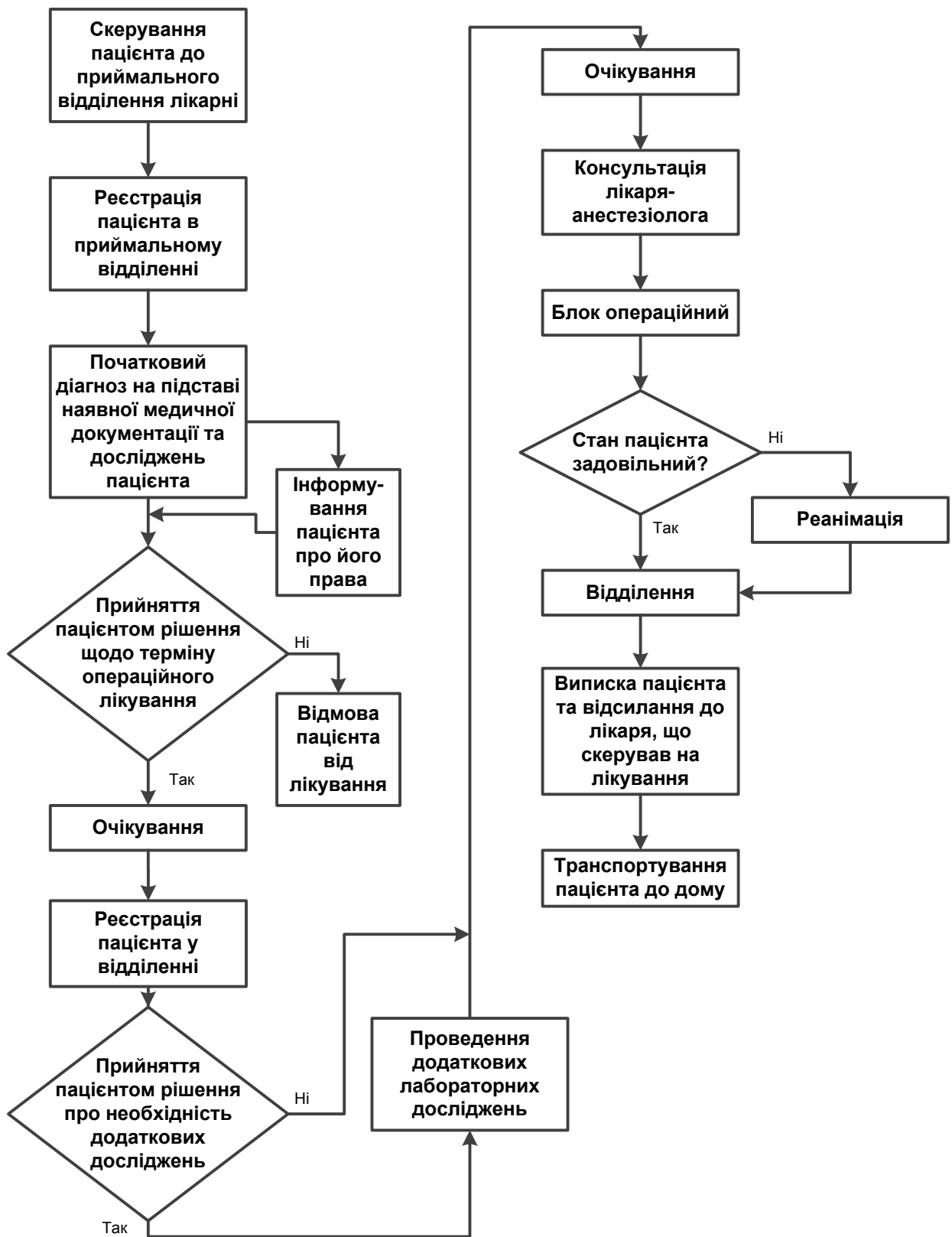


Рис. 4.12. Вплив поінформованості пацієнта на перебіг подій лікувального процесу [136]

Проектування послуги варто здійснювати із врахуванням її функціональних та семіотичних аспектів. Зокрема, коли йдеться про функціональність послуги, цей аспект характеризує її практичність. У першу чергу це стосується способу надання послуг, визначення необхідної медичної апаратури та засобів, затвердження кількості та типу персоналу, встановлення типу діагностики, вибір параметрів надання послуг, засобів безпеки.

Разом із тим, проектування – це організація процесу надання медичних послуг, що включають процедури прийняття, скерування, бронювання місць у лікувальних закладах. Першорядний момент під час проектування послуг – встановлення високого рівня функціональних стандартів. Виконання на 97% кожної встановленої процедури забезпечує високі стандарти лікарні. Але якщо послуга складається із п'яти процедур (виконаних на 97%), стандарти понижують до 86%. У випадку надання послуги, що складається із 22 процедур, пацієнт має на 50% менше шансів отримати медичну послугу високого рівня (відповідно до встановленого стандарту) [75].

Семіотичний аспект визначає практичний вимір обслуговування і впливає на її просування. Не варто забувати, що поняття "медична послуга" включає в себе багато складників, котрі беруть до уваги пацієнти, зокрема зовнішній вигляд лікарні та медичних працівників, атмосфера закладу, час очікування на процедуру тощо. Тому ці елементи є рекламними засобами, про що не всі знають. Так, наприклад, очікування протягом трьох годин на консультацію лікаря характеризує лікарню з негативного боку, тому що в такому разі час лікаря в 60 разів більше цінується, ніж час пацієнта.

Оскільки практичні аспекти медичних послуг не можна змінювати щодня, покращувати можна постійно. Так, зокрема лікарі, коли роблять записи в картці прав пацієнта, повинні інформувати останніх про альтернативні варіанти лікування, даючи їм вибір терапії, доступної в умовах надання послуг.

Наступний фактор – семіотичний аспект свободи пацієнта під час перебування в лікарні. Цей фактор особливо важливий для хворих, що перебувають тривалий час у медичному закладі. Вказаний фактор має важливе терапевтичне значення і може важити більше, ніж інституційні гарантії [75]. Як свідчить практика, такі враження про лікарню, що складаються з дрібних елементів, і утворюють ланки ланцюга якості.

Дослідження з цього приводу повинні проводити маркетингові служби, на які б опирався медичний заклад. Така інформація надає уявлення про пацієнтів, з неї можна дізнатися про бажання та переваги хворих (наприклад, яка вікова категорія пацієнтів хоче мати в своїй палаті телефон і телевізор). Важливою буде також інформація про бажання порозмовляти з лікарем про власну родину, допомогу при прийнятті душі, можливість пересуватися і т.д. Знання звичок, смаків і переваг потенційних пацієнтів є ключем до успіху лікувальних закладів.

Якщо при проектуванні медичних послуг виникає ситуація вибору між функціональним та семіотичним аспектом, у більшості випадків пріоритет

належить першому. Перш ніж послуги будуть заявлені на медичний ринок, вони повинні бути протестовані, а для цього необхідно:

- перевірити, чи відповідають запропоновані послуги цілям лікувального закладу;
- чи нова концепція представленої послуги зацікавить як покупців (лікувальні заклади), так і пацієнтів;
- які користі принесуть для одержувачів послуги (пацієнти приймуть нові послуги незважаючи на їх обмеженість за умови, що це буде корисно для них) [60].

Після проведення маркетингових досліджень необхідно внести дані послуги до бізнес-плану лікувального закладу (організації) та скорегувати стратегію компанії, підготувати її до виходу на ринок, спрямовуючи до комерційного успіху. Після тестування потрібно запропонувати пробний варіант послуг.

Якщо відштовхуватися від трактування якості як "правильного виконання речами правильних дій", то варто замислитися над такими питаннями [98]:

- Які саме дії варто вважати правильними?
- Що собою являє правильна їх реалізація?

Відомо, що кінцевий результат залежить не тільки від діагностичного та лікувального методів, але й від ефективності їх використання і відповідному підборі хворих. Це робиться для того, щоб оцінити рівень якості поведінки, що можливе при належному вимірі продуктивності (як уже згадувалося раніше). Важливим кроком в процесі розробки способів підвищення якості медичних послуг буде запровадження Карт прав пацієнтів, Карт сестринської опіки, введення стандартів на процедури надання медичних послуг, у тому числі стандарти профілактики і лікування пролежнів.

Покращення рівня якості медичних послуг відбувається не лише під впливом щоденного вдосконалення цієї якості, підвищення ефективності і кваліфікаційного рівня медичних працівників, а також під впливом еволюційних змін.

У світовій практиці найбільш поширені п'ять способів внутрішньої організації проектування медичних послуг та маркетингової діяльності.

1. Звичайне управління (не обов'язкове для всіх лікувальних закладів). Це набір дій, що ґрунтується на внутрішньому плануванні діяльності і реалізації його на основі ухваленого бізнес-плану, розробці стратегії, здійсненні специфікації послуг і операцій на основі підписаного договору з покупцем користі для здоров'я (медичне страхування). Досягнення коротко- і довготермінових цілей, визначення специфікації послуг та проектування медичного страхування не насаджується згори, а пропонується лікарняними відділеннями. Проте діяльність у подальшому визначається підписаними контрактами та недоторканістю ієрархії управлінської команди.

При такому способі діяльності маркетинг показує нові можливості для діяльності менеджерів та окреслює нові цілі, що їх необхідно реалізувати. Попри те, що в ієрархії управлінських кадрів не відбулося змін, трансформувалася позиція маркетингу в системі охорони здоров'я. З метою реалізації відповідного рівня маркетингової діяльності, які будуть діяти згідно із затвердженою маркетинговою стратегією, необхідно забезпечити лікувальний заклад кадрами на всіх функціональних рівнях.

2. Даний спосіб передбачає підтримку описаного вище методу на основі управління із застосуванням кіл якості, реалізацію стратегії, що ґрунтується на заздалегідь визначених стандартах якості медичного обслуговування. "Кола якості" складаються з людей, котрі регулярно зустрічалися на добровільній основі з метою обговорення поточної діяльності і поліпшення медичного обслуговування. Основою їх спостережень є маркетингові дослідження, здійснювані ними. В результаті виникають неформальні системи маркетингових комунікацій. Умовами виникнення кіл якості для досягнення успіху є:

- низька плинність кадрів із моменту утворення кіл якості;
- високий рівень моральності персоналу;
- чітко визначені обов'язки і визначений напрямок діяльності окремих кіл якості;
- масштабне впровадження кіл якості для визначення найменших помилок і недоліків;
- сильні, незалежні управлінські кадри, що не бояться ризикувати, тримаючи загальний контроль і забезпечуючи належне функціонування відділів.

Крім загального моніторингу кадрів, управлінці повинні:

- підтримувати діяльність кіл якості, попри співпрацюючи при цьому із кадрами середнього рангу;
- координувати діяльність кіл якості на території лікарні;
- публічно презентувати досягнутий успіх;
- провадити експериментальні дослідження для перевірки припущень на практиці;
- постійно навчати лідерів робочих кіл якості, вибраних з-поміж працівників із метою розвитку комунікабельності й управлінських навичок;
- оприлюднювати досягнення і винагороджувати за успіх.

3. Наступний метод – це внутрішній маркетинг. Головна ідея полягає у встановленні галузей маркетингової взаємодії учасників процесу надання послуг.

4. Функціонування груп покращення якості (ГПЯ). Ці групи створені для покращення маркетингу чи покращення якості медичних послуг, що надаються. Вони самостійно проводять дослідження ринку. Висновки, яких вони дійшли у своїх

дослідженнях, передаються до менеджерів та керівника відділу, де функціонує група.

При цьому спостерігається чіткий розподіл на медичний та управлінський персонал. Перший має більше можливостей пізнати потреби пацієнтів та оцінити, наскільки добре на практиці використовуються медичні процедури. Групи формуються для виконання конкретних проблем, які постійно працюють і виконують ширші функції, ніж кола якості.

5. П'ятий метод ще називають методом "впровадження системних структур". Функціональні структури лікувального закладу самостійно запровадженні, незалежні та не нав'язані ззовні. Найбільшу популярність цей метод здобув у лікувальних закладах охорони здоров'я Великобританії. Він полягає у впровадженні описаної вище встановленої політики діяльності лікувальних закладів на всіх її напрямках: це може бути політика проектування специфікації і проектування якості з метою досягнення встановленого рівня надання медичних послуг [118].

Із метою визначення стратегічних цілей компанії, котрі зайняті у сфері надання медичних послуг та управляються за допомогою сучасних методів керівництва необхідно проаналізувати зовнішні і внутрішні фактори, що впливають на їхню роботу. Для цього застосовують SWOT-аналіз (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats), за допомогою якого можна знайти сильні та слабкі аспекти діяльності фірми (рис. 4.13).

#### **Сильні сторони**

1. Професійність кадрів.
2. Сучасне технологічне медичне обладнання.
3. Зручне розташування, комфорт і безпека при наданні медичних послуг.
4. Позитивні відгуки пацієнтів.
5. Знання потреб клієнтів.
6. Встановлені позиції на ринку.
7. Розширення спектру послуг.

#### **Можливості**

1. Продаж послуг, що приносять дохід та виходять за рамки медичного страхування.
2. Лояльність клієнтів.

### Слабкі сторони

1. Нестабільна фінансова політика та монопольне становище Міністерства охорони здоров'я

### Загрози

- Конкуренція.  
Високі відсоткові ставки з кредитів  
Підвищена чутливість до економічної ситуації в секторі послуг  
Зниження доходів пацієнтів

Рис. 4.13. SWOT-аналіз фірм, що надають медичні послуги

Так, до **сильних сторін** належить:

1. Професійність кадрів.
2. Сучасне технологічне медичне обладнання.
3. Зручне розташування, комфорт і безпека при наданні медичних послуг.
4. Позитивні відгуки пацієнтів.
5. Знання потреб клієнтів.
6. Встановлені позиції на ринку.
7. Розширення спектру послуг.

Професійність кадрів фірма забезпечує за рахунок підбору працівників із високим рівнем кваліфікації і великим досвідом роботи, звертаючи особливу увагу на творчість, здатність до самостійного навчання. У випадку продажу послуг важливим аспектом діяльності компанії виступає медичний персонал, що викликає довіру пацієнтів і допомагає у створенні та впровадженні нових медичних послуг.

Збільшенню кількості наданих послуг та їх якості сприяє поява сучасної медичної технології, яка суттєво підвищує конкурентоспроможність на ринку медичних послуг.

Зручне розташування медичних закладів у центральній частині міста на сьогоднішній день є одним із показників на її користь. Дане розташування дозволяє обмежити проблеми із добиранням пацієнтів чи пошуком медичних закладів при першому візиті пацієнтів.

Таке розташування піднімає імідж медичних фірм, які попри це мають дотримуватися встановлених санітарних норм. Останній аспект має дуже важливе значення в контексті щоденних відвідин лікувальних закладів десятками потенційно інфікованих хворих. Це набуває особливого значення під час спалахів інфекційних захворювань та інших громадських заходів аналогічного характеру.

Аспекти комфорту та естетики дають додаткові бали для лікувального закладу, а це, в свою чергу, збільшує довіру пацієнтів та покращує комунікацію.

Однією з основ політики якості, як ми вже згадували раніше, є пропагування позитивної оцінки пацієнтами рівня надання медичних послуг

лікувальними закладами. При цьому постає питання про методику аналізу задоволення пацієнтів. Очевидно, що це повинен бути комплексний, поетапний аналіз:

1. Характеристика клієнтів (пацієнтів) та послуг, якими він користується в лікувальних закладах.

Цей етап варто розпочати з усвідомлення лікувальними закладами того, ким є для них пацієнт. На практиці розглядаються два можливі варіанти розвитку моделі задоволення пацієнтів (рис. 4.14, а і б).

Запропонована модель представляє лікувальний заклад, який надає послуги своїм пацієнтам та отримує інформацію щодо рівня їх задоволення.



Рис. 4.14. Моделі задоволення потреб пацієнтів: а) звичайна; б) бінарна



Загалом, у більшості випадків результативною є бінарна модель задоволення пацієнтів (рис. 4.14, б).

Бінарна модель характеризується особливою системою розподілу, що проходить низку посередників перш ніж послуги будуть надані кінцевим споживачам. Дуже важливим фактом є відкритість системи розподілу.

2. Початкова сегментація клієнтів. Після окреслення своїх потенційних пацієнтів, лікувальним закладам (організаціям) необхідно поділити їх на різні сегменти. Як свідчить практика, в більшості випадків пацієнти не складають однорідної групи. Поділ на групи варто проводити на основі інформації, якою лікувальні заклади користуються (чи є пацієнт приватним або публічним, де місце його знаходження і под.). Із врахуванням зазначених даних певні корективи вносяться до відповідних груп пацієнтів.

3. Визначення параметрів якості. Характерна особливість даного цього – встановлення зазначених параметрів разом із пацієнтами. Це надзвичайно важливо, оскільки медичні заклади мають досить загальне уявлення про бажання своїх пацієнтів. Аналіз проводиться шляхом формування психологами чи координаторами певних груп, які в результаті проведених дебатів приходять до спільних висновків щодо встановлення параметрів якості.

4. Вивчення конкурентів. Для цього проводимо вибіркове дослідження, обов'язковою умовою проведення якого буде врахування всіх конкурентів. Під впливом цього аналіз задоволення клієнтів розширить початкові межі. Це, в свою чергу, ускладнить проведення самого аналізу (причина – відсутність респондентів, здатних проаналізувати діяльність як лікувальних закладів, так і конкурентів).

5. Вибіркове проведення анкетування. На цьому етапі аналізу необхідно встановити оптимальну кількість запитань, яка б не обтяжувала того, хто працює із запропонованою анкетною. Загалом рекомендують застосовувати не більше 30 запитань. При проведенні анкетування особа, що її проводить, повинна викликати довіру опитуваного. Від цього залежить кінцевий успіх п'ятого етапу аналізу.

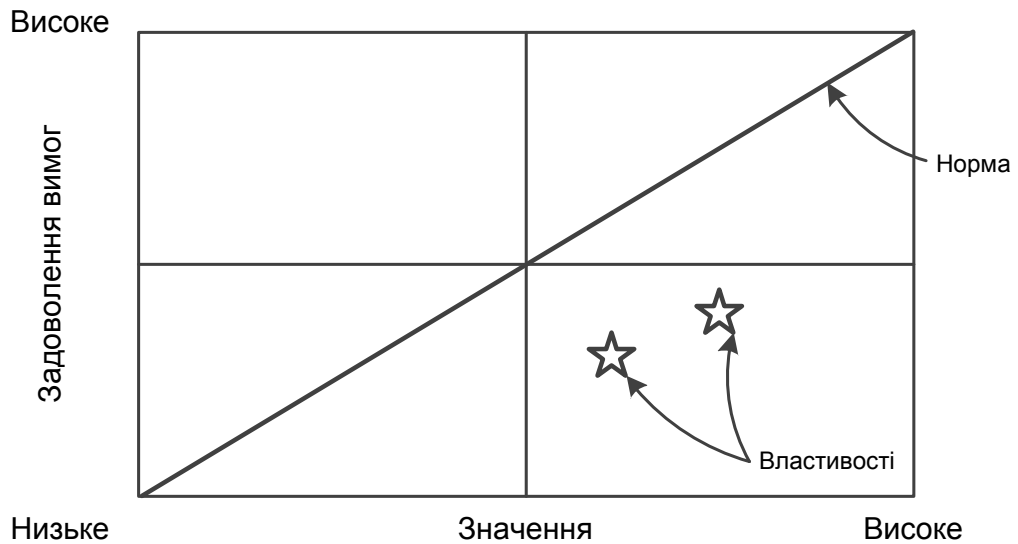
6. Остаточна сегментація пацієнтів та визначення типів якості. Метою здійснення аналізу є побудова карти якості медичних послуг із врахуванням понесених витрат. Карта якості будується на основі попередньо прийнятих теоретичних засад. Зокрема встановлюється, що оптимальний варіант якості є рівність значення кожного параметра (рис. 4.15).

