

УДК 614.2:725.511.001.76

В.А. СМІЯНОВ, А.В. СТЕПАНЕНКО, В.Ю. ПЕТРЕНКО, С.В. ТАРАСЕНКО (Суми, Київ)

## ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ ПІДХІД ДО УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Медичний інститут Сумського державного університету  
ДП «Державний експертний центр» МОЗ України  
Міська клінічна лікарня №5

Розроблено організаційно-методологічний підхід, що передбачає функціонування моделі системи управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту, впровадження якої сприятиме підвищенню ефективності прийняття і реалізації управлінських рішень для забезпечення безперервного покращення якості медичної допомоги. Запропоновано систему багаторівневих стратегій забезпечення якості медичної допомоги, що комплексно інтегрує можливі напрямки підвищення якості медичного обслуговування в Україні.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** **якість медичної допомоги, заклад охорони здоров'я, модель системи управління якістю медичної допомоги, внутрішній аудит, система багаторівневих стратегій.**

В Україні забезпечення якості медичної допомоги є однією з найактуальніших проблем, що зазначено у Програмі економічних реформ Президента України на 2010–2014 р.р. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [10].

Зміни у системі забезпечення якості медичних послуг визначають необхідність застосування комплексного, інтегрованого і динамічного підходу до покращення якості, спрямованого на поліпшення результатів роботи системи в цілому, постійну модифікацію та удосконалення якості медичної допомоги [1;4-6;14;15;17].

На державному рівні триває процес формування нормативно-правової бази управління якістю медичної допомоги. Напрацьована законодавча база, засобами якої здійснюється державне регулювання у сфері якості медичного забезпечення населення (законодавчі акти зі стандартизації, ліцензування, акредитації, атестації). Проте дотепер публікації щодо якості були присвячені дослідженням контролю та оцінці якості медичної допомоги на державному і регіональному рівні, вивченню окремих аспектів управління якістю медичних послуг на рівні закладу охорони здоров'я [2;3].

Аналіз існуючої системи контролю та управління якістю медичної допомоги свідчить про відсутність механізмів безперервного покращення якості медичної допомоги у переважній більшості закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) України: не функціонують системи моніторингу, внутрішнього аудиту, навчання персоналу, мотивації. Недосконалою є структурна компонента систе-

ми управління якістю медичної допомоги. Актуальність зазначеної проблеми, її недостатнє вивчення і практична значущість обумовили вибір тематики дослідження.

**Метою дослідження** є розроблення організаційно-методологічного підходу до управління якістю медичної допомоги у ЗОЗ України.

**Матеріали і методи.** При проведенні дослідження були використані методи моделювання, синтезу та наукової абстракції, системно-структурного аналізу, аналітичний, графічний.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Формування сукупності детермінант у системі управління якістю медичної допомоги в ЗОЗ створює каркас можливих напрямків покращення якості медичного обслуговування. На рис. 1 наведені результати побудови системи основних факторів забезпечення якості медичної допомоги в ЗОЗ України за допомогою діаграми Ісікави.

Загальна система основних детермінант забезпечення якості медичної допомоги в ЗОЗ України складається з чотирьох груп факторів:

1) ресурси: обсяг фінансування, медичні кадри, обладнання, умови надання медичної допомоги, ефективність використання ресурсів;

2) управління/організація на рівні держави: ліцензування, акредитація, стандартизація, зовнішній аудит, механізми фінансування (фінансування за статтями або в межах єдиного бюджету), державне регулювання діяльності суб'єктів господарювання недержавних форм власності галузі охорони здоров'я, уніфіковані клінічні протоколи, система мотивації, медичне страхування, система навчання персоналу;