Як свідчить теорія, оптимальні доходи лікувальні заклади можуть отримати, коли параметри розташовуються на головній діагоналі карти. Проте часто така карта поділяється на квадрати шляхом поділу кожної осі на

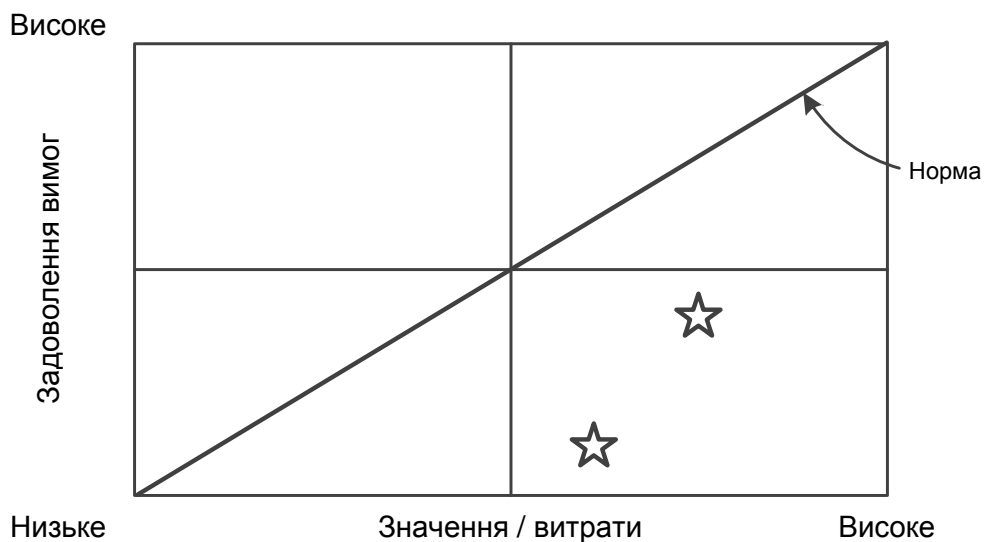
половину, використовуючи пунктами поділу вартість середніх значень та вартість середнього рівня задоволення пацієнтів. Утворені квадрати складають основу для пошуку рішень щодо подальшої діяльності.

7. Проведення SWOT-аналізу із застосуванням коригувальних дій, де будуть виявлені загрози (при високому значенні - ступінь задоволення високий). Сильні позиції проявляються при високому значенні та високому задоволенні пацієнтів. Зазначені слабкі сторони та загрози поступово повинні перетворитися на сильні сторони.

Запропонований нами поетапний комплексний аналіз вимірювання ступеня задоволення клієнтів дасть змогу не лише отримати інформацією про слабкі та сильні сторони лікувальних закладів з урахуванням ступеня задоволення пацієнтів, а допоможе спроектувати різні варіанти розвитку подій у межах чотирьох квадратів SWOT-аналізу, що підвищить конкурентоздатність лікувальних закладів. Це, своєю чергою, сприятиме підвищенню рівня управління якістю надання медичних послуг.



а)



б)

Рис. 4.15. Карта якості медичних послуг:

а) звичайна; б) у відношенні до витрат

Сучасний ринок медичних послуг вимагає проведення лікувальними закладами маркетингових досліджень (анкетування, інтерв'ю з пацієнтами, дослідження ринку). Опрацьована інформація стає основою для усвідомлення потреб власних пацієнтів. Це дозволяє проектувати такі медичні послуги, які б відповідали потребам ринку.

Сучасні медичні установи, які демонструють приязнь до пацієнтів та надають послуги на найвищому рівні, повинні підписувати контракт із Міністерством охорони здоров'я в рамках функціонування системи медичного страхування.

Постійний процес планування діяльності сучасних лікувальних закладів проявляється шляхом збільшення пакету послуг. Моніторинг потреб пацієнтів дозволяє точно вибрати ті потреби, що відповідають очікуванням ринку. Таким чином, власники повинні забезпечити впровадження нових послуг на базі новітніх технологій.

**Можливостями** фірм є:

1. Продаж послуг, що приносять дохід та виходять за рамки медичного страхування.
2. Лояльність клієнтів.

Перевагою аналізованої компанії може бути надання послуг за рамками списку відшкодувань системою медичного страхування. За допомогою цієї опції збільшується загальний портфель послуг і з'являється можливість для отримання додаткових доходів. Ці послуги оцінюються за самостійним аналізом вартості і цінової конкуренції.

Продаж медичних послуг, що відповідають очікуванням клієнтів, відбувається таким чином, щоб їх виконати, а це підвищує ступінь їхньої задоволеності. В галузі медицини на карті успіху стоїть здоров'я і життя людей, тобто особливо важливий фактор, який може впливати на рішення успішної реалізації проектів, пов'язаних із наданням медичних послуг. У сучасних управлінських компаніях рівень лояльності постійно вимірюється і контролюється, також використовуються інструменти для підтримки його зростання (дисконтні карти лояльності і под.).

Варто також зазначити **слабкі сторони** (на практиці прийнято вважати, що позиція фірм то краща, що менша кількість пунктів):

1. Нестабільна фінансова політика та монопольне становище Міністерства охорони здоров'я

Центральні зміни стратегічного розвитку Міністерства охорони здоров'я, в поєднанні з дестабілізаційною ліквідністю становлять ризик для нормального функціонування медичної компанії. Побудова фінансових припущень створюють серйозні труднощі для функціонування компанії в умовах, коли підписаний контракт із Міністерством охорони здоров'я змінюється після кількох місяців без можливості перегляду.

До **загроз** відносять:

1. Конкуренцію.
2. Високі процентні ставки з кредитів.
3. Підвищену чутливість до економічної ситуації в секторі послуг.
4. Зниження доходів пацієнтів.

За умови, коли ринок іде на спад, часто виникають ситуації, в яких сучасні та доінвестовані компанії, всупереч прогнозам, не досягають успіху через незнання тонкощів місцевого ринку чи його неформальної системи.

Лікувальні заклади як суб'єкти господарювання на ринку медичних послуг для своєї діяльності потребують припливу фінансового капіталу. Останній можна отримати, залучивши інвесторів або ж одержавши кредит у банку. В сучасних умовах банківські установи не зацікавлені в наданні кредитів для розвитку підприємницької діяльності, в тому числі і в галузі системи охорони здоров'я. Оскільки лікувальні заклади надають перевагу короткотерміновим кредитам (котрі не вигідні для банків), для того, щоб мати гарантію залучення необхідних коштів, їм доводиться користуватися з довготермінових інвестиційних кредитів. Крім того, кредити в іноземній валюті, отримані в попередні роки, у зв'язку із валютними коливаннями стають, зазвичай, щораз дорожчими. Така ситуація є загрозою для компаній, що залучають зовнішні засоби фінансування.

Необхідність реформування системи охорони здоров'я України на сьогоднішній день вже не залишає сумнівів. Зміни дадуть змогу створити конкурентне середовище на ринку медичних послуг.

Різні тарифи на медичні послуги в залежності від рівня наданих консультацій, сучасне технологічне обладнання і професіоналізм працівників можуть підвищити конкурентоспроможність послуг. Наявна ситуація не створює стимулів для розвитку лікувальних закладів, а навпаки, сприяє функціонуванню застарілих медичних закладів і організацій. Залежність від умов, зазначених у контракті з Міністерством охорони здоров'я, може створити поле діяльності, яке виходитиме за рамки чистої конкуренції.

Зростання в країні кількості безробітних та збільшення людей пенсійного віку (за рахунок продовження тривалості життя), підвищення рівня смертності працездатних людей призводить до загострення демографічної ситуації та зменшення доходів населення. Тому при затвердженні моделі медичного страхування в Україні необхідно ретельно підійти до її вибору. Вважаємо за необхідне запровадження змішаної системи медичного страхування, котра стане певним гарантом для малозабезпечених верств населення в отриманні медичної допомоги.

Будь-яке управління якістю медичних послуг із метою виявлення та розв'язання проблем не можливе без ґрунтовного інформаційного забезпечення. Це не лише полегшить зазначений процес, але й дозволить його оптимізувати.

#### 4.4. Методологія інформаційного забезпечення в управлінні якістю медичних послуг

Реформування системи охорони здоров'я повинно суттєво змінити механізм функціонування закладів охорони здоров'я. Важливим моментом згаданого реформування має стати трансформація державних лікувальних закладів у госпрозрахункові одиниці, основою діяльності яких стане автономна фінансова діяльність. Іншими словами, з'явиться ринок медичних послуг із лікувальними закладами (організаціями) в якості суб'єктів господарювання. Проблема теперішнього ринку – відсутність як чіткої регулятивної бази, так і можливостей створення рівних умов для всіх його учасників.

Перш ніж утвориться сталий ринок медичних послуг, у всіх лікувальних закладах повинні відбутися такі процеси, як реструктуризація, приватизація і под. Трансформовані установи мають працювати в умовах функціонування медичного страхування. Проте актуальним залишається питання щодо процесу управління лікувальними закладами з метою входження на ринок медичних послуг та пошуку вигідної ніші на довготривалий період.

Основою для прийняття відповідних управлінських рішень має бути відповідна інформація. Остання дуже важлива для менеджерів не залежно від рівня їхньої компетенції. Так, А. Стабрила вважає, що "інформаційна система менеджерів являє собою систему, яка формується, з одного боку, з ресурсів і потреб в інформації, з іншого боку - з підсистеми зв'язку" [151]. На думку науковця, така система характеризується наступними рисами:

- виконує функції виявлення, діагностики та початкового вирішення поставлених завдань,
- її ресурси та інформаційні потреби належать до різних областей управління (фінансів, людських засобів, виробництва),
- знаходиться в організаційній структурі компанії, відділу у вигляді департаменту інформації (підрозділу), але також може працювати і позасистемно,
- може бути структурованою відповідно до формули матричних структур [151].

Єдиного підходу щодо трактування поняття "інформації" серед науковців немає. Й. Кісельніцкі стверджує, що "інформація являє собою такий різновид засобів, який дозволяє збільшити наші знання про нас та навколишній світ". Дослідник вважає, що "інформація станом на сьогоднішній день трактується на рівні з іншими матеріальними і нематеріальними ресурсами підприємства. Як показує практика, володіння інформацією та вмиле її використання уможливорює створення конкурентної переваги та її вартість. Оскільки інформація не відповідає умовам, які дозволили б кваліфікувати її як активи підприємства, вона створює частину вартості фірми" [107].

Виходячи із вищезазначених фактів, приходимо до висновку про те, що інформація є економічною категорією. Основа функціонування будь-якої організації (в тому числі медичної) – володіння інформацією, яка складає її засоби.

Щодня до компанії надходить нова інформація, поряд із тим у середині фірми на різних рівнях теж з'являється нова інформація, яка повинна бути опрацьована, а потім спрямована до відповідного споживача. Зібрана інформація може зберігатися, сортуватися і бути легко доступною для визначених осіб завдяки використанню інформаційних технологій, що й визначає стратегічні переваги компанії.

Загалом, інформацію необхідно кваліфікувати з урахуванням притаманних їй найістотніших особливостей:

- пунктуальність;
- можливість порівняння;
- доступність;
- важливість;
- придатність до застосування.

Інформація має вагомий вплив на діяльність будь-яких фірм, і медичні заклади не виняток. Оскільки останні надають послуги, інформація найчастіше стосується наданих медичних послуг. Мало того, інформація в системі охорони здоров'я є специфічною категорією, тому що часто стосується не лише стану здоров'я пацієнта, але й прогнозів щодо можливого розвитку хвороби чи її усунення.

Завдання управління інформацією в галузі охорони здоров'я полягає в створенні такого інформаційного середовища, яке б об'єднувало користувачів охорони здоров'я з надавачами цих послуг та відповідало б чинній системі охорони здоров'я. Це ще одна причина, чому варто обробляти інформацію в автоматичному режимі.

Збір управлінської інформації потребує систематизації, а для цього її варто умовно поділити на три групи (рис. 4.1б):

- інформація стратегічного планування;
- контролінгова інформація;
- оперативна інформація.



Рис. 4.16. Групування управлінської інформації

Перший блок містить інформацію, що стає підставою для прийняття рішень та встановлення довготермінових цілей вищим керівництвом, а також слугує засобом накопичення ресурсів для досягнення згаданих цілей і формулювання політики їх досягнення. Ця інформація може включати перспективні оцінки середовища, економічні прогнози і демографічні тенденції.

Другий блок інформації використовується менеджерами середнього рівня для координації різних підконтрольних їм дій, оптимізації ресурсів у відповідності із завданнями і розробками оперативних планів.

Оперативна інформація дозволяє виконувати фінансові розрахунки, розрахунки заробітної платні і звичайні повсякденні операції. Даний вид інформації дає змогу оперативно реагувати на зміни, що відбуваються на ринку медичних послуг.

Ефективність будь-якої інформаційної системи значною мірою залежить від якості інформації, яка до неї вводиться. Необхідний рівень якості забезпечується шляхом фільтрації вхідного потоку інформації.

У сучасних інформаційних системах відбір інформації є обов'язковим етапом перетворення інформаційного потоку і потребує формулювання загальних та окремих критеріїв відбору інформації на вході до інформаційної системи, а також визначення принципів відбору документів і відомостей для різних цілей інформаційного забезпечення.

Загалом, якість інформаційних систем варто досліджувати під різним кутом, а саме з погляду (рис. 4.17):

- системного адміністратора;
- відділу якості;
- управлінців;
- пацієнтів.

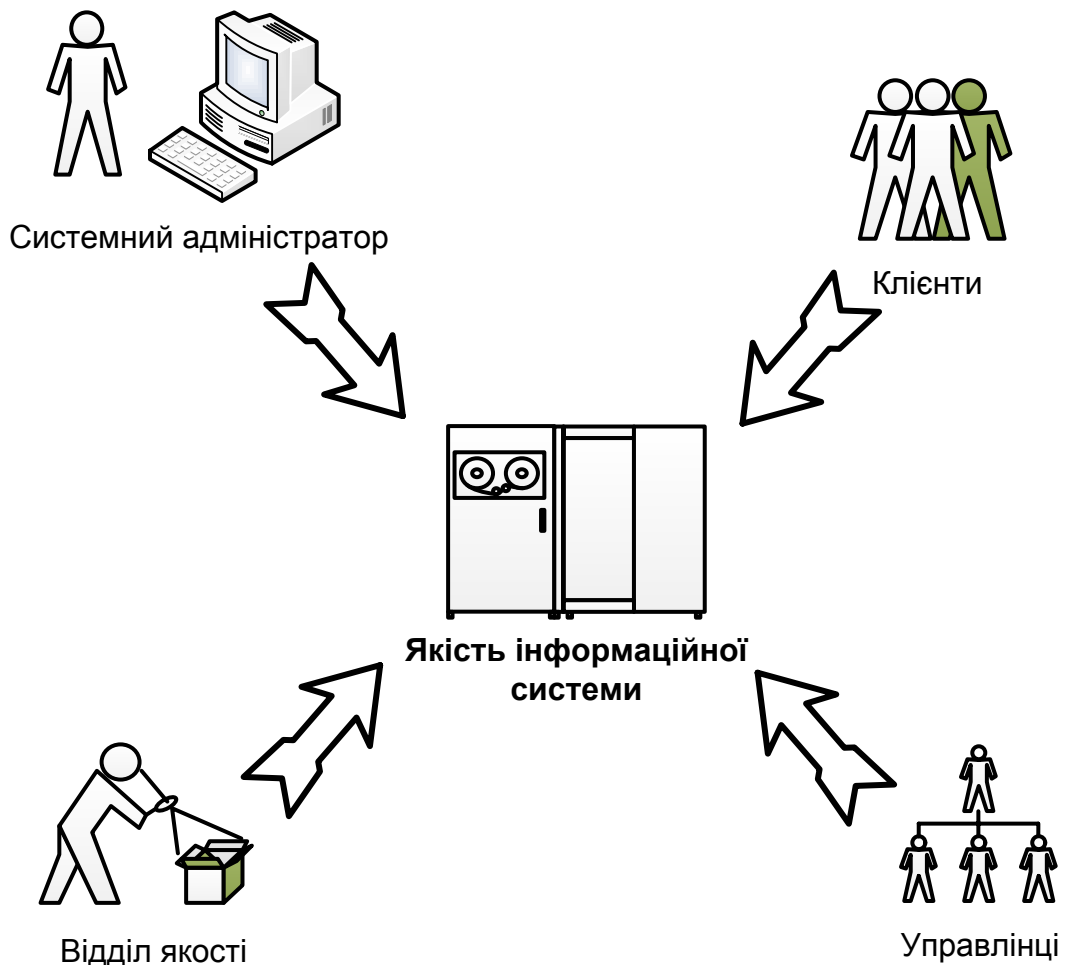


Рис. 4.17. Користувачі інформаційної системи, які формулюють вимоги до її якості

Системний адміністратор у медичних закладах повинен забезпечувати систематизації інформацію та її обробку як стосовно діяльності загалом, так і окремо взятого підрозділу зокрема. Така систематизація дозволить розробити програмне забезпечення для ефективної роботи лікувального закладу, особливо в контексті якості. При цьому особливу увагу необхідно приділяти:

- можливості перевірки отриманої інформації;
- її читабельності;
- контролю за витратами та дотриманням термінів виконання.

Для відділу якості, який має функціонувати як структурна одиниця лікувального закладу та займатися опрацюванням інформації, якість інформаційних систем розкривається через:

- функціональні можливості;
- простоту застосування;
- її відповідність.

Для управлінців вагомий аспект визнання якості інформаційних систем – це:

- можливість використання при прийнятті рішень для задоволення вимог пацієнтів;



- інформаційне наповнення відповідного рівня;
- застосування з метою дотримання попередньо встановлених вимог щодо реалізації різного роду проектів.

Кінцевим результатом застосування та використання якості інформаційних систем є, передусім, задоволення пацієнтів і можливість посісти найкращу нішу на ринку медичних послуг. Останнє дасть змогу збільшити лікувальним закладам власні прибутки, а пацієнтам отримати прямий доступ до інформації стосовно медичних закладів (спеціалізація, графік консультацій лікарів та можливість запису до них у режимі он-лайн із підтвердженням).

Використання закладами охорони здоров'я спеціалізованих та універсальних інформаційних систем і технологій покращує процес управління, забезпечує розширену підтримку в прийнятті рішень, підвищує якість та доступність медичних послуг.

Управлінські рішення формуються з двох тісно пов'язаних функціональних сфер: медичної та адміністративної підсистем. Це стосується фінансів та бухгалтерського обліку, управління персоналом, логістики. Інформаційна система управління повинна бути адаптована до конкретних потреб і вимог сектора охорони здоров'я України.

Головні завдання, що їх повинні вирішувати після запровадження інформаційної системи управління, такі:

- обчислення витрат, пов'язаних із наданням медичних послуг;
- повна інформація про пацієнтів, перебіг надання медичної допомоги та витрати на лікування;
- комплексне управління торгівлею ліками;
- раціоналізація документообігу;
- підтримка аналізу та звітності для менеджерів і компетентних органів контролю й нагляду;
- закупівля, зберігання і розповсюдження матеріалів і товарів;
- використання та обслуговування активів;
- ведення обліку кадрів (як адміністративного персоналу, так і медичного);
- ведення бухгалтерського обліку, пов'язаного з фінансово-господарською діяльністю лікувальних закладів;
- підготовка та подання відповідних звітів і використання інформації для потреб управлінського обліку.

Загальна система інформаційного забезпечення подана нами на рис. 4.18.



Рис. 4.18. Інформаційне забезпечення функціонування лікувальних закладів

Інформаційне забезпечення управління лікувальними закладами важливе для визначення стратегічних напрямків їхнього розвитку. Основа його – це інформаційний простір управління, що формується із відповідних інформаційних ресурсів, знань, баз даних. Загалом складовими інформаційного простору управління лікувальними закладами є:

- інформаційні ресурси (дані на відповідних носіях інформації);
- інформаційна інфраструктура.

Аналіз інформаційних потреб, вивчення мотивацій в управлінських рішеннях, тематичне інформаційне забезпечення керівників, психологія індивідуального і групового інформаційно-аналітичного забезпечення становлять об'єкти діяльності в галузі інформаційного забезпечення управління і бізнесу.

При проектуванні інформаційних систем необхідно відштовхуватися від комплексного управління якістю (рис. 4.19).

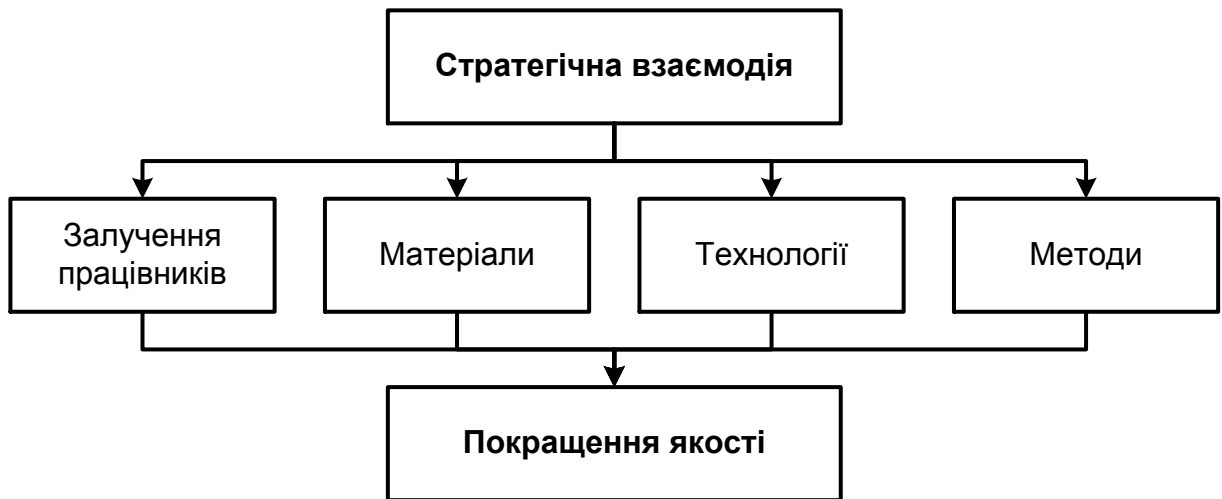


Рис. 4.19. Комплексне управління якістю при проектуванні інформаційних систем

За основу комплексного управління якістю при проектуванні інформаційних систем береться стратегічна взаємодія таких складових:

- працівники;
- матеріали;
- технології;
- методи.

Так, проектування інформаційних систем варто розпочинати із залучення працівників, потенційних користувачів системи. Йдеться про можливість визначення масиву інформації, яку необхідно буде опрацювати, а також формулювання вимог щодо ергономіки та функціональності системи.

Встановленні вимоги стосовно інформаційної системи беруться за основу і на основі них визначається обсяг матеріалів, необхідних для ефективного забезпечення її функціонування. При цьому матеріали можуть бути як на електронних, так і на паперових носіях.

Узагальнивши вищезазначене, обирається і затверджується технологія збору, опрацювання даних та подання кінцевих результатів.

Обрана технологія опирається на наявні методи обробки інформації, спрямовані на забезпечення функціонування якісної інформаційної системи в лікувальних закладах.

Проектуючи інформаційні системи для щоденного застосування у діяльності закладів охорони здоров'я, необхідно приділити увагу відповідності проектних матеріалів специфіці діяльності лікувальних установ. Це дасть змогу уникнути появи різних категорій ризику (чи мінімізувати їх) (рис. 4.20).

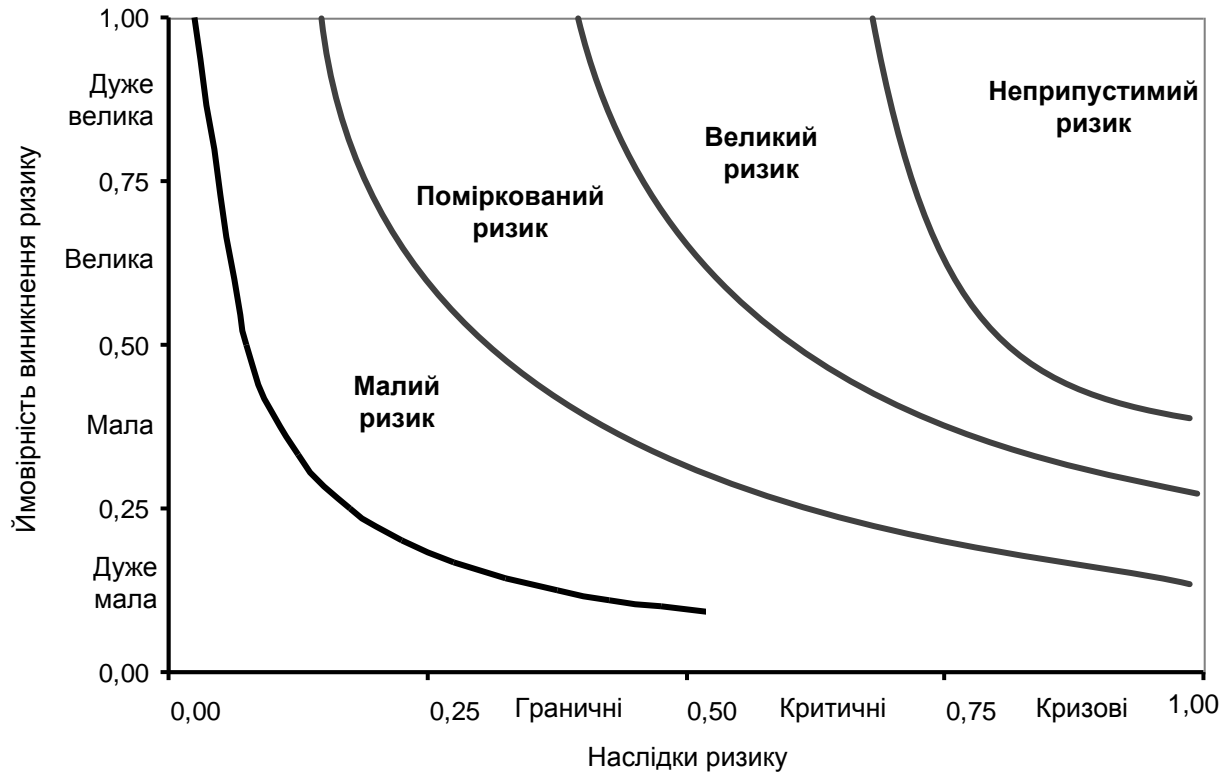


Рис. 4.20. Категорії ризику

Із метою уникнення появи чи мінімізації ризику стосовно інформаційних систем у лікувальних закладах необхідно провести аналіз потреб захисту даних. Аналітичний процес відбувається в кілька етапів. Спочатку проходить загальний аналіз потреб захисту даних. Зокрема встановлюються основні вимоги щодо інформаційної системи в даному контексті. Згодом ідентифікуються активи інформаційної системи, середовище, де функціонує дана система та наявне забезпечення.

Після проведеного загального аналізу потреб захисту даних формуються значення критеріїв забезпечення охорони даних, на основі яких визначається рівень забезпечення охорони даних шляхом вибору стратегії аналізу ризику. Сам вибір стратегії поділяється на кілька підетапів. У першу чергу йдеться про стратегію вибору захисту базового рівня. По-друге, здійснюється неформальний аналіз ризику, який стає основою для більш детального аналізу. Отримані результати дають можливість застосувати каскадну стратегію для захисту даних (рис. 4.21).



Рис. 4.21. Процес аналізу виникнення ризику стосовно інформаційних систем у лікувальному закладі

Після аналізу виникнення ризику стосовно інформаційних систем в лікувальному закладі варто розпочати процедуру охорони даних (рис. 4.22).

Указаний процес дуже відповідальний та трудомісткий, тому потребує залучення всіх структурних організаційних одиниць. Інформаційна підтримка процесу забезпечується шляхом постійного подання звітів про стан охорони здоров'я системному адміністратору. Останній, систематизувавши дані, передає їх до керівництва медичного закладу.

Особливість будь-якого управлінського процесу полягає у прийнятті відповідних рішень на основі загальної інформації, що формується з різних джерел. Управлінському персоналу лікувального закладу перед початком збору інформації необхідно чітко визнати таке:

- здатність виділення з масиву отриманих даних тих, які підлягають вимірюванню;
- можливість визначення значущості зазначених даних;

- особливості їх взаємозв'язку;
- ступінь довіри до джерела отримання інформації.

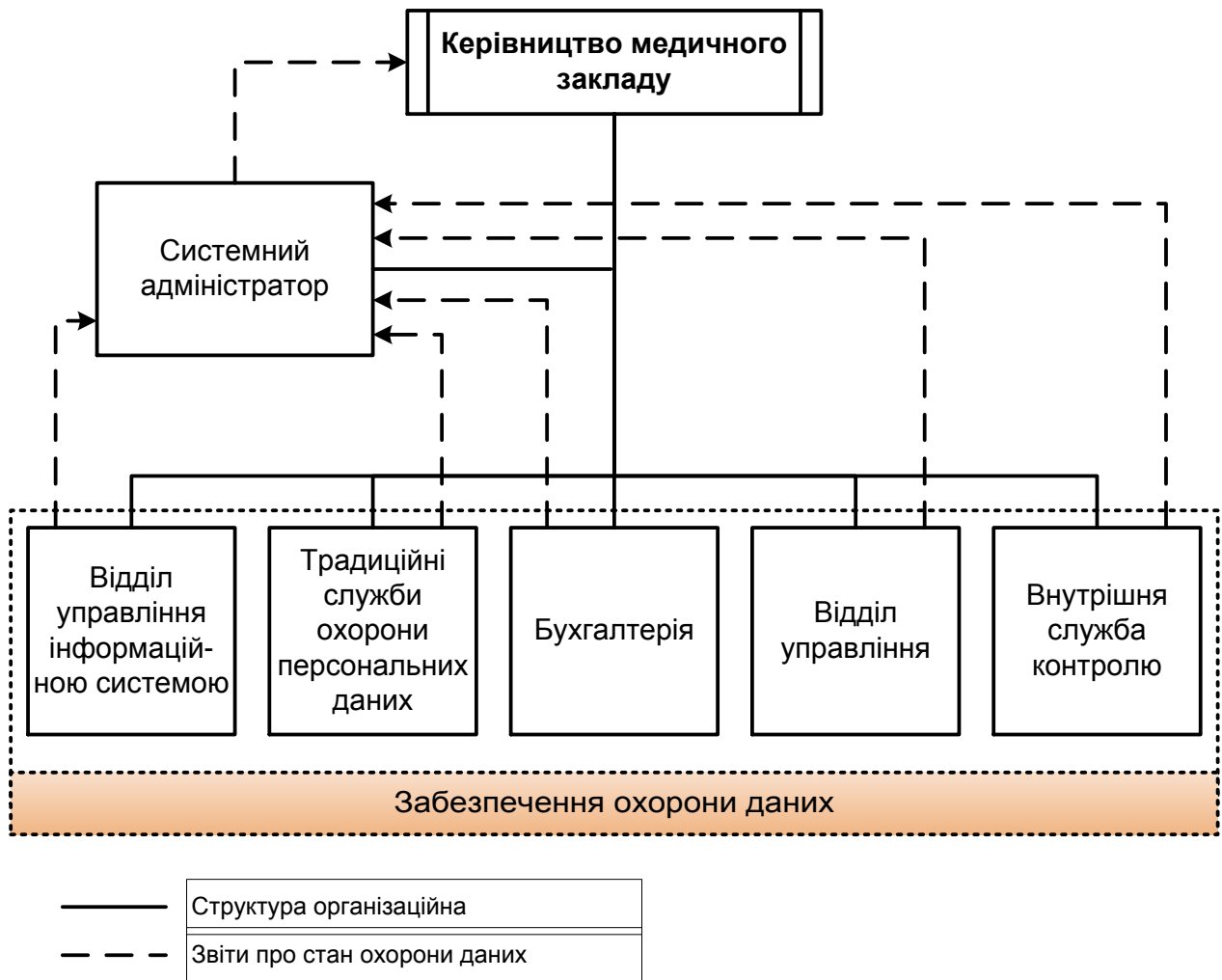


Рис. 4.22. Забезпечення охорони даних у лікувальному закладі

Безпосереднє опрацювання інформації можливе після здійснення аналізу вище вказаних аспектів. При цьому необхідно встановити:

- пріоритетність роботи;
- кваліфікацію працівників, залучених до роботи з інформацією;
- схеми збору інформації;
- виконавців збору інформації;
- процедури зберігання інформації;
- схеми проведення аналізу;
- процедури передавання даних із зазначенням відповідальних осіб та періодичності;
- осіб, відповідальних за прийняття рішення;
- процедури контролю за виконанням рішень із зазначенням виконавців та періодичності проведення.

Для роботи з інформацією розробляється стратегія і тактика. Це дає змогу досягнути кінцевої мети (встановлення рівня якості наданих медичних

послуг) із систематизацією наявної інформації, що пройшла процес "фільтрування". Останній передбачає не лише встановлення ступеню важливості інформації, але й визначення впливу на досягнення вище зазначеної мети.

Застосування інформаційного забезпечення в роботі лікувальних закладів України матиме цілу низку переваг, а саме:

- інформування громадян про спектр та умови надання медичних послуг лікувальними закладами країни;
- можливість електронної реєстрації пацієнтів на консультацію та прийом за напрямками спеціалізації медичних установ;
- створення єдиної електронної мережі даних у системі охорони здоров'я для забезпечення належного рівня обслуговування пацієнтів;
- надання лікувальними закладами пацієнтам інформації щодо власної фінансової діяльності (наявність контрактів із Міністерством охорони здоров'я);
- обмін інформацією в контексті планування та моніторингу реалізації медичних послуг, що дасть можливість доступу до необхідних контактах при пошуку партнерів серед лікувальних закладів;
- обмін інформацією з питань корпоративного управління, за допомогою якого суб'єкти охорони здоров'я зможуть надавати інформацію про свій фінансовий стан;
- обмін інформацією в сфері планування та контролю за здійсненням медичних послуг, що являє собою сервіс, який дозволяє людям передавати медичну інформацію про укладені договори, їх реалізацію та інформацію про черги (пацієнтів, які очікують на прийом та проведення процедур);
- підтримка системи управління якості для медичних організацій, які надають медичні послуги, є проекти інформації, пов'язані із системою управління якістю, і дозволяє їм передавати дані для управління системою якості.

Отримані результати запровадження інформаційної системи з метою покращення пропонованих медичних послуг для пацієнтів дозволять:

- здійснювати постійний моніторинг процесу надання медичних послуг;
- моніторити специфічні показники, такі як: використання лікарняних ліжок, середня тривалість перебування пацієнта в лікарні, кількість пацієнтів, число амбулаторних консультацій, епідеміологічні дані про захворюваність в окремих видах захворювань, смертності;
- покращити умови праці в окремих структурних підрозділах лікувального закладу, зокрема: лабораторії, аптеці, операційному блоці і под.;
- здійснити підключення медичного обладнання, зокрема передавання радіологічних зображень та наукових досліджень;

- уникнути небезпечної взаємодії між лікарськими препаратами, призначеними різними лікарями, а також інформацію про негативні наслідки, спричинені прийомом певного препарату, що дозволить уникнути призначення його в майбутньому;
- впорядкувати реєстрацію шляхом динамічного визначення меж прийому хворих із визначенням структурного підрозділу (клініки, філії);
- ефективний та швидкий доступ до повної історії хвороби пацієнтів і більш високої якості та відповідності документації із забезпеченням охорони особистих даних;
- можливість ознайомитися з результатами аналізів пацієнтів медичним персоналом у будь-який час і в будь-якому місці;
- гарантувати високий рівень безпеки та конфіденційності даних;
- пришвидшити встановлення діагнозу і тривалості процесу лікування;
- підвищити якість медичних послуг.

Враховуючи всі вище наведені переваги запровадження інформаційної системи з метою покращення пропонованих медичних послуг для пацієнтів, приходимо до таких висновків щодо загальних вигод від проаналізованого процесу:

- отримуємо швидкий і легкий доступ до інформації як основи управлінських рішень для організації та керування в лікарні;
- організація оптимізації інформації в системі з огляду на її використання, що дозволяє швидко приймати рішення;
- доступ до широкого спектру інформації дозволяє приймати рішення щодо інвестицій у технічну інфраструктуру та придбання основних засобів;
- дає змогу сформуванню довгострокових стратегій лікарні;
- оперативний доступ до знань як до головного ресурсу сьогодні, що надає лікувальним закладам конкурентну перевагу;
- швидкий і більш точний підбір медичних даних, що впливатиме на точність діагностики та організацію всього процесу лікування, в тому числі підвищення якості медичних послуг для пацієнтів;
- вдосконалення організації і продуктивності праці, її комфорту для працівників;
- обмеження зайвих витрат для забезпечення повної, висококваліфікованої і ефективної терапії та створення розумної вартості медичних послуг;
- збільшить ефективність управління лікувальними закладами.

Рациональне використання інформаційних інструментів у наш час мають безпосередній вплив на ефективне функціонування медичних установ, а також оптимізацію витрат, пов'язаних з їхньою діяльністю, які проявляються при прийнятті раціональних управлінських рішень.