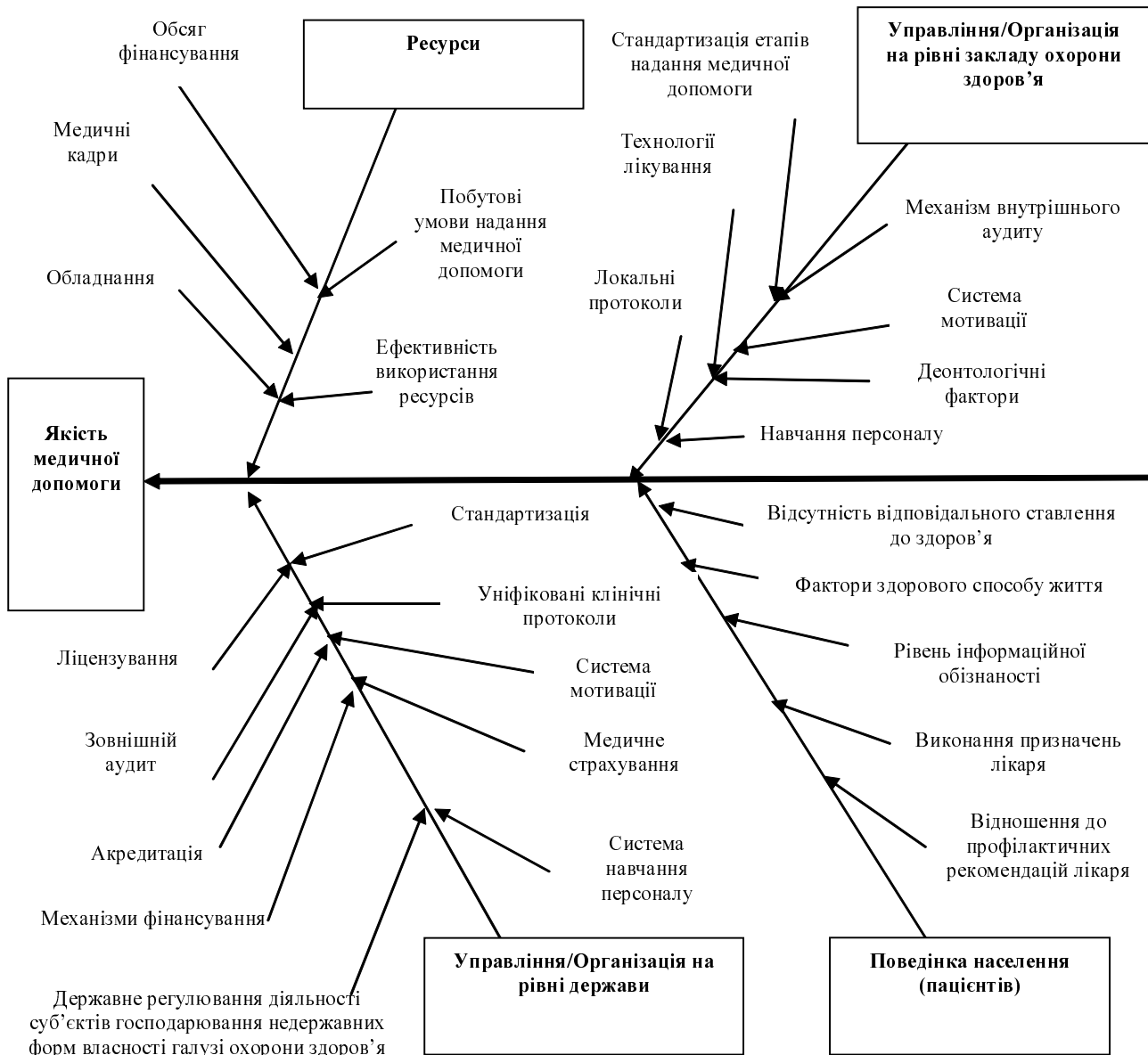


Рис. 1. Загальна система основних факторів забезпечення якості медичної допомоги у закладі охорони здоров'я України (авторська розробка)

3) управління/організація на рівні закладу: стандартизація етапів надання медичної допомоги, технології лікування, локальні протоколи, механізм внутрішнього аудиту, формування сприятливого середовища, система мотивації, деонтологічні фактори, навчання персоналу;

4) поведінка населення (пацієнтів): відсутність відповідального ставлення до здоров'я, фактори здорового способу життя, рівень інформаційної обізнаності, виконання призначень лікаря, ставлення до профілактичних рекомендацій лікаря.

Відповідно було сформовано таку систему багаторівневих стратегій забезпечення якості медичної допомоги в ЗОЗ, що комплексно інтегрують можливі напрямки підвищення якості медичного обслуговування в Україні:

1) ресурсні стратегії, що передбачають екстенсивне використання факторів виробництва у сфері охорони здоров'я (обладнання, кадрів, фінансів). До них належать: стратегія кількісного і якісного збільшення основних фондів ЗОЗ, стратегія нарощування професійного і кількісного зростання медичних кадрів; стратегія зростаючого фінансування. Такі стратегії можуть застосовуватися в умовах достатнього обсягу грошових коштів. Окремі елементи даних напрямків розвитку у сфері якості охорони здоров'я (наприклад, підвищення професійного рівня медичного персоналу ЗОЗ) можуть застосовуватися при реалізації інших груп стратегій;