Використання досягнень інформатики в галузі охорони здоров'я є ключем до покращення якості медичних послуг, підвищення їх доступності, а також ведення раціональної державної політика в галузі охорони здоров'я.

Заходи, вжиті для інформатизації сфери охорони здоров'я неминучі у зв'язку із зростанням швидких темпів технічного прогресу і нагромадженням величезної кількості інформації.

Враховуючи всі позитивні моменти впровадження інформаційної системи як для пацієнтів, так для лікувального закладу необхідно сформувати його інформаційний простір управління, що відбуватиметься в кілька етапів:

- утворення єдиної інформаційної бази відділень та підрозділів медичного закладу;
- закріплення відповідного рівня безпеки і захисту інформаційних ресурсів;
- технічний супровід здійснення аналізу інформації.

Інформаційний простір передбачає розробку системи інформаційної підтримки управління розвитком медичного закладу. Йдеться про утворення зони, де виникають різноманітні інформаційні потоки. Останні забезпечують надходження найновішої, повномасштабної і достовірної інформації процесу подолання суперечностей, які виникають у його зовнішньому і внутрішньому середовищі. Це, в свою чергу, дозволить забезпечити довготривалий успіх на ринку медичних послуг.

Традиційно формалізацію інформаційних потоків управління розвитком лікувальних закладів здійснюють за критерієм джерел утворення інформації. Поділ інформаційних потоків на вхідні та вихідні, на наш погляд, досить умовний. Відповідно до принципів та стандартів корпоративного управління, до вхідних інформаційних потоків прийнято відносити інформацію про середовище, в якому функціонує та розвивається медичний заклад. Ця інформація досить різноманітна, може включати фінансові та нефінансові, формальні та неформальні, кількісні та якісні показники. До вхідної інформації, яка надходить із зовнішніх джерел, відносять законодавчі та нормативні акти, інформацію загальноекономічного та галузевого характеру, інформацію про діяльність партнерів та конкурентів підприємства, статистичну звітність.

Для формування інформаційного простору лікувальних закладів важливим моментом є визначення змісту вихідних інформаційних потоків, які мають забезпечити всіх стейкхолдерів необхідними даними відносно компанії для прийняття відповідних рішень щодо співпраці. Традиційно до таких інформаційних потоків відносять стратегічні плани лікувальних закладів, прогнозні та звітні показники їхньої діяльності тощо.

Багато сфер життя, у тому числі і система охорони здоров'я, яка до сих пір залишається адміністративним сектором, повинна переформатуватися та шукати можливості не тільки для задоволення соціальних потреб у рамках простого перерозподілу, а й за рахунок упровадження інструментів стимулювання підприємницької та інноваційної діяльності. Важливим

елементом застосування заходів для створення оптимальної політики в галузі охорони здоров'я є можливість використання сучасних інструментів для підтримки процесу прийняття рішень, таких як інформаційні системи та утворена на їх основі системи управління знаннями.

Без сумніву, концепція електронного управління системою охорони здоров'я при підтримці технологій, телемедицини і, нарешті, управління знаннями відіграють життєво важливу роль у забезпеченні доступності та якості медичних послуг. Сучасне управління охорони здоров'я означає, що галузь повинна бути перебудована таким чином, щоб відповідати основним критеріям раціональності дій, ефективності для забезпечення необхідного рівня якості і доступності медичних послуг. Цей процес був би неможливим без використання відповідних інформаційних інструментів забезпечення ефективного збору і розподілу даних із використанням новітніх технологій зв'язку.

Запровадження інформаційних систем в царині охорони здоров'я України допоможе в управлінні нею та забезпечить ефективний збір і поширення даних із використанням новітніх технологій зв'язку. При створенні інформаційних систем необхідно дотримуватися певної методології. Остання полягає в організації самого процесу формування інформаційної системи. При цьому важливий аспект – належне управління даним процесом, що гарантуватиме дотримання вимог стосовно самих інформаційних систем.

Таким чином, методологія утворення інформаційних систем спрямована на:

- встановлення цілей, завдань щодо лікувальних закладів із врахуванням вимог, які висуваються до інформаційних систем;
- дотримання термінів створення інформаційних систем у межах затвердженого бюджету відповідно до затверджених параметрів;
- використання наявних програмних забезпечень та баз даних при створення інформаційних технологій;
- забезпечення належного технічного резерву щодо модифікації і розширення систем, спричинені певними змінами в роботі лікувальних закладів.

Очевидно, що дуже важливим є пошук такої методології, котра б не лише була спрямована на врахування умов та систем застосування, розробку програмного забезпечення, а й на врахування життєвого циклу самого програмного забезпечення.

Методологія інформаційних систем дозволяє встановити чіткі межі та процедури, що базуються на життєвому циклі програмного забезпечення. Загалом, мова йде про формування підходів до розвитку та становлення системи. Зокрема, розробляються завдання, встановлюється етапність та виконавці певних видів робіт. Запорукою якості розробки являються відповідність чинним стандартам, ретельне планування, постійний контроль (як цілого процесу загалом, так і кожної фази зокрема).

Важливим моментом цього процесу є розуміння таких аспектів:

- в основу розробки інформаційних систем покладений наявний досвід експертів та розробників, що забезпечить врахування особливостей функціонування закладів охорони здоров'я;
- для оцінки інформаційних систем повинні використовуватися певні типи інформації з урахуванням хронометражу подій;
- потенційні користувачі системи шляхом застосування контрольної функції підвищують запит одержаних результатів.

Система електронного керування дозволяє не лише підвищити якість самих інформаційних розробок, а й позитивно вплине на продуктивність роботи. Для досягнення зазначених результатів необхідно врахувати таке:

1. Система електронного керування є основою для керування інформаційними ресурсами в лікувальних закладах. Процес керівництва включає в себе контроль, організацію, планування та програмне забезпечення.

2. Попередньо йшлося про позитивний вплив електронного керування, проте варто зазначити, що такий стан речей буде прийнятним за умови одночасного підвищення якості і продуктивності. Належна якість може бути досягнута при дотриманні на всіх фазах методології точності виконання. Це забезпечить належний рівень якості, починаючи від проектування і завершуючи впровадженням.

Інформаційні системи розробляються для комп'ютеризації та реструктуризації зв'язаних робочих процесів для збільшення ефективності.

Безсумнівно, необхідно збільшити витрати на розвиток ІКТ. Відомо, що дотепер не всі робочі місця комп'ютеризовані, а усвідомлення вигод, які сфера ІКТ може принести в управлінні інформацією та створенні знань не отримало широкого розповсюдження. Крім необхідності подальшої активізації зусиль у цьому напрямку, слід також вимірювати результати, досягнуті внаслідок реалізації рішень. Це надасть можливість вжити належних заходів щодо активізації впровадження інноваційних підходів до інформації в тих областях, які вимагають такого втручання. Цікавою є також проблема подолання опору змінам і розробки відповідних стимулів для працівників медичних закладів.

Важливим моментом в управлінському процесі є опрацювання інформації з метою підвищення рівня обслуговування медичними установами. Для загальної оцінки якості обслуговування в окремо взятому лікувальному закладі нами розроблено спеціальну електронну on-line форму<sup>1</sup>. Ця форма розроблена з використанням технологій Google Drive.

Можливі варіанти роботи з формою:

- 1) заповнення пацієнтами роздрукованого варіанту з подальшим внесенням результатів у консолідований документ;

---

<sup>1</sup> Доступ до електронної on-line форми можна отримати за постійною URL-адресою: <https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dGZHRkpwYUVSR2g5cXFEVkJFLRkVpa3c6MQ#gid=0>

2) заповнення пацієнтами форми в режимі on-line, наприклад, на інтернет-сайті лікувального закладу або іншого інформаційного ресурсу;

3) надсилання форми пацієнтам на їх електронні поштові скриньки для заповнення в зручний для них час.

Час роботи з формою не обмежено, і, давши відповідь на одне запитання, пацієнт може змінити її до моменту остаточної відправки даних. Завершення роботи з формою відбувається після натискання кнопки "Надіслати", яка знаходиться в кінці електронного документу. Використання цієї кнопки приведе до чергового запису введеної інформації у спеціальний електронний документ в системі Google Docs, доступ до якого адміністратор (розробник) форми матиме з довільного персонального комп'ютера, на якому є підключення до мережі Інтернет. Зазначена система дозволяє налаштувати автоматичні сповіщення (наприклад, на електронну скриньку) адміністратора про надсилання нового запису.

Принцип роботи з електронним документом результатів опитування з допомогою наведеної форми аналогічний до електронних таблиць Microsoft Excel. При необхідності отримані і накопичені записи можна експортувати у файл спеціального формату, здійснити аналіз інформації з допомогою спеціальних статистичних функцій, провести графічну візуалізацію даних тощо.

Наведемо перелік запитань, які запропоновано використати у формі:

1. Вік.
2. Стать.
3. Освіта.
4. Місце проживання.
5. Статус працевлаштування.
6. Термін перебування у лікувальному закладі.
7. Яким чином відбувався Ваш перший контакт з лікувальним закладом?
8. Оцініть своє враження після першого контакту з лікувальним закладом за 5 бальною шкалою.
9. Що вплинуло на Ваш вибір лікувального закладу?
10. Як довго Ви очікували на оформлення в приймальному відділенні?
11. Чи отримали Ви в приймальному відділенні вичерпну інформацію про свої права?
12. Оцініть ставлення до Вас працівників приймального відділення.
13. Як Ви оцінюєте роботу приймального відділення загалом?
14. У яке відділення Вас було оформлено?
15. Оцініть ставлення до Вас персоналу з обслуговування.
16. Оцініть ставлення лікаря до Вас.
17. Чи питали у Вас згоди на лікування?
18. Чи отримали Ви достатньо інформації про обрану методику лікування та ліків, які використовувалися?

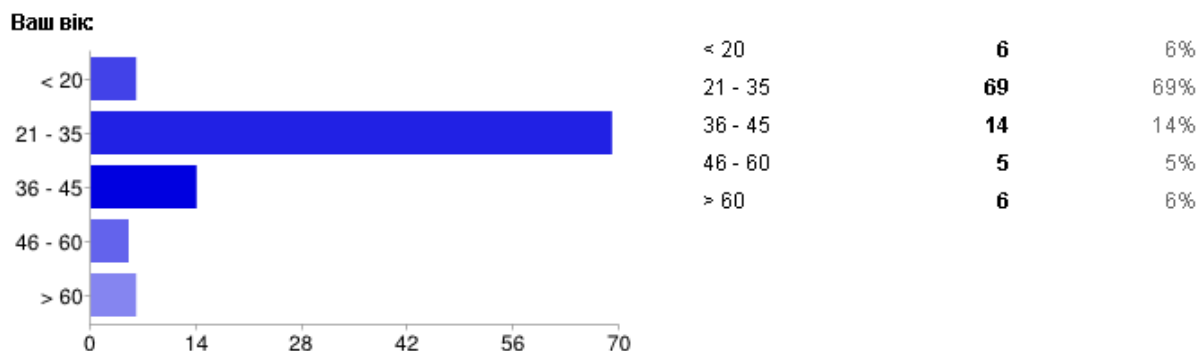
19. Оцініть побутові умови Вашого перебування у відділенні, це проходило лікування.
20. Як Ви оцінюєте якість харчування у відділенні, де проходило лікування?
21. Як Ви оцінюєте загалом роботу відділення, у якому проходило лікування?
22. Чи порекомендували б Ви лікувальний заклад своїм знайомим?
23. Що, на Вашу думку, необхідно змінити (покращити) в роботі лікувального закладу?

Указаний перелік при необхідності можна змінювати, враховуючи специфічні вимоги, наприклад, профіль лікувального закладу, зміну функціонального призначення опитування за допомогою форми, потреба у більшій деталізації інформації тощо. Паперовий варіант форми наведено у додатку А.

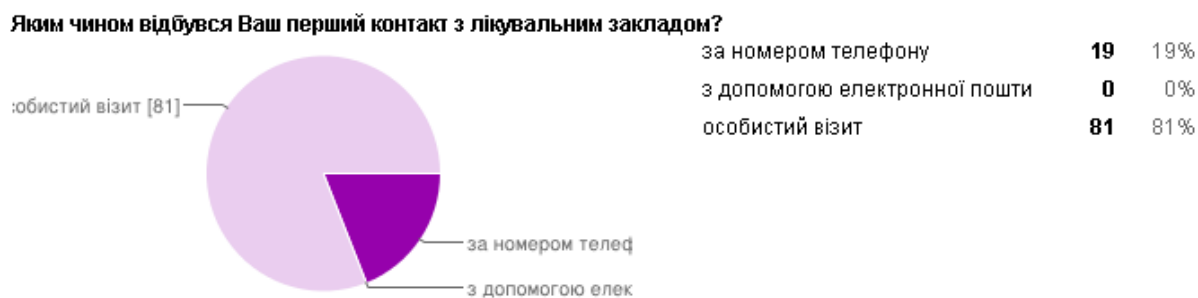
Проведення такого анкетування дозволить лікувальному закладу визначити сатисфакцію пацієнтів. Отримані дані варто опрацьовувати за допомогою системи обробки даних PASAT. Це дасть змогу не лише пристосовуватися до вимог пацієнтів, але збільшити власні позиції щодо наявних конкурентів. Однак при обробці інформації потрібно враховувати суб'єктивний характер анкетних даних. Найкращим варіантом аналізу, на нашу думку, має стати присвоєння такого типу інформації відповідної кількості балів в загальній шкалі прийняття управлінських рішень.

Проблематика якості медичних послуг сьогодні залишається актуальною для кожного громадянина України, найбільшу зацікавленість проявляють, як свідчать результати проведеного нами опитування, особи віком від 21 до 35 років (рис. 4.23, а).

Підкреслимо, що цікавість до досліджуваної нами тематики проявили всі без винятку категорії населення, що свідчить про потребу ретельного аналізу ситуації, яка склалася на ринку медичних послуг. 69% активних респондентів (21-35 років) та 14% (36-45 років) проявили зацікавленість, оскільки саме вони представляють людей працездатного вік, а питання здоров'я є для них вельми актуальним. Представники цієї вікової категорії, як зрештою і наступної (46-60 років), розуміють, що про їхнє самопочуття можуть подбати лише вони особисто. При порушенні здоров'я, втрачається можливість працювати та отримувати стабільний дохід, утримувати родину, а також і можливість сплачувати податки державі. Враховуючи все зазначене, приходимо до висновку про очевидну взаємну зацікавленість усіх сторін (держави та працівників) у наданні якісних медичних послуг.



а)



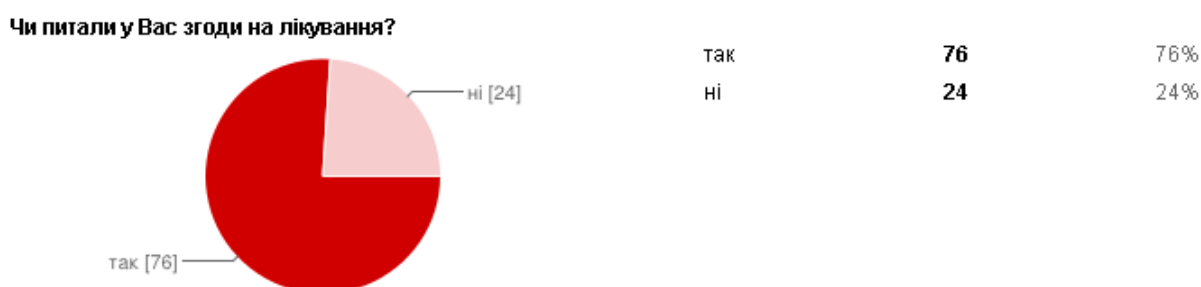
б)



в)

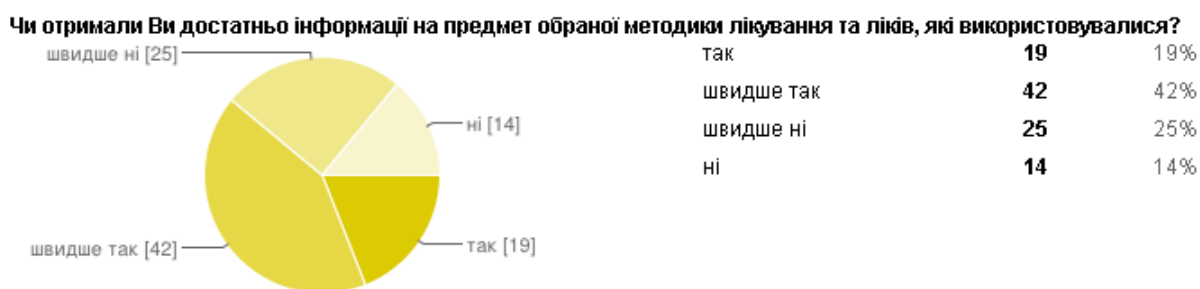


г)

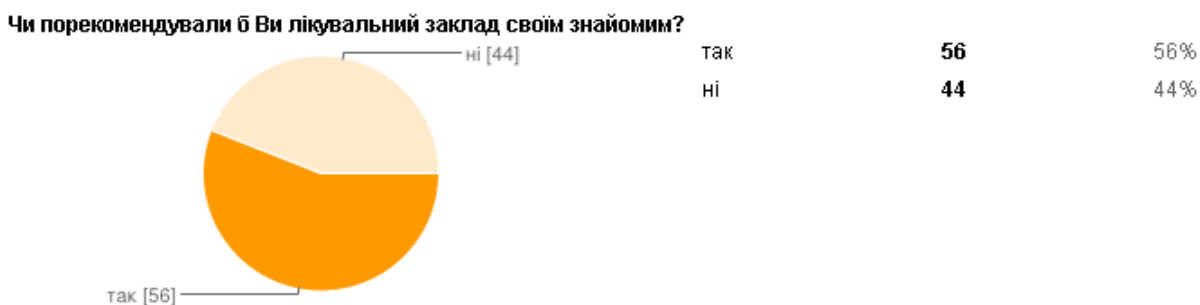


д)

Рис. 4.23. Вибіркові результати анкетування:  
а) запитання 1; б) запитання 7; в) запитання 9; г) запитання 11; д) запитання 17



е)



ж)

Рис. 4.23. Вибіркові результати анкетування (продовження):  
е) запитання 18; ж) запитання 22

Отримані результати також підтверджують відсутність пропагування та комунікації з пацієнтами за допомогою електронної кореспонденції. Причина криється у відсутності в більшості лікувальних закладів власних електронних ресурсів, що пов'язане з небажанням розвивати цей вид комунікацій та реклами. Така ситуація призводить до втрати певної частини споживачів та не дозволяє уникати створення черг шляхом запису до лікаря на консультацію на відповідну годину. Варто нагадати, що практика із впровадженнями так званої "талонної" системи бажаного ефекту не дала, а лише створює додаткові незручності для самих пацієнтів. Зазначене підтверджується даними, наведеними на рис. 4.23, б.