2) стратегії управління/організації на рівні держави, що спрямовані на модернізацію без-

посередньо системи охорони здоров'я і пов'язані зі зміною механізмів фінансування, управління і підходів до лікування пацієнтів;

3) стратегії зміни поведінки населення (пацієнтів), що пов'язані з формуванням здоров'язберігаючих мотивацій. Вони спрямовані на формування відповідального ставлення населення до свого здоров'я і передбачають проведення ефективних комунікацій для досягнення сталих змін поведінки шляхом адресних взаємодій (рекомендацій);

4) стратегії управління/організації на рівні ЗОЗ, що передбачають застосування процесів внутрішнього аудиту, стандартизації, бенчмаркінгу, мотиваційних чинників тощо як основи підвищення ефективності управління якістю медичної допомоги.

Розглянувши чотири групи факторів системи основних детермінант забезпечення якості медичної допомоги в ЗОЗ України, ми дійшли таких висновків:

1) фактори групи «управління/організація на рівні держави» динамічно розвиваються і впливають на процеси забезпечення якості у сфері охорони здоров'я. Так, впроваджений порядок контролю якості, який є вертикально організованою функціональною системою, що включає усі рівні управління – від МОЗ до окремих лікувальних закладів; прийнята Галузева програма стандартизації медичної допомоги до 2020 року, розроблена та впроваджена «Уніфікована методика з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини», розроблений Державний формуляр лікарських засобів [7-9];

2) сучасний економічний стан економіки унеможлиблює суттєве збільшення ресурсної складової підвищення якості медичного обслуговування, тому актуальними є питання ефективного використання ресурсів;

3) зміна ставлення населення на користь здоров'язберігаючих мотивацій потребує тривалого часу (10–20 років і більше);

4) впровадження системи управління якістю медичної допомоги на рівні ЗОЗ, що є найактуальнішим і перспективним напрямком для швидких змін у покращенні якості медичного обслуговування, оскільки ЗОЗ має сьогодні значний потенціал динамічного і гнучкого реагування на зміни потреб охорони здоров'я у сфері якості, що використовується не у повному обсязі.

Запропонований організаційно-методологічний підхід до управління якістю медичної допомоги передбачає проведення циклічної оцінки якості медичних послуг у ЗОЗ і функціонування моделі системи управління якістю медичної допомоги (рис. 2).

Базовими елементами моделі є нормативно-правове забезпечення управління якістю медичної допомоги (умовно-постійна складова); середовище забезпечення якості медичної допомоги у ЗОЗ і цикл аудиту (умовно-змінна складова).

Існуючий рівень якості медичної допомоги в ЗОЗ визначає змістовно-предметний напрямок внутрішнього аудиту якості. У свою чергу ефективність проведення циклу внутрішнього аудиту залежить від сформованого середовища забезпечення якості медичної допомоги: мотиваційної та структурної компонент, що змінюються під впливом управлінських рішень, прийнятих у результаті кожного проведеного циклу аудиту; та нормативно-правового забезпечення управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.

Нами сформована така послідовність організації системи управління якістю медичної допомоги в ЗОЗ на основі внутрішнього аудиту. Насамперед створюється нормативно-правова база управління якістю медичної допомоги на основі стандартизації у ЗОЗ (розробляються локальні клінічні протоколи, накази, методичні рекомендації, маршрути пацієнтів, внутрішні технологічні стандарти, форми для анкетивання, річні плани тощо).

Одночасно з нормативно-правовою базою у ЗОЗ формується середовище, сприятливе для безперервного покращення якості медичного допомоги, що передбачає:

- лідерство керівництва;
- проведення загальних зборів колективу з роз'ясненням цілей та принципів концепції безперервного покращення якості медичної допомоги (доброзичливості, конфіденційності, використання вже наявних даних, відсутності покарання або обвинувачення у результаті проведення аудиту);

- створення структурної компоненти безперервного покращення якості медичної допомоги: необхідних моно- або мультидисциплінарних груп, до складу яких наказом головного лікаря можуть бути залучені працівники різних підрозділів даного ЗОЗ, споживачі медичних послуг; забезпечення навчання персоналу;

- формування мотиваційної компоненти системи безперервного покращення якості медичної допомоги: системи матеріальної, моральної винагороди за надання якісної медичної допомоги та участі у роботі мультидисциплінарних груп.