Наші міркування підтверджують і такі факти. 54% респондентів при виборі лікувального закладу покладаються лише на думку знайомих та лікарів, що проводили діагностику (ці показники між собою певним чином пов'язані), а також 35% проходить лікування за місцем проживання. 4% опитаних скористалися інформацією про лікувальний заклад з Інтернет – ресурсів, що свідчить про існування аудиторії, яка хоче користуватися такими послугами, проте зазначені результати підтверджують той факт, що попит перевищує наявну на ринку медичних послуг пропозицію (рис. 4.23, в). При врахуванні згаданої частки споживачів лікувальні заклади зможуть залучити нових пацієнтів, навіть оминаючи територіальні бар'єри.

Слід зауважити, що хорошої освіти та здобутих практичних навичок, як свідчить практика, не завжди достатньо для надання якісних медичних послуг. Необхідною ланкою між отриманою освітою та набутими навичками стає вміння комунікувати. Мова йде як про комунікацію між самими медичними працівниками, так і між медичними працівниками та пацієнтами. Цей фактор надзвичайно важливий для процесу формування якості медичних послуг. Це підтверджують результати анкетування. Зокрема, на запитання "Чи отримали

Ви при оформленні у приймальне відділенні вичерпну інформацію про свої права?" ствердно відповідь дали тільки 9%, "швидше так" – 20%, "ні" – 36% і "швидше ні" – 35% (рис. 4.23, г).

Отримані відповіді свідчать або ж про ігнорування прав пацієнтів, або ж про відсутність у медичних працівників навичок комунікацій із пацієнтами.

Ще одним підтвердженням висловлених припущень є відповідь на запитання "Чи отримали Ви достатньо інформації про обрану методику лікування та ліків, які використовувалися?" Ствердно відповіло лише 19%, відповідь "швидше так" обрало 42%. Не впевнені у достатності інформації – 25%, не отримали такої інформації 14%.

Причина подібних результатів криється, як виглядає, у відсутності навичок передавати необхідну інформацію в процесі надання медичних послуг, що впливає у результаті на їхню якість. Це припущення підкріплюється відповідями на запитання 17 і 18 (рис. 4.23, д, е)

Із отриманих в лікувальному закладі вражень складається думка пацієнтів щодо подальшого бажання проходити медичне обстеження в тому чи іншому лікувальному закладі. Результати проведених нами досліджень свідчать, що 56% респондентів порекомендували лікувальний заклад, у якому перебували, своїм знайомим, а 44% - в жодному разі не радили б там лікуватися (рис. 4.23, ж). Враховуючи таке співвідношення, керівництву лікувального закладу варто звернути увагу на те, щоб перебування в медичному закладі та процес лікування були максимально наближеними до очікувань пацієнтів. При існуванні контрактної форми медичні установи, в яких кількість пацієнтів буде незначною, позбудуться контракту та не зможуть втриматися на ринку.

Результати анкетування в повному обсязі наведено в додатку Б.

Брак умінь обмінюватися інформацією, знаннями та навичками свідчить про необхідність систематичного підвищення рівня кваліфікації лікарів на різних організаційних щаблях, проходження якого дасть можливість покращити процес надання медичних послуг.

Пекучою проблемою закладів охорони здоров'я України є відсутність так званих "організаційних навчань", запровадження яких є:

- усвідомлення персоналом цілей організації;
- підвищення продуктивності праці;
- допомоги з боку персоналу при впровадженні організаційних змін;
- підвищення морально-етичної відповідальності працівників;
- встановлення тісного взаємозв'язку між працівниками та лікувальними закладами (усвідомлення власної ролі працівників для функціонування лікарні);
- підвищення якості медичних послуг.

Зупинимося на необхідності постійного вдосконалення. Така потреба існує завжди та сприяє розвитку як медичного, так і управлінського персоналу. Лікарі повинні постійно підвищувати власну кваліфікацію, оскільки отримані знання дозволять їм не лише рятувати людське життя, але й усвідомити власну



роль для лікувального закладу та визначити, що від них залежить у процесі надання медичних послуг. При усвідомленні власної важливості як для медичної установи, так і для окремо взятого пацієнта, медичні працівники докладають усіх зусиль для постійного вдосконалення фахових навичок.

Управлінський персонал повинен брати до уваги той факт, що процес підвищення кваліфікації не такий простий, як здається на перший погляд. Підвищити фахову кваліфікацію означає не тільки підвищити свій рівень як фахівця, але й отримати знання стосовно запровадження діяльності, пов'язаної з організацією ефективної праці цілого медичного закладу.

Навчання всіх згаданих вище працівників повинне відбуватися як індивідуально, так і спільно. Спільне навчання має на меті формування згуртованого колективу, який міг би працювати як єдине ціле. Ефект від цього матимуть, у першу чергу, самі пацієнти при отриманні якісних медичних послуг.

Вирішуючи проблему формування методологічних засад управління розвитком медичних закладів, зокрема розробку концептуальних засад інформаційного забезпечення цього процесу, вважаємо за необхідне зробити такі висновки.

1. В умовах сучасного гіпердинамічного середовища одним із способів забезпечення стійкого розвитку компанії стає процес розробки та впровадження в систему підприємства незворотних, якісних за характером змін, спрямованих на забезпечення довготермінового успіху підприємства. З метою посилення ефективної інформаційної підтримки управління її розвитком та забезпечення результативної інформаційної підтримки процесів розвитку запропоновано ідентифікувати інформаційний простір компанії, під яким потрібно розуміти сукупність інформаційних ресурсів, бази даних, знань та способів їх організації для забезпечення прийняття ефективних управлінських рішень щодо визначення напрямів розвитку, розробки, впровадження та моніторингу відповідних проектів. До основних компонентів інформаційного простору управління розвитком лікувальним закладом необхідно віднести інформаційні ресурси, засоби інформаційної взаємодії організацій та інформаційну інфраструктуру.

2. Традиційно формалізацію інформаційних потоків управління розвитком підприємства здійснюють за критерієм джерел утворення інформації. Відповідно до принципів та стандартів корпоративного управління, прийнято до вхідних інформаційних потоків відносити інформацію про середовище, в якому функціонує та розвивається медична компанія. Для формування інформаційного простору лікувальних закладів важливим кроком є визначення змісту вихідних інформаційних потоків, які мають забезпечити всіх стейкхолдерів необхідною інформацією про компанію для прийняття відповідних рішень щодо співпраці.

#### 4.5. Математична модель якості медичних послуг

Для числової оцінки якості наданих медичних послуг необхідно сформулювати критерії, які є найбільш значущими, а також визначити їхню вагу в загальній оцінці. Для зручності аналізу і подальшого рангування усі критерії оцінки якості медичних послуг оформлено у вигляді матриці, що її наведено в табл. 4.1.

Усі наведені в табл. 4.1 критерії поділено на п'ять груп за ознаками схожості й спрямованості:

1. *Критерії професійні* – визначають здатність лікаря (медичного персоналу, що проводить лікування) надавати адекватну медичну допомогу та підтверджують рівень його кваліфікації. Числова оцінка зазначеної групи повинна проводитися фахівцями в даній галузі.

2. *Критерії доступності медичних послуг* – група, що характеризує легкість і простоту "доступу" пацієнтів до отримання необхідних медичних послуг. Оцінювання цих критеріїв повинно проводитися працівниками лікувального закладу.

3. *Критерії обслуговування* – критерії, які визначають рівень обслуговування пацієнтів. Оцінка цих критеріїв повинна надаватися безпосередньо самими пацієнтами під час або ж безпосередньо після отримання медичних послуг.

4. *Критерії комунікативні* – група, що характеризує, як правило, аспекти ознайомлення з лікувальним закладом, обраними методиками лікування, комунікабельністю медичних працівників тощо. Оцінка наведених критеріїв проводиться пацієнтами.

5. *Критерії престижності лікувального закладу* – критерії, що формують імідж закладу, рівень його визнання серед інших установ аналогічного профілю, є доказом інноваційності і сучасності лікарні (поліклініки). Визначаються працівниками лікувального закладу, оскільки лише вони володіють указаною інформацією.

У табл. 4.1 в різних групах наведено різну кількість критеріїв. При необхідності їх можна збільшувати або ж, навпаки, зменшувати, враховувати специфічні вимоги і аспекти діяльності лікувального закладу, особливості надання певних видів медичної допомоги. Для оцінки якості надання медичних послуг їх можна використовувати комплексно або вибірково.

Першим етапом отримання числової оцінки якості надання медичних послуг є проведення рангування наведених у табл. 4.1 критеріїв. Причому тут потрібно визначати як ранг окремого критерію в середині групи, так і самої групи критеріїв загалом.

Таблиця 4.1

## Матриця критеріїв оцінювання якості надання медичних послуг

1. Критерії професійні (лікаря)	2. Критерії доступності медичних послуг	3. Критерії обслуговування	4. Критерії комунікативні	5. Критерії престижності лікувального закладу
1.1. Рівень кваліфікації	2.1. Можливість вибору лікаря	3.1. Відсутність черг на прийом до лікаря, здачу аналізів	4.1. Приязне ставлення з боку медперсоналу	5.1. Престиж лікувального закладу
1.2. Практичний досвід	2.2. Зручна локалізація приймального відділення	3.2. Можливість попереднього запису на прийом і лабораторне дослідження	4.2. Знання кількох мов	5.2. Зовнішній вигляд лікувального закладу
1.3. Здатність адекватно реагувати в екстремальних ситуаціях	2.3. Належне трактування медперсоналом своїх пацієнтів незалежно від попереднього діагнозу	3.3. Забезпеченість відділень засобами зв'язку	4.3. Готовність медперсоналу до надання меддопомоги	5.3. Наявність нагород, визнань
1.4. Вміння правильно обрати методику лікування	2.4. Можливість виклику лікаря на консультацію додому	3.4. Швидкість обслуговування пацієнта	4.4. Вміння надати інформацію в повному обсязі	5.4. Обсяг спектру надання послуг
1.5. Професійна етика		3.5. Можливість отримання консультації різнопрофільних фахівців	4.5. Наявність веб-ресурсу у лікувального закладу	5.5. Забезпеченість сучасним медобладнанням
1.6. Рівень особистої культури		3.6. Задоволеність очікувань пацієнта	4.6. Наявність зворотного зв'язку між пацієнтами та медичним закладом	
1.7. Розуміння потреб пацієнтів		3.7. Повнота поінформованості клієнта	4.7. Наявність місця для паркування	
1.8. Мінімізація ризику для клієнта				

На основі аналізу наукової літератури, публікацій в електронних і друкованих засобах масової інформації, а також практичного досвіду нами сформовано матрицю вагових коефіцієнтів запропонованих критеріїв:

1.	2.	3.	4.	5.
50%	20%	10%	10%	10%
1.1. – 40%	2.1. – 50%	3.1. – 20%	4.1. – 20%	5.1. – 25%
1.2. – 30%	2.2. – 10%	3.2. – 20%	4.2. – 10%	5.2. – 15%
1.3. – 5%	2.3. – 20%	3.3. – 10%	4.3. – 20%	5.3. – 20%
1.4. – 5%	2.4. – 20%	3.4. – 20%	4.4. – 20%	5.4. – 15%
1.5. – 4%		3.5. – 10%	4.5. – 15%	5.5. – 25%
1.6. – 5%		3.6. – 10%	4.6. – 10%	
1.7. – 6%		3.7. – 10%	4.7. – 5%	
1.8. – 5%				

(4.3)

У наведеній матриці (4.3) вагових коефіцієнтів критеріїв (рангів) використовується  $i=5$  груп, а в межах групи  $j$  критеріїв (відповідно 8, 4, 7, 7 і 5). Тут варто відзначити, що при присвоєнні вагових коефіцієнтів  $M_i$  та  $M_{i,j}$  потрібно дотримуватися рівностей:

$$\sum_{i=1}^n M_i = 100\%, \quad \sum_{j=1}^m M_{i,j} = 100\%, \quad (4.4)$$

де  $n$  – кількість груп критеріїв;  
 $m$  – кількість критеріїв у межах групи;  
 $i$  – номер групи критеріїв;  
 $j$  – номер критерію в межах групи.

Якщо потрібно змінити кількість груп критеріїв або ж самих критеріїв у межах групи, відповідно потрібно змінити і вагові коефіцієнти  $M_i$  та  $M_{i,j}$  для збереження рівнянь (4.4).

Наступним етапом отримання числової оцінки якості медичних послуг є присвоєння кожному критерію власної оцінки  $K$  за певною шкалою. Найбільш оптимальна для застосування і подальшої математичної обробки десятибальна шкала. Максимальне значення "10" за цією шкалою присвоюється критеріям, які повністю виконуються/забезпечуються лікувальним закладом, а мінімальне значення "0" тоді, коли критерій не дотримується.

Присвоєння числових оцінок критеріям, а також визначення їх вагових коефіцієнтів найбільш доцільно проводити за допомогою методу експертних оцінок. Роль експертів у даному випадку можуть виконувати різні групи людей в залежності від самих критеріїв, що оцінюються:

- медичні працівники, персонал з обслуговування безпосередньо лікувального закладу, який проводить лікування;
- медичні працівники, персонал з обслуговування споріднених лікувальних закладів, спеціально запрошені для незалежного оцінювання;

- безпосередньо пацієнти лікувального закладу;
- сторонні особи-фахівці в галузі функціонування медичних закладів.

Один із можливих варіантів отримання експертних оцінок від пацієнтів лікувального закладу був докладно розглянутий у підрозділі 4.4 (використання on-line форми).

Визначення числової оцінки групи критеріїв необхідно проводити з врахуванням оцінок  $K_{i,j}$  у межах групи і їх вагових коефіцієнтів  $M_{i,j}$ , використовуючи при цьому формулу:

$$K_i = \sum_{j=1}^m (K_{i,j} \cdot M_{i,j}). \quad (4.5)$$

Розрахувавши за формулою (4.5) числову оцінку кожної групи критеріїв, можна визначити загальну якість  $Q$  надання медичних послуг. При цьому слід користуватися залежністю:

$$Q = \sum_{i=1}^n \left( \frac{K_i}{10} \cdot M_i \right), \quad (4.6)$$

або з урахуванням формули (4.5)

$$Q = \sum_{i=1}^n \left( \frac{\sum_{j=1}^m (K_{i,j} \cdot M_{i,j})}{10} \cdot M_i \right). \quad (4.7)$$

Використання формули (4.7) при великій кількості критеріїв (наприклад, тих, які запропоновано в табл. 4.1) передбачає виконання одноманітних повторюваних розрахунків. Спрощення зазначених математичних операцій можна досягнути за рахунок використання як спеціалізованих, так і стандартних математичних програм. Найбільш оптимальним у такому випадку є використання стандартного табличного редактора Microsoft Excel.

Підкреслимо також, що розраховане значення  $Q$  якості медичних послуг при обраних межах вагових коефіцієнтів  $M_i$  та  $M_{i,j}$  і десятибальній шкалі оцінювання завжди задовольнятиме нерівності:

$$0 \leq Q \leq 1 \text{ або } 0 \leq Q \leq 100\%. \quad (4.8)$$

Враховуючи вище наведені формули від (4.4) до (4.8), можна записати узагальнену математичну модель для визначення якості надання медичних послуг:

$$\left\{ \begin{array}{l} Q = \sum_{i=1}^n \left( \frac{K_i}{10} \cdot M_i \right) = \sum_{i=1}^n \left( \frac{\sum_{j=1}^m (K_{i,j} \cdot M_{i,j})}{10} \cdot M_i \right); \\ \sum_{i=1}^n M_i = 100\%; \\ \sum_{j=1}^m M_{i,j} = 100\%; \\ 0 \leq Q \leq 1, 0 \leq Q \leq 100\%, \end{array} \right. \quad (4.9)$$

де  $Q$  – якість надання медичних послуг;  
 $K_i, K_{i,j}$  – числові оцінки групи критеріїв і критеріїв у групі відповідно;  
 $M_i, M_{i,j}$  – вагові коефіцієнти групи критеріїв і критеріїв у межах групи відповідно;  
 $n$  – кількість груп критеріїв;  
 $m$  – кількість критеріїв у межах групи;  
 $i$  – номер групи критеріїв;  
 $j$  – номер критерію в межах групи.

Проведемо ілюстрацію визначення якості медичних послуг, обравши довільне значення оцінок обраних критеріїв.

Числові значення оцінок критеріїв в межах групи зображено у вигляді матриці:

$$\left( \begin{array}{c|c|c|c|c} 1. & 2. & 3. & 4. & 5. \\ \hline 1.1.-9 & 2.1.-7 & 3.1.-6 & 4.1.-9 & 5.1.-8 \\ \hline 1.2.-9 & 2.2.-6 & 3.2.-6 & 4.2.-5 & 5.2.-7 \\ \hline 1.3.-8 & 2.3.-9 & 3.3.-8 & 4.3.-9 & 5.3.-5 \\ \hline 1.4.-10 & 2.4.-6 & 3.4.-7 & 4.4.-8 & 5.4.-9 \\ \hline 1.5.-10 & & 3.5.-7 & 4.5.-4 & 5.5.-7 \\ \hline 1.6.-9 & & 3.6.-7 & 4.6.-7 & \\ \hline 1.7.-9 & & 3.7.-7 & 4.7.-4 & \\ \hline 1.8.-9 & & & & \end{array} \right) \quad (4.10)$$

З урахуванням вихідних даних у формі матриць вагових коефіцієнтів (4.3) і числових значень критеріїв у межах групи (4.10) в редакторі MS Excel розроблена таблиця, яка дозволяє автоматизувати процес розрахунку якості надання медичних послуг за математичною моделлю (4.9). Оформлення таблиці з розрахунковими формулами, що використовуються, наведено на рис. 4.24.

Використання програми MS Excel для зазначених розрахунків має цілу низку переваг:

- можливість внесення коректив у довільні числові значення вихідних даних з автоматичним перерахунком кінцевого результату;
- при необхідності можна змінювати кількість критеріїв чи груп критеріїв без суттєвої зміни структури таблиці і розрахункових формул;
- можливість створення декількох таблиць, аналогічних до наведеної на рис. 4.24, для окремого визначення якості надання різних медичних послуг із подальшим визначенням кінцевого результату з допомогою функцій консолідації даних.

У розглянутому прикладі отримано результат якості надання медичних послуг  $Q = 80,45\%$ . При реальних розрахунках указане числове значення може коливатися в залежності від обраних критеріїв та їх числових характеристик.

На підставі аналізу наукової літератури запропонуємо шкалу лінгвістичної оцінки отриманого числового значення якості:

- $Q > 90$  – відмінна;
- $85 \leq Q < 90$  – дуже добра;
- $80 \leq Q < 85$  – добра;
- $75 \leq Q < 80$  – прийнятна (достатня);
- $Q < 75$  – недостатня.

Значення з даного діапазону потребує негайного реагування, спрямованого на пошук причин низької якості та можливості її підвищення.

Підсумовуючи усе вище наведене, можна запропонувати узагальнену методика розрахунку якості надання медичних послуг:

- 1) встановлення критеріїв для оцінки якості надання медичних послуг та їх поділ на групи за ознакою спорідненості;
- 2) проведення ранжування критеріїв (присвоєння вагових коефіцієнтів) у межах групи і самих груп загалом. Ранжування необхідно проводити з дотриманням рівностей (4.4);
- 3) надання критеріям числових оцінок за десятибальною шкалою. Присвоєння критеріям оцінок, а також і вагових коефіцієнтів, що здійснюється за допомогою методу експертних оцінок;
- 4) визначення числових оцінок груп критеріїв на підставі залежності (4.5);
- 5) розрахунок якості надання медичних послуг за формулою (4.6);
- 6) проведення аналізу отриманого розрахункового значення, формулювання висновків та можливих організаційних кроків для його підвищення.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
1	<b>Розрахунок інтегральної оцінки якості надання медичних послуг</b>														
2	Група критеріїв 1			Група критеріїв 2			Група критеріїв 3			Група критеріїв 4			Група критеріїв 5		
3	№ критерію	Ваговий коефіцієнт	Числова оцінка критерію	№ критерію	Ваговий коефіцієнт	Числова оцінка критерію	№ критерію	Ваговий коефіцієнт	Числова оцінка критерію	№ критерію	Ваговий коефіцієнт	Числова оцінка критерію	№ критерію	Ваговий коефіцієнт	Числова оцінка критерію
4	1.1.	40%	9	2.1.	50%	7	3.1.	20%	6	4.1.	20%	9	5.1.	25%	8
5	1.2.	30%	9	2.2.	10%	6	3.2.	20%	6	4.2.	10%	5	5.2.	15%	7
6	1.3.	5%	8	2.3.	20%	9	3.3.	10%	8	4.3.	20%	9	5.3.	20%	5
7	1.4.	5%	10	2.4.	20%	6	3.4.	20%	7	4.4.	20%	8	5.4.	15%	9
8	1.5.	4%	10				3.5.	10%	7	4.5.	15%	4	5.5.	25%	7
9	1.6.	5%	9				3.6.	10%	7	4.6.	10%	7			
10	1.7.	6%	9				3.7.	10%	7	4.7.	5%	4			
11	1.8.	5%	9												
12	Числова оцінка групи критеріїв 1	Ваговий коеф. групи критеріїв 1	9,04	Числова оцінка групи критеріїв 2	Ваговий коеф. групи критеріїв 2	7,10	Числова оцінка групи критеріїв 3	Ваговий коеф. групи критеріїв 3	6,70	Числова оцінка групи критеріїв 4	Ваговий коеф. групи критеріїв 4	7,20	Числова оцінка групи критеріїв 5	Ваговий коеф. групи критеріїв 5	7,15
13			50%			20%			10%			10%			10%
14			=SUM(Оцінка1*РанГ1)			=SUM(Оцінка2*РанГ2)			=SUM(Оцінка3*РанГ3)			=SUM(Оцінка4*РанГ4)			=SUM(Оцінка5*РанГ5)
15															
17	Якість Q надання медичних послуг		80,45%	=SUM(C13/10*C14;F13/10*F14;I13/10*I14;L13/10*L14;O13/10*O14)											
18															

Рис. 4.24. Ілюстрація розрахунку числового значення якості надання медичних послуг



Запропонована нами математична модель розрахунку якості медичних послуг дозволить лікувальним закладам на підставі налагодженого зворотного зв'язку з пацієнтами розрахувати діапазон якості наданих медичних послуг. На основі одержаних результатів управлінці не лише зможуть здійснювати локалізацію негативних впливів на якість, але й постійно підвищувати її рівень.

## ВИСНОВКИ

Сучасна ринкова економіка висуває високі вимоги до якості послуг, що надаються медичними закладами, рівень якої багато в чому визначає їх конкурентоздатність та його позиції на ринку в умовах жорсткої боротьби за пацієнта.

Якість та конкурентоспроможність – неподільні параметри, які формуються синхронно упродовж усього життєвого циклу послуги шляхом управління ними.

На сьогоднішній день система охорони здоров'я України потребує розв'язання чотирьох блоків проблем:

1. Визначення на рівні законів встановлених правил доступу до медичного обслуговування, гарантованих і фінансованих державою.
2. Організація професійних установ, що займалися б питаннями управління державними ресурсами, які виділяються на охорону здоров'я.
3. Розвиток регульованої конкуренції між різними надавачами медичних послуг.
4. Створення інституціональних механізмів, що сприятимуть розвитку сучасної системи охорони здоров'я та підвищенню громадських свобод у галузі охорони здоров'я.

Якість медичних послуг залежить від самої системи охорони здоров'я, що функціонує в державі. Держава повинна виступати гарантом таких послуг шляхом організації ефективної діяльності згаданої системи охорони здоров'я. Україна перед тим, як запровадити позитивну практику як Польщі, так і інших країн світу стосовно якості медичних послуг, повинна розпочати реформування самої системи охорони здоров'я. Модель, яка діє в Польщі, прийнятна для практики України з деякими адаптаціями. Так, наприклад, Міністерство охорони здоров'я може заключати контракти безпосередньо із самими лікарнями без жодних посередників (міський чи обласний фінансовий відділи). Це створить основи для добросовісної конкуренції на ринку медичних послуг України.

Проведенні нами дослідження підтвердили необхідність зміни системи медичного забезпечення в Україні, оскільки чинна модель не має змоги фінансувати видатки на медицину в повному обсязі в рамках держави. Приватні внески громадян у вигляді податків на медичне страхування не покривають всього обсягу наявних видатків на забезпечення галузі. На сьогоднішній день є нагальна потреба шукати джерела дофінансування. Як один із можливих шляхів розв'язання пропонується ще приватне паралельне забезпечення. Постає також питання про сенс сплати податків на медичне страхування, коли доводиться здійснювати подвійні видатки з однією і тією ж метою.

Україна як держава повинна чітко визначитися із тими категоріями населення, які вона буде утримувати і яким буде забезпечувати безкоштовну

медичну опіку. Люди з вищим рівнем доходів вивільняють нішу в загальнодержавних масштабах і таким чином будуть мати можливість отримувати той рівень й обсяг медичних послуг, який вони в стані собі дозволити.

Опрацьована модель системи охорони здоров'я повинна базуватися на принципах загальнодоступності, безпечності, надійності. Дана модель має бути проякісна і орієнтована на забезпечення надання високого рівня медичних послуг.

Система ефективного сектору охорони здоров'я має розробити концепцію взаємовідповідальності за стан здоров'я як громадян країни, так і держави перед самими громадянами за доступність якісних медичних послуг. Суспільство має усвідомити і прийняти таку концепцію, оскільки вона стане базою для збільшення рівня здоров'я популяції і, як наслідок, зменшення видатків на це з боку держави, адже основою успішної держави є повнофункціональний людський капітал.

Лише після концептуальної зміни функціонування системи охорони здоров'я можна приступати до етапу впровадження міжнародних вимог щодо якості надання медичних послуг.

Держава через Міністерство охорони здоров'я впроваджує медичні стандарти, в яких чітко зазначаються вимоги щодо здійснення медичних процедур під час лікування, починаючи від надання першої медичної допомоги, і завершуючи процесом реабілітації. Лікарні, дбаючи про власний імідж та убезпечуючи себе від різного роду претензій, проходять акредитацію та запроваджують в себе систему забезпечення якості ISO 9000.

Важливу роль у даному аспекті відіграватимуть саме медичні стандарти. Обов'язковим елементом функціонування якісної медичної системи має бути чітко виписані вимоги як до медичних працівників зокрема, так і до медичного закладу загалом. Особливу увагу варто приділити відповідальності медичних працівників за результати їхньої праці, що буде суттєвим рушієм на медичному ринку. Стимулятором якісного виконання власних обов'язків лікарями стане ймовірність втрати ліцензії впродовж цілого життя.

Необхідно розробити механізм впливу на якість роботи медичних працівників і встановити межі відповідальності за недотримання передбачених вимог.

Чинна на сьогоднішній день в Україні система підвищення кваліфікації медичних працівників передбачає підвищення кваліфікації медиків що п'ять років, однак це неефективно в сучасних умовах, оскільки медичні технології та різного роду дослідження швидкими темпами йдуть вперед. Необхідно забезпечити можливість проходження підвищення кваліфікації медиками як в установах, де вони працюють, так і в інших, прийнятних для цього консалтингових фірмах.

Особливу увагу при створенні якісної системи медичних послуг необхідно приділити навчання персоналу щодо встановлення тісного контакту між лікарем та хворим. Мова йде про довіру пацієнта як до окремо

взятого лікаря, так і до медичного закладу загалом. Враховуючи негативний досвід європейській країн, необхідно забезпечити доступ пацієнтів до отримання медичної допомоги незалежно від попередніх діагнозів (СНІД, онкологічні захворювання тощо).

Розроблена нами математична модель розрахунку якості медичних послуг при практичному застосуванні дасть змогу володіти інформацією про сподівання та очікування пацієнтів у відношенні до медичного закладу. Отримані розрахунки сприятимуть виявленню діапазону якості наданих послуг та постійному підвищенню їх рівня, адже саме останній чинник являється вирішальний у процесі управління якістю.

Підвищення рівня якості пропонованих послуг дозволить збільшити їхню ціну, що потенційно підвищить прибуток лікувальних закладів. Підвищення заробітної плати медичному персоналу та усвідомлення кожним працівником своєї ролі у процесі функціонування медичних закладів призведе до покращення якості їхньої роботи, що, своєю чергою, зменшить витрати та підсилить мотивацію праці.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Амблер Т. Практический маркетинг / И. Петрова (пер.с англ.), В. Васильева (пер.с англ.). – С.Пб., 1999. – 400с.
2. Аристотель. Сочинения: В 4-х т. / Пер. с древнегреч.; общ. ред. А.И. Доватура. – М.: Мысль, 1983. – Т. 4. – 1983. – 830 с.
3. Важливість впровадження сучасної системи управління якістю послуг у медичній практиці [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://qsys.com.ua/node/18>. – Заголовок з екрану.
4. Відпрацювання сучасної інноваційної моделі надання якісних медичних послуг населенню [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.municipal.gov.ua/673>. – Заголовок з екрану.
5. Гаркавенко С.С. Маркетинг: Підруч. для студ. екон. спец. вищ. навч. закладів / С.С. Гаркавенко. – К.: Лібра, 2002. – 708с.
6. Гегель Г. Энциклопедия философских наук. Ч. 90. – М.: Мысль, 1974. – 471 с.
7. Договір про надання платних медичних послуг — від укладання до виконання [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.medlawcenter.com.ua/ua/publications/78.html>. – Заголовок з екрану.
8. Исикава К. Японские методы управления качеством / К. Исикава; сокр. пер. с англ.; под ред. А. В. Гличева. – М. : Экономика, 1988. – 214 с.
9. Ікуліна О.В. Специфика предпринимательских функций на целевом рынке услуг // Зб. наук. праць молодих вчених. – Випуск 2. – Одеса: ОДЕУ, 1998. – С. 95-99.
10. Качество в истории цивилизации. Эволюция, тенденции и перспективы управления качеством / Под ред. Дж. Джурана: Пер. с англ. – В 3-х томах. – М.: РИА "Стандарты и качество", 2004. – Т. 1. – 2004. – 208 с.
11. Князевич В. Контроль якості надання медичних послуг залишається одним з головних завдань системи охорони здоров'я / В. Князевич [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/press/?docID=12203>. – Заголовок з екрану.
12. Концептуальна модель маркетингу медичних послуг в імітаційному моделюванні системи охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ua.textreferat.com/referat-15091.html>. – Заголовок з екрану.
13. Концепція управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року. Наказ МОЗ України 01.08.2011 № 454 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.balance.ua/sai/sprav\\_info/budjetnii\\_proces/konceptcia\\_MOZ.html](http://www.balance.ua/sai/sprav_info/budjetnii_proces/konceptcia_MOZ.html). – Заголовок з екрану.
14. Котлер Ф. Маркетинг, менеджмент. / Ф. Котлер. – СПб.: Питер, 1999. – 887 с.

15. Котлер Ф. Основы маркетинга. Перевод с англ. В.Б. Боброва. Общая редакция и вступительная статья Е.М. Пеньковой. – М.: Прогресс, 1991. – С. 25.
16. Котлер Ф. Основы маркетинга: Пер.с.англ. / Ф. Котлер. – М.: Ростингэр, 1996. – 704 с.
17. Крикавський Є.В. Логістика. Основи теорії: Підручник / Є.В. Крикавський. – Львів: Національний університет «Львівська політехніка», «Інтелект-Захід», 2004. – 416 с.
18. Куденко Н.В. Стратегічний маркетинг: Навч. посібник / Н.В. Куденко. – К.: КНЕУ, 1998. – 151 с.
19. Лехан В.М. Організація роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря) / В.М. Лехан, А.В. Іпатов, Е.В. Борвінко, Л.В. Крячкова, О.Л. Зюков. – Донецьк: АТР-ПРЕС, 2002. – 370 с.
20. Лехан В.М. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / В.М. Лехан, Н.М. Лакіза-Сачук, В.М. Войцехівський та ін. Під заг. ред. В.М. Лехан. – К.: Сфера, 2001. – 176 с.
21. Лехан В.М. Характеристика пацієнтів приватних стоматологічних кабінетів / В.М. Лехан, О.С. Кононенко, І.Г. Солодченко // Медичні перспективи. – 2002. – Том VII. – № 1. – С. 152-155.
22. Лиденбратен А.Л. Вопросы организации материального стимулирования в условиях добровольного выбора врача пациентом / А.Л. Лиденбратен, А.Е. Третьяков, А.Г. Роговина, В.Н. Голодненко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1999. – № 1. – С. 30-31.
23. Літвак А. Тіньова економіка та майбутнє медицини в Україні. Одеська крайова організація ВУЛТ за підтримки Інституту відкритого суспільства / А. Літвак, В. Погорілий, М. Тищук. – Одеса, 2001. – 96 с.
24. Локке Дж. Розвідка про людське розуміння. У чотирьох книгах / Пер. з англ. Наталки Бордукової. – Харків: Акта, 2002.
25. Максимова Т.М. Особенности здоровья в условиях формирования новой социальной структуры населения / Т.М. Максимова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1999. – № 3. – С. 15-19.
26. Максимова Т.М. Оценка состояния здоровья населения по результатам пробной переписи населения 1997 г. / Т.М. Максимова, Е.П. Какорина, Н.П. Лушкина, Т.А. Королькова, М.В. Токуров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1999. – № 1. – С. 12-17.
27. Мачуга Н.З. Деякі аспекти функціонування ринку медичних послуг / Н.З. Мачуга // Соціально-економічні, політичні та культурні оцінки і прогнози на рубежі двох тисячоліть: Тези доповідей V Міжнародної науково-практичної конференції студентів, аспірантів і молодих вчених. – Тернопіль, 2007. – С. 230-232.

28. Мачуга Н.З. Якість медичних послуг як інструмент реформування системи охорони здоров'я / Н.З. Мачуга // Актуальні проблеми економіки. – 2011. – № 8. – С. 202.
29. Медична помилка: юридичний аспект [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.medlawcenter.com.ua/ua/publications/75.html>. – Заголовок з екрану.
30. Міністерство охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro\\_20100531\\_1.html#1](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20100531_1.html#1). – Заголовок з екрану. – Дата відвідування: 12.07.2011.
31. Надюк З. Доцільність впровадження посади менеджера охорони здоров'я в системі управління якістю надання медичної допомоги в лікувально-профілактичних закладах України / З. Надюк // Вісн. НАДУ. – 2005. – № 2. – С. 434-438.
32. Надюк З. Професійна модель менеджера охорони здоров'я з управління якістю медичної допомоги в системі охорони здоров'я України / З. Надюк // Економіка і держава. – 2005. – № 10. – С. 63-65.
33. Надюк З. Стандартизація медичної допомоги населенню України як засіб державного управління її якістю / З. Надюк // Економіка і держава. – 2005. – № 8. – С. 55-57.
34. Надюк З. Сучасні проблеми державного управління якістю надання медичної допомоги населенню України / З. Надюк // Держава та регіони. – 2004. – № 2. – С. 74-78. – (Сер. “Держ. упр.”).
35. Надюк З. Управління якістю надання медичної допомоги на сучасному етапі розвитку українського суспільства / З. Надюк // Зб. наук. пр. НАДУ. – 2005. – Вип. 1. – С. 176-183.
36. Надюк З. Упровадження соціологічного моніторингу як метод управління якістю надання медичної допомоги населенню України / З. Надюк // Актуальні проблеми державного управління: Зб. наук. пр.: У 2-х ч. – Харків: Вид-во ХРІДУ НАДУ “Магістр”, 2005. – № 2 (24). – Ч. 1. – С. 185-189.
37. Надюк З. Формування ринкових відносин в охороні здоров'я України / З. Надюк // Розвиток економіки в трансформаційний період: глобальний та національний аспекти: Матеріали Міжнар. наук.-практ. конф.: У 3 т. (20 квіт. 2005 р., м. Запоріжжя). – Донецьк.: Наука і освіта, 2005. – Т. 1. – С. 117-118.
38. Надюк З.О. Управління процесом якості медичної допомоги в ринкових умовах системи охорони здоров'я / З.О. Надюк, В.В. Чекурда // Актуальні проблеми стандартизації у невідкладній абдомінальній хірургії: Матеріали Перш. Всеукр. наук.-практ. конф. – Л., 2004. – С. 34-36.
39. Наказ від 31.03.2008 № 166. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я України до 2010 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20080331\\_166.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20080331_166.html). – Заголовок з екрану.

40. Нікуліна О.В. Негосударственные пенсионные фонды: неиспользуемые возможности / О.В. Нікуліна, О.В. Кокшаров // Вісник соц.-ек. досліджень. 1997. – Випуск 1. – С. 36-49.
41. Нікуліна О.В. Проблеми формування сегментів на ринку послуг / О.В. Нікуліна // Зб. наук. праць. – Хмельницький: Технол. ун-т Поділля. - 1998. – Ч. 2. – С. 91-92.
42. Особливості відшкодування шкоди, заподіяної пацієнтові невдалим медичним втручанням [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.medlawcenter.com.ua/ua/publications/76.html>. – Заголовок з екрану.
43. Платон. Филеб. Тимей. Государство: Соч. В 3 т. – М.: Мысль, 1971. - Т. 3. – Ч. 1. – С. 11-87; 455-550; 89-454.
44. Портер М. Конкурентное преимущество: Как достичь высокого результата и обеспечить его устойчивость: Пер. с англ. / М. Потер. – М.: Альпина Бизнес букс, 2005. – 715 с.
45. Портер М. Конкуренція: Пер. с англ. / М. Потер. – М.: Издательский дом «Вильямс», 2005. – 608 с.
46. Про якість медичних послуг [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://medvisnyk.org.ua/content/view/540/31/>. – Заголовок з екрану.
47. Редькін О.С., Нікуліна О.В. Пенсионные фонды: возможности и перспективы / О.С. Редькін, О.В. Нікуліна // Економічний часопис. – 1998. – № 3. – С. 37-41.
48. Репин В.В. Описание и анализ бизнес-процессов: цепочки ценности и Work Flow / В.В. Репин [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [www.finexpert.ru](http://www.finexpert.ru). – Заголовок з екрану. – Дата відвідування: 30.01. 2012.
49. Решетников А.В. Социальный портрет потребителя медицинских услуг / А.В. Решетников // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения (обзор печати). – 2002. – № 1 (25). – С. 50-53.
50. Рівень якості медичної послуги [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://strahovik.com.ua/riven-yakosti-medichno%D1%97-poslugi/>. – Заголовок з екрану.
51. Салтмон Р.Б. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер. с англ. / Р.Б. Салтмон, Дж. Фигейрас. – М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. – 432 с.
52. Томпсон А.А. Стратегический менеджмент. Искусство разработки и реализации стратегии: Учебник для вузов: Пер. с англ. / Под. ред. Л.Г. Зайцева, М.И. Соколовой. – М.: Банки и биржи, ЮНИТИ, 1998. – 576 с.
53. Успенская И.В. Социальный статус пациентов больницы, их затраты на лечение и удовлетворенность медицинской помощью / И.В. Успенская, Г.А. Пономарева // Экономика здравоохранения. – 1999. – № 5, 6/38. – С. 21-23.
54. Ушакова Н.М. Як подолають перешкоди вітчизняні ВНЗ, що готують ділову еліту / Н.М. Ушакова // Сінергія. – 2003. – № 3 (7). – С. 11-15.



55. Хаузлонер П., Бергес Б.А. Оцінка особистих витрат громадян на лікарську службу в Львівській області. Технічний доклад № Укр.-12 за програмою ЗдравРеформ. – Львів, 1996. – 14с.
56. Хуторской М.А. Технологические основы обеспечения высоких технологий показателей качества медицинской помощи / М.А. Хуторской, В.Ф. Мартыненко // Проблемы управления здравоохранением. – 2003. – № 1 (8). – С. 21-23.
57. Челидзе Н.П. О затратах на внедрение современных приемов рекламы, маркетинга и менеджмента при предоставлении платных медицинских услуг в бюджетных учреждениях здравоохранения / Н.П. Челидзе, П.П. Кузнецов, Д.Р. Байбиков, Н.Б. Ордина и др. // Экономика здравоохранения. – 2002. – № 3. – С. 36-40.
58. Якість в охороні здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://healthcare.management.com.ua/category/yakist-v-oz/>. – Заголовок з екрану.
59. Якість медичних послуг – у п'ятірці найбільших проблем Луцька [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.pravda.lutsk.ua/news/676/>. – Заголовок з екрану.
60. ABC Health Plan. Outpatient Drug Formulary. Published under the Authority of the ABC Health Plan Pharmacy and Therapeutics Committee. 1993/1994.
61. Altkorn J. Podstawy marketingu, Instytut Marketingu, Kraków, 1992, s. 126.
62. Armstrong M. "A Handbook of management Techniques", Kogan Page Ltd, London, 1993, p. 192.
63. Bank J., "Zarządzanie przez jakość", Gebethner I S-ka, Warszawa, 1997, S. 2.
64. Berkowska M.: Satysfakcja pacjenta jako element jakości usług. W: Materiały z VIII Krajowego Zjazdu Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego "Rola i zadania medycyny społecznej u progu XXI wieku". Akademia Medyczna, Wrocław 2002.
65. Bither M.J., Booms B.H., Tetreault M.S.. The service encounter: diagnosing, favorable and unfavorable incidents, Journal of Marketing, 1990, January, S. 73.
66. Bochniarz P., Gugala K., wydawnictwo "POLTEXT", s. 104.
67. Cella D.R, Tulsky D.S. (1990). Measuring Ouality of Life Today: Methodological Aspects, Oncology, 4, 5, 29-38.; Fallowfield L. (1990) The quality of life, Souvenir Press Ltd, London.
68. Ciechan-Kujawa M., Rachunek kosztów jakości, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2005.
69. Clark D., Malson H. (1995). Key issues in palliative care needs assessment. Progress in Palliat. Care 3, 53-55.
70. Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Perfomance (New York, Free Press, 1985) 222.

71. Cronin J., Taylor S., Measuring service quality: a reexamination and extension, *Journal of Marketing* 1992, nr 56, s. 55.
72. Crosby P. *Quality is Free*. New York: McGraw-Hill, 1979.
73. Crosby P. *Quality is Free: the art of Marking Quality Creating*, McGraw-Hill, New York 1979.
74. Deming W. Edwards. *Out of the Crisis // MIT Center for Advanced Engineering Study*, Cambridge, MA: MIT, 1982.
75. Deplorte J.P.: Ogólna metodologia monitorowania użytkowania leków. *Farmacja Polska*, 1998 r. Tom 54, nr 8.
76. Dietrich E., Schulze A., *Metody statystyczne w kwalifikacji środków pomiarowych, maszyn i procesów produkcyjnych (tłum. Z j. niem.)*, Notika System, Warszawa 2000.
77. Dobska M., Dobski P.: *Marketing usług medycznych*. Wydawnictwo Prawno-Ekonomiczne INFOR. Warszawa 1999.
78. Drucker P. *Innowacje i przedsiębiorczość*. Warszawa, 1992.
79. Druker P. *Zarządzanie w czasach burzliwych. Nowe wyzwanie – nowe horyzonty*. Biblioteka nowoczesności, AE, Kraków, "Czytelnik", Kraków 1995.
80. Durbajło-Mrowiec M., *Wyznaczniki wartości zakładu opieki zdrowotnej*, Wrocław, 2009.
81. Dziadkowiec J., *Mystery Shopping – metoda badania i oceny jakości usług*, „Problemy Jakości” 2004, nr 10.
82. Dziadkowiec J., *Wyznaczniki jakości usług na przykładzie biura podróży [w:] Towaroznawstwo wobec integracji z Unią Europejską*, red. J. Żuchowski, Politechnika Radomska, Radom 2004.
83. *Efektywność przedsięwzięć rozwojowych. Metody, analiza, przykłady*, red. Borowiecki R., AE; Kraków 1995.
84. Erstad M., *Mystery Shopping Programmes and Human Resource Management*, „International Journal of Contemporary Hospitality Management” 1998, nr 1.
85. Feigenbaum A. V. *Total Quality Control*. New York: McGraw-Hill, 1983.
86. Finn A., *Mystery Shopper Benchmarking of Durable-goods Chains and Stores*, *International Journal of Service Research*” 2001, nr 3.
87. Garczyński S.: *O radości*. NK, Warszawa 1983.
88. Gawlik J., Rewilak J., *Dobór i ocena zdolności wyposażenia pomiarowego w przemyśle maszynowym [w:] Materiały VI Sympozjum Klubu Polskie Forum ISO 9000 "Metrologia w systemach jakości" – 3*, Kielce 2001, t. I, s. 101-111.
89. Golinowska S. i inni 2002- *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Raporty CASE, Warszawa.
90. Grossman M. 1992, *On the concept of health capital and the demand for health*, *Journal of Political Economy*, No 80 92), s. 223-255.
91. Hamrol A., Mantura W. *Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka*, Warszawa, 2002.

92. Higginson I. (1993). *Audit Methods: Validation and In-patient Use*, [w:] I. Higginson (red.). *Clinical Audit in Palliative Care*. Radcliffe Medical Press, Oxford and New York.
93. Holliday K., *Mystery Shopping can Illuminate Problems, Opportunities in Investment Sales*, „Community Banker” 2003, nr 1.
94. International Organization for Standardization [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.iso.org/iso/iso9000-14000/understand/qmp.html>. – Заголовок з екрану.
95. Ishikawa K. *What is Total Quality Control? The Japanese Way*. London, Prentice Hall, 1985.
96. Iwasiewicz A., *Błędy kwalifikacji jako podstawowa ocena rzetelności systemów pomiarowych stosowanych w zarządzaniu jakością*, *Normalizacja* 2001 nr 5, s. 3-11.
97. *Jakość usług bankowych i ubezpieczeniowych Diagnoza, determinanty, segmentacja*, pod red. J. Garczarczyka, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Poznań, 2000, 238s.
98. Janknegt R., Steenhoek A. *The System of Objectified Judgement Analysis (SOJA). A Tool in Rational Drug Selection for Formulary Inclusion*. *Drugs* 53 (4), 1997.
99. Joint Commission on the Accreditation of Health Organizations. *"Quality Assurance in Managed Health Care Organizations"*, Chicago, 1989.
100. Jones C.: *"Why have Health Expenditures as a Share of GDP Risen So Much?"*, Stanford University, Stanford 2001.
101. Juran J., Frank M. Gryna, *Jakość – projektowanie, analiza*. WNT, Warszawa 1974.
102. Juran J.M. *„Upper Management and Quality”*, Juran Institute, Nowy Jork, 1982.
103. Kaplan R.S., Cooper R., *"Zarządzanie kosztami i efektywnością"*, S. 73.
104. Karaszewski R., *"Relacje pomiędzy wprowadzeniem norm serii ISO 9000 a TQM w praktyce polskich przedsiębiorstw"*, *Problemy jakości*, Nr 10/99, s. 2.
105. Karaszewski R., *SERVQUAL – metoda badania jakości świadczonych usług*, „Problemy Jakości” 2001, nr 5.
106. Kautch M., Klich J., Campbell P. (1998), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej: Planowanie*, Kraków, Uniwersyteckie Wyd. Medyczne Vesalius, s.35/
107. Kisielnicki J., Sroka H.: *Systemy informacyjne biznesu. Informatyka dla zarządzania*. Placet, Warszawa 2005, 390 s.
108. *Klasyczne metody zarządzania jakością* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.zarz.agh.edu.pl/bsolinsk/knzj.html>. – Заголовок з екрану.
109. Kolman R. *Ilościowe określanie jakości*. PWE, Warszawa, 1973.
110. Kolman R. *Zastosowanie inżynierii jakości*. Poradnik, AJG, Bydgoszcz, 2003.

111. Kolman T., Tkaczyk R., Jakość usług. Poradnik, TNOiK, Bydgoszcz 1996.
112. Kowalik S. (1995). Jakość życia pacjentów w procesie leczenia, [w:] Waligóra B. (red.). Elementy psychologii klinicznej. Tom IV. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
113. Krakowiak A.: Wstęp do metodologii badań satysfakcji. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 1996.
114. Krzyżanowska M., Wajdner R., CIT – metoda badania jakości usług, Problemy Jakości 2000, nr 11.
115. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians; A Working Document; Information Canada, Ottawa, 1974.
116. Landowski J., Majkowicz M., Lamparska E. (1996). Ocena jakości życia u chorych na schizofrenię - wprowadzenie w problematykę. Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii. Instytut Psychiatrii i Neurologii.
117. Lenartowicz H. "O potrzebie wzmocnienia siły i pozycji odbiorców opieki zdrowotnej w reformowanym systemie", Pielęgniarstwo 2000 nr 1, 1998 r., s.12.
118. Leszczyński Z., Wnuk T.: Zarządzanie Firmą Produkcyjną Za Pomocą Rachunkowości Zarządczej i Kontrolingu Finansowego. Fundacja Rozwoju Rachunkowości w Polsce. Warszawa 1996.
119. Lista organizacji z aktualnym certyfikatem akredytacji [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.cmj.org.pl/akredytacja/certyfikaty.php>. – Заголовок з екрану.
120. Locke J. "Rozważania dotyczące rozumu ludzkiego", Warszawa, 1955.
121. Machuga N. Podejścia do definiowania jakości usług zdrowotnych / N. Machuga // Галицький економічний вісник. – 2009. – № 4 (25). – С. 63-70.]
122. Majkowicz M. (1997) Problemy metodologiczne i techniczne badawcze jakości życia w chorobach nowotworowych, [w:] J. Meyza (red.) Jakość życia w chorobie nowotworowej wybrane zagadnienia. Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej- Curie, Warszawa.
123. Mantura W. Ekonomiczna ocena jakości – wybrane sytuacje decyzyjne. "Problemy jakości", nr 1/92.
124. Mantura W. Kategoria jakości w projektowaniu technicznym. Wydawnictwo Uczelniane PP, Poznań, 1994.
125. Marczak M. "Aspekty jakości produktu", 2000.
126. Mc Millan S. C, Mahoń M. (1994). Measuring quality of life in hospice patients using a newly developed hospice quality of life index. Qual Life Res. 3, 437-447.
127. Medycyna Sądowa, 1972 POPIELSKI KOBIELA - 848 s.
128. Mudie P., Cottam A. "Usługi. Zarządzanie i marketing", PWN, Warszawa, 1998.
129. Murkowski M., Nowacki W., Koronkiewicz A.. Zastosowanie standardów w programie akredytacji szpitali, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Zakład Szpitalnictwa, Warszawa, 1996, s. 12

130. Niżankowski R., Banaszewska A., Bedlicki M. *Ekonomia medycyny. Kompendium dla lekarzy i studentów medycyny.* Warszawa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2002.
131. Oakland J.S.. *Total Quality Management*, London, 1992, S. 83.
132. OECD 2009: *Health Care Quality Indicators Project: Patient Safety Indicators. Report 2009*, Health Working Papers № 47.
133. Opolski K., Dykowska G., Możdzonek M. *Zadżazanie przez jakość w usługach zdrowotnych.*
134. Opolski K., Szemborska E. *Sfery zarządzania jakością w służbie zdrowia.* Antidotum 9/1997.
135. Oyrzanowski B. *"Jakość dla konsumenta producenta i gospodarki narodowej".* PWE, Warszawa, 1989.
136. Produkt i jego jakość w systemie opieki zdrowotnej [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.toya.net.pl/~mediren/ksiazka/cz2\\_rozdzial\\_4.htm](http://www.toya.net.pl/~mediren/ksiazka/cz2_rozdzial_4.htm). – Заголовок з екрану.
137. Prozowicz M., *Ekonomiczne determinanty kształtowania jakości wyrobu w przedsiębiorstwie*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2001.
138. Przybylski W., Polakowska M. (2000). *Satysfakcja pacjenta w rok po wprowadzeniu reformy.* V Ogólnopolska Konferencja „Jakość w opiece zdrowotnej”. Kraków, 12-4.04.2000.
139. *Quality management and quality assurance – Vocabulary* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.saiglobal.com/PDFTemp/Previews/OSH/As/as8000/8400/8402.pdf>.
140. Robbins M. (1998). *Evaluating Palliative Care. Establishing the Evidence Base.* Oxford University Press.
141. Rogoyiński K. *Nowy marketing usług*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Poznań, 1998.
142. Różańska Anna. *Zakażenia szpitalne – analiza sytuacji epidemiologicznej oraz kosztów na podstawie obserwacji w wybranych szpitalach*, praca doktorska - Collegium Medicum. Kraków, 2007.
143. Sęk H. (1993). *Jakość życia a wymiary zdrowia.* Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny.
144. Seyda B. „*Dzieje medycyny w zarysie*”, PZWL, Warszawa, 1962.
145. Sidor M., *Ocena jakości usług za pomocą metody Servqual*, Marketing i Rynek 2000, nr 11, s. 8.
146. Siwiec J. (2000). *Aspekty opieki - wymiary do pomiaru.* V Ogólnopolska Konferencja „Jakość w opiece zdrowotnej”. Kraków, 12-4.04.2000.
147. Skrzypek E., *"Jakość i efektywność"*, Wydawnictwo: Uniwersytet Marii Curie – Skłodowskiej, Lublin 2000, 319 s.
148. Skrzypek E., *Doświadczenia w zakresie prowadzenia kosztów jakości, na przykładzie certyfikowanych przedsiębiorstw różnych branż.* Materiały szkoleniowe, Szczyrk 1999.

149. Skrzypek E. Rola wiedzy i kapitału intelektualnego w zarządzaniu jakością w uczelni [w:] J. Dietel, Z.Sapieżaska (red.), Zarządzanie jakością w szkolnictwie wyższym, Fundacja Edukacyjna Przedsiębiorczości, Łódź 2002, s.201
150. Sorenson C.. Emergence of HTA in Central and Eastern Europe. Volume 11, Number 1, s. 10-12.
151. Stabryła A., Zarządzanie strategiczne w teorii i praktyce firmy, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa-Kraków 2000.
152. Sturgeon T.J. How do we define value chains and production networks.// IDS Bulletin. 2001. – Vol. 32. – #3. McCormick D. Value chains, production networks, and the business system // Bellagio Value Chains Workshop. – Bellagio, 2000. pp. 9-18.
153. Suhrcke M. i inni. The contribution of health to the economy in the European Union, European Commission, 2005.
154. Szeszycka, Dylematy pomiaru jakości usług profesjonalnych na przykładzie usług medycznych, Antidotum 2000, nr 4, s. 6.
155. The quality of life, Souvenir Press Ltd, London; Landowski J., Majkiewicz M., Lamparska E. (1996). Ocena jakości życia u chorych na schizofrenię - wprowadzenie w problematykę. Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii. Instytut Psychiatrii i Neurologii. 3, 42-50.
156. Van Ettinger I., Sittig I. Lepsza jakość – większe efekty. Wydawnictwo Techniczne, Warszawa, 1970.
157. Wawak S. Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka, Wydawnictwo Helion, Gliwice 2002, S. 40.
158. Wawak T. Koszty i korzyści poprawy jakości w służbie zdrowia, [w:] "Jakość w opiece zdrowotnej", materiały piątej ogólnopolskiej konferencji, CMJ, Kraków, 2000 r., s. 255-265.
159. Wawak T. Makroekonomiczne problemy jakości produktów przemysłowych w Polsce. UJ, Kraków, 1989.
160. WHO Patient safety [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.who.int/patientsafety/en/>. – Заголовок з екрану.
161. WHO Working group. Quality Ace in Health Care, 1989, s. 79-95.
162. Wojda M., Pogorzelska D.. Usługa medyczna jako produkt marketingowy. Pielęgniarstwo Polskie 1(21), 2006, S. 65-68.

## **ДОДАТКИ**

## Додаток А

### Анкета для on-line опитування

## Визначення якості обслуговування у лікувальному закладі

Дайте, будь-ласка, відповіді на нижче наведені запитання. Ваші відповіді дозволять зробити узагальнену оцінку якості обслуговування пацієнтів у лікувальному закладі, врахувати Ваші побажання та виправляти наявні недоліки в подальшій діяльності.

\*Обов'язкове поле

### Дані особові

#### Ваш вік \*

- < 20
- 21 - 35
- 36 - 45
- 46 - 60
- > 60

#### Стать: \*

- чол.
- жін.

#### Освіта:

- середня
- середня спеціальна
- вища

#### Місце проживання: \*

- обласний центр
- районний центр
- Інше:

#### Статус працевлаштування: \*

- Працюю на підприємстві (в установі, організації).
- Приватний підприємець.
- Безробітний (-на).
- Студент (-ка).
- Інше:



**Термін перебування у лікувальному закладі: \***

Кількість днів, тижнів, місяців...

## Якість обслуговування

**Яким чином відбувся Ваш перший контакт з лікувальним закладом? \***

- за номером телефону
- з допомогою електронної пошти
- особистий візит

**Оцініть своє враження після першого контакту з лікувальним закладом за 5-бальною шкалою: \***

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Що вплинуло на Ваш вибір лікувального закладу? \***

- лікар, який проводив діагностику
- думка знайомих
- власний досвід
- інформація з інтернет-ресурсів (реклами)
- місце проживання
- Інше:

**Як довго Ви очікували на оформлення в приймальному відділенні? \***

- до 15 хв.
- до 30 хв.
- до години
- більше години

**Чи отримали Ви при оформленні у приймальному відділенні вичерпну інформацію про свої права? \***

	так	швидше так	швидше ні	ні
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Оцініть ставлення до Вас працівників приймального відділення? \***

(за 5-бальною шкалою)

	1	2	3	4	5
ввічливість	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
доброзичливість	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
зацікавленість	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Як Ви оцінюєте роботу приймального відділення загалом? \***

(за 5-бальною шкалою)

	1	2	3	4	5
погано	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> відмінно

**В яке відділення Вас було оформлено? \***

(хірургія, урологія, травматологія...)

**Оцініть ставлення до Вас обслуговуючого персоналу відділення? \***

(за 5-бальною шкалою)

	1	2	3	4	5
ввічливість	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
доброзичливість	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
зацікавленість	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Оцініть ставлення до Вас лікаря? \***

(за 5-бальною шкалою)

	1	2	3	4	5
ввічливість	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
доброзичливість	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
зацікавленість	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Чи питали у Вас згоди на лікування? \***

- так
- ні

**Чи отримали Ви достатньо інформації на предмет обраної методики лікування та ліків, які використовувалися? \***

- так
- швидше так
- швидше ні
- ні

**Оцініть побутові умови Вашого перебування у відділенні, у якому проходило лікування: \***

(за 5-бальною шкалою)

	1	2	3	4	5
погано	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> відмінно

**Як Ви оцінюєте якість харчування у відділенні, у якому проходило лікування? \***

(за 5-бальною шкалою)

1 2 3 4 5

погано      відмінно

**Як Ви оцінюєте загалом роботу відділення, у якому проходило лікування? \***

(за 5-бальною шкалою)

1 2 3 4 5

погано      відмінно

### Загальний висновок

**Чи порекомендували б Ви лікувальний заклад своїм знайомим? \***

так

ні

**Що на Вашу думку необхідно змінити/покращити в роботі лікувального закладу?**

За підтримки служби [Документи Google](#)

[Повідомити про порушення](#) - [Умови надання служби](#) - [Додаткові положення](#)

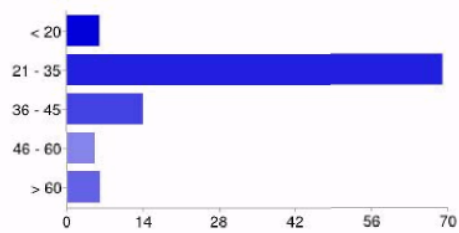
## Додаток Б Результати анкетування

**100** відповіді

### Зведення [Див. повні відповіді](#)

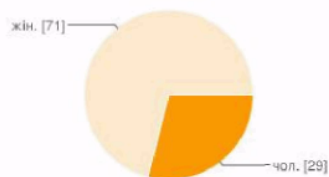
#### Дані особові

##### Ваш вік:



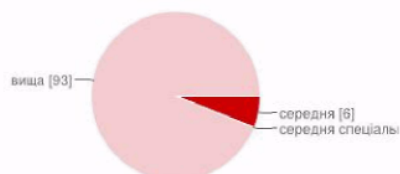
< 20	<b>6</b>	6%
21 - 35	<b>69</b>	69%
36 - 45	<b>14</b>	14%
46 - 60	<b>5</b>	5%
> 60	<b>6</b>	6%

##### Стать:



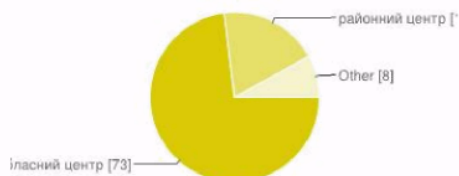
чол.	<b>29</b>	29%
жін.	<b>71</b>	71%

##### Освіта:



середня	<b>6</b>	6%
середня спеціальна	<b>0</b>	0%
вища	<b>93</b>	93%

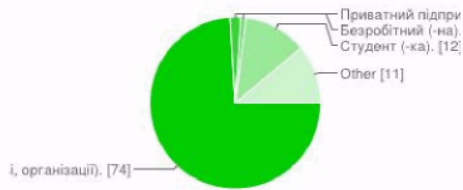
##### Місце проживання:



обласний центр	<b>73</b>	73%
районний центр	<b>19</b>	19%
Other	<b>8</b>	8%

##### Статус працевлаштування:

Працюю на підприємстві (в установі, організації).	<b>74</b>	74%
Приватний підприємець.	<b>2</b>	2%
Безробітний (-на).	<b>1</b>	1%
Студент (-ка).	<b>12</b>	12%
Other	<b>11</b>	11%

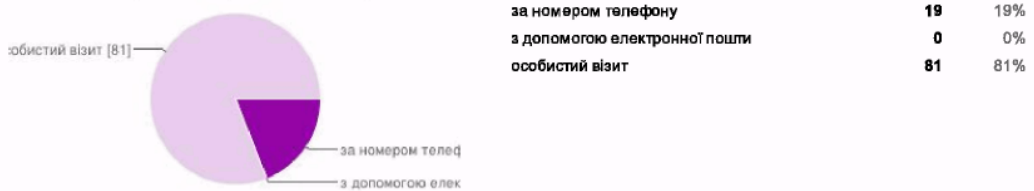


#### Термін перебування у лікувальному закладі:

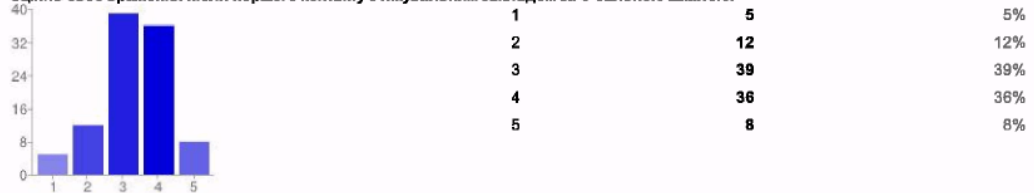
тиждень 10 1 2 тижні 2 тижні 10 14 днів 3 тижні 10 3 дні 7 4 дня 1 за який період? за все життя? 1 місяць 2 дні часто и много.  
 врачи, больницы, ответы ниже - по 7 городской больнице 3-4 года назад 5 8 днів 10 21 10 д ...

#### Якість обслуговування

##### Яким чином відбувся Ваш перший контакт з лікувальним закладом?



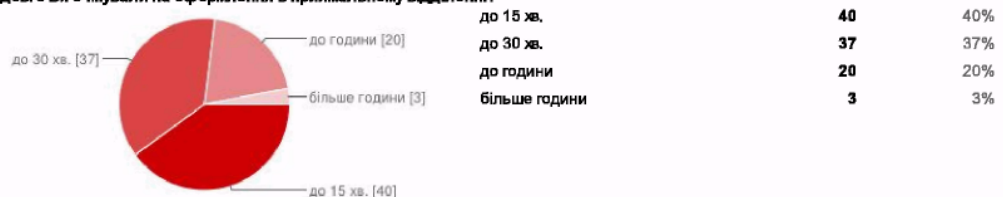
##### Оцініть своє враження після першого контакту з лікувальним закладом за 5-бальною шкалою:



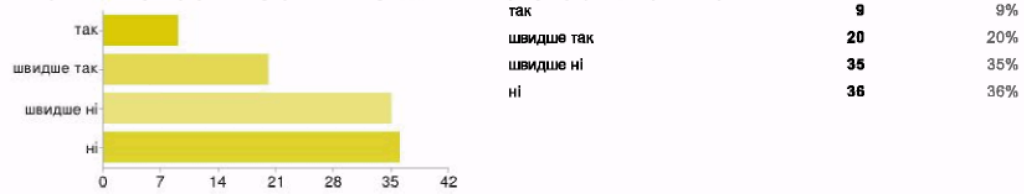
##### Що вплинуло на Ваш вибір лікувального закладу?



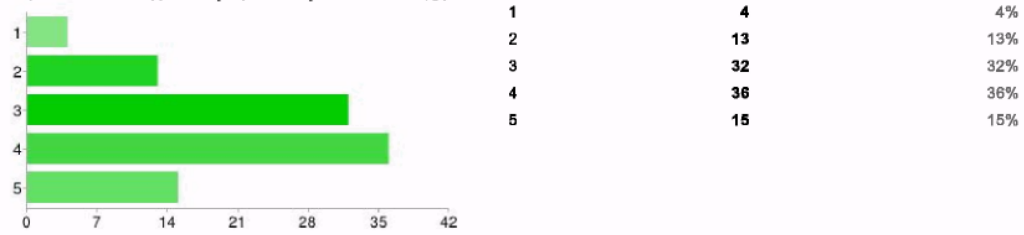
##### Як довго Ви очікували на оформлення в приймальню відділенні?



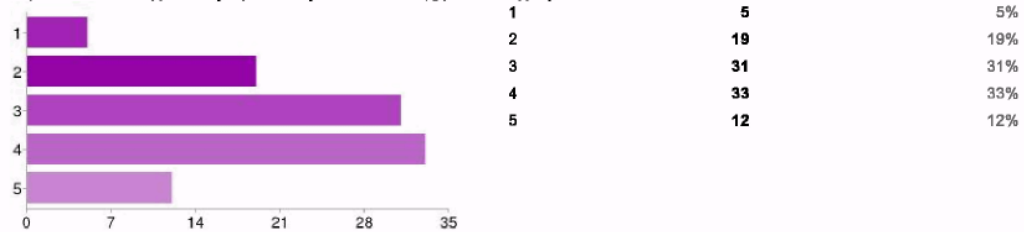
**Чи отримали Ви при оформленні у приймальному відділенні вичерпну інформацію про свої права? -**



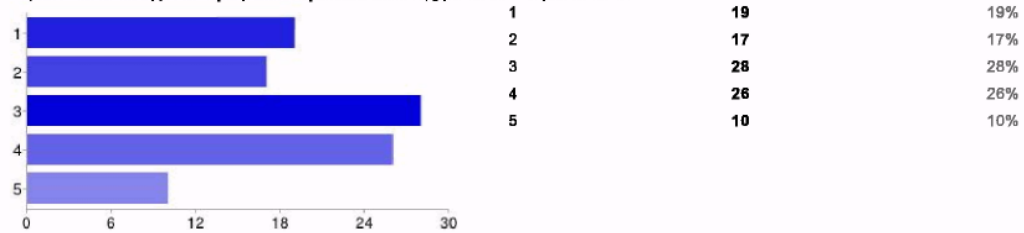
**Оцініть ставлення до Вас працівників приймального відділення? - ввічливість**



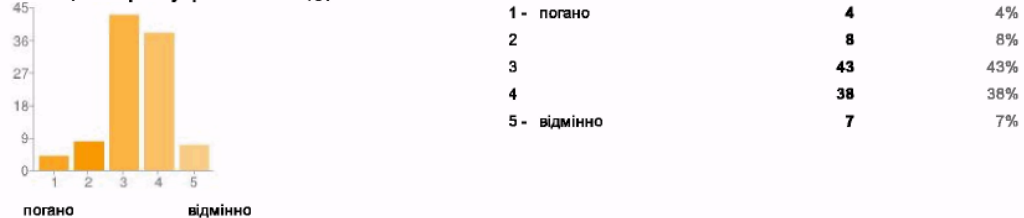
**Оцініть ставлення до Вас працівників приймального відділення? - доброзичливість**



**Оцініть ставлення до Вас працівників приймального відділення? - зацікавленість**



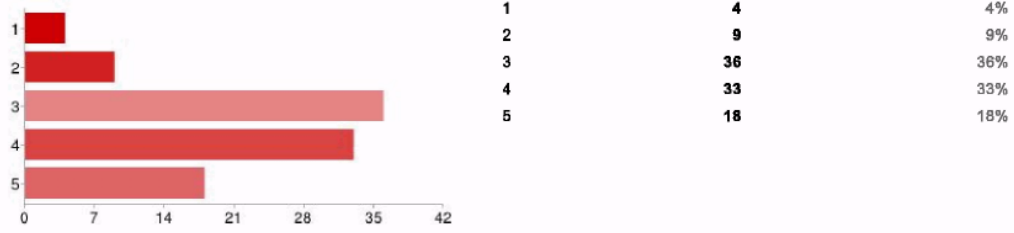
**Як Ви оцінюєте роботу приймального відділення загалом?**



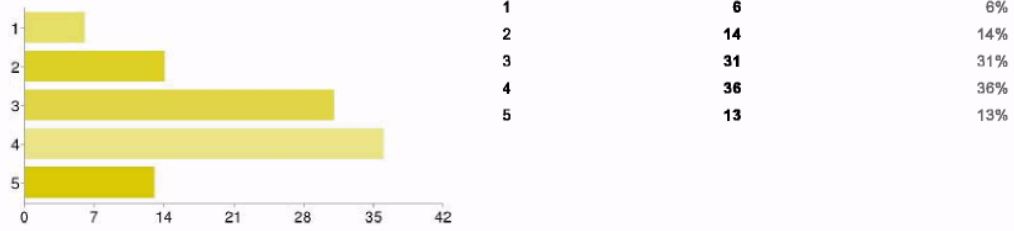
**В яке відділення Вас було оформлено?**

неврологія денний  
 стаціонар терапія травматологія лор гинекологія гастроентерологія гінекологія жірургія жірургія травматологія жірургія травматологія урологі  
 гастроентерологія (об'єднані) Гин ...

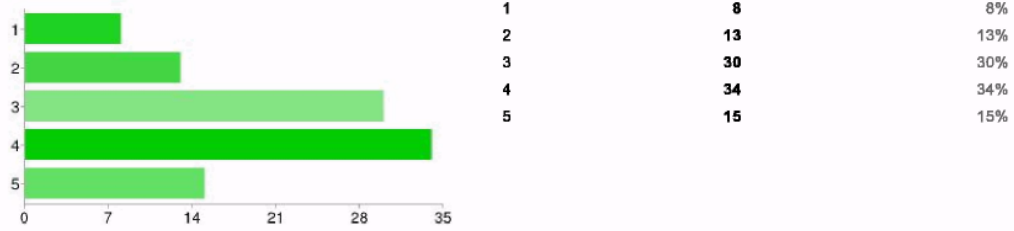
**Оцініть ставлення до Вас обслуговуючого персоналу відділення? - ввічливість**



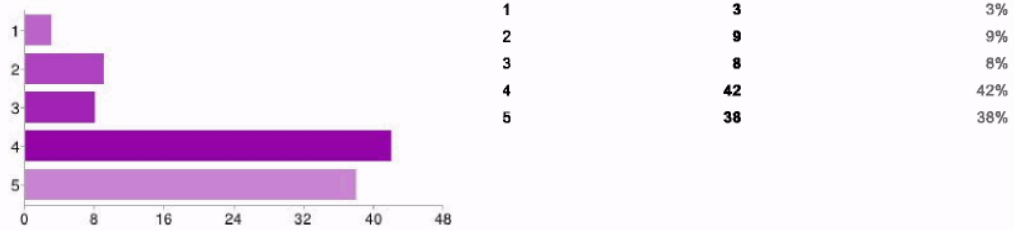
**Оцініть ставлення до Вас обслуговуючого персоналу відділення? - доброзичливість**



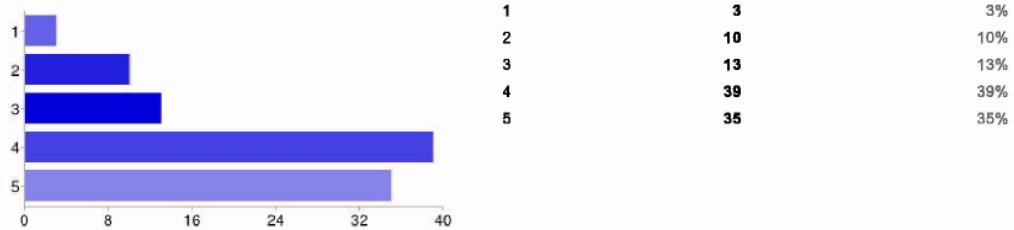
**Оцініть ставлення до Вас обслуговуючого персоналу відділення? - зацікавленість**



**Оцініть ставлення до Вас лікаря? - ввічливість**



**Оцініть ставлення до Вас лікаря? - доброзичливість**



**Оцініть ставлення до Вас лікаря? - зацікавленість**

Рейтинг	Кількість	Відсоток
1	4	4%

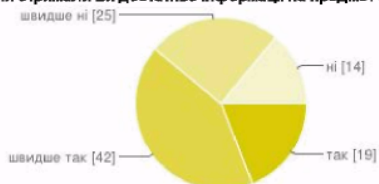


**Чи питали у Вас згоди на лікування?**



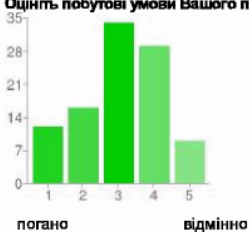
так	76	76%
ні	24	24%

**Чи отримали Ви достатньо інформації на предмет обраної методики лікування та ліків, які використовувалися?**



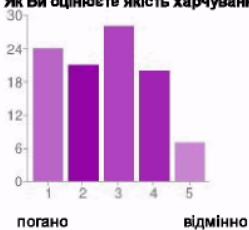
так	19	19%
швидше так	42	42%
швидше ні	25	25%
ні	14	14%

**Оцініть побутові умови Вашого перебування у відділенні, у якому проходило лікування:**



1 - погано	12	12%
2	16	16%
3	34	34%
4	29	29%
5 - відмінно	9	9%

**Як Ви оцінюєте якість харчування у відділенні, у якому проходило лікування:**

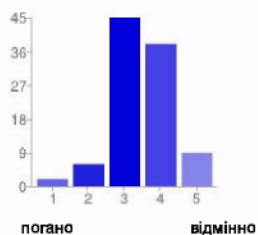


1 - погано	24	24%
2	21	21%
3	28	28%
4	20	20%
5 - відмінно	7	7%

**Як Ви оцінюєте загалом роботу відділення, у якому проходило лікування?**

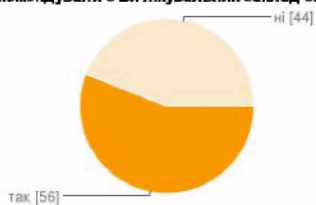
1 - погано	2	2%
2	6	6%
3	45	45%
4	38	38%
5 - відмінно	9	9%





### Загальний висновок

Чи порекомендували б Ви лікувальний заклад своїм знайомим?



так	<b>56</b>	56%
ні	<b>44</b>	44%

### Що на Вашу думку необхідно змінити/покращити в роботі лікувального закладу?

1. Щоб хворий самостійно мав змогу обирати лікаря 2.Щоб лікарі давали вичерпну інформацію про хворобу та методи її лікування(а то часом все відбувається мовчки) 3. Здача аналізів- якось упростити цей процес,тратиться багато часу і також точність аналізів-часом викликає сумніви унеможливити хабарництво, підвищити покарання за невідповідне лікування, хамство, байдужість, некомпетентність харчування, ставлення персоналу, матеріальна база лікарни 1) Підвищення заробітної плати лікарям до такого рівня, щоб у них з'явилася зацікавленість до пацієнтів, що відповідно потягнуло б за собою сувору відповідь ...