Створення середовища, сприятливого до безперервного покращення якості медичного допомоги у ЗОЗ, передбачає здійснення заходів зі зміни ставлення у колективі до проблем якості медичної допомоги (проведення обговорення серед адміністративно-управлінського персоналу у вигляді нарад, семінарів тощо; широке використання традиційних форм роботи: ранкові

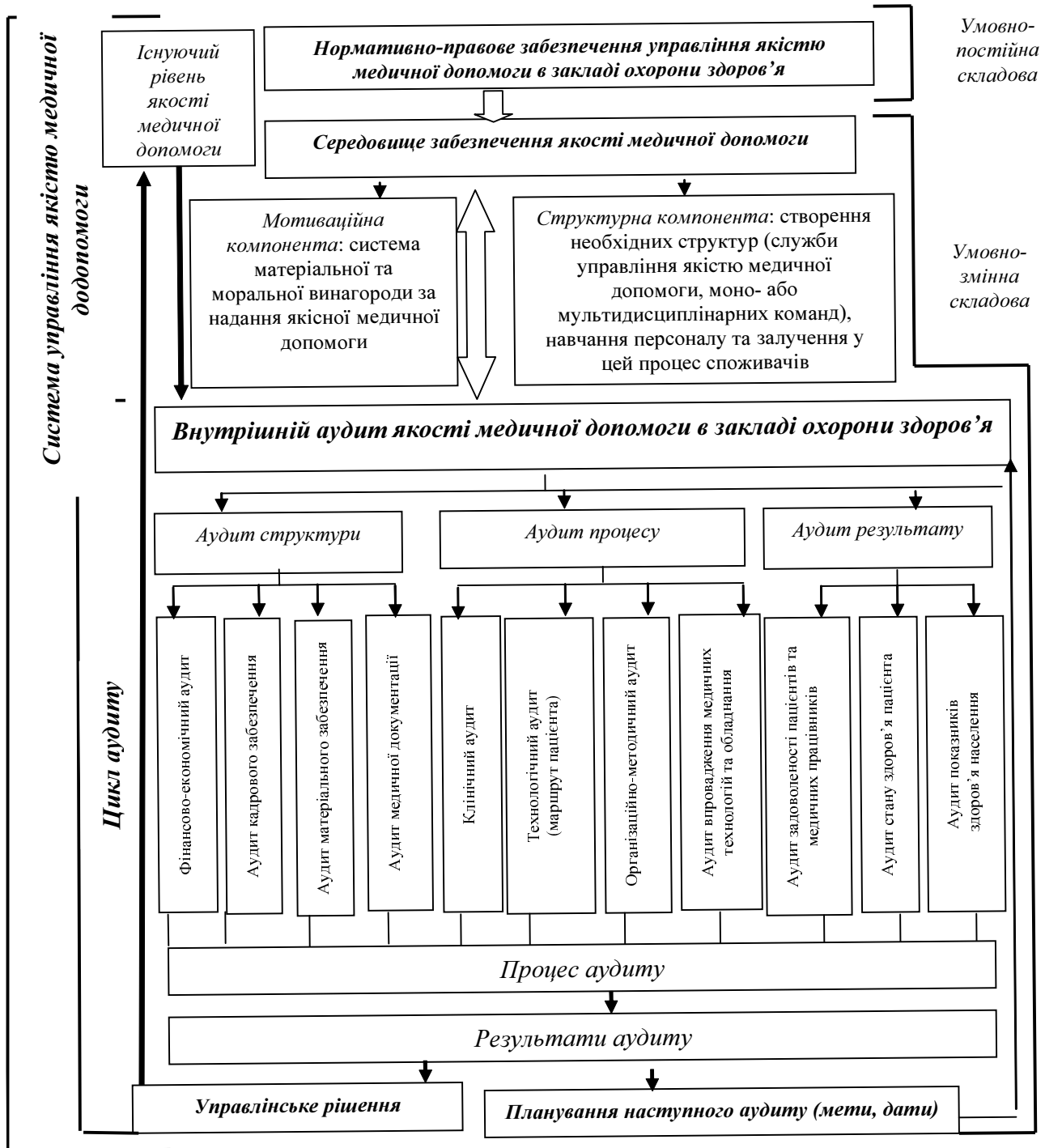


Рис. 2. Загальна модель управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту (авторська розробка)

конференції у підрозділах, клінічні конференції, засідання медичних рад, де питання управління якістю мають стати пріоритетними тощо) [11].

Однією з умов успішної реалізації політики у сфері якості є формування мотивації у персоналу медичної організації до якісного виконання своєї роботи і до активної участі у процесах управління якістю.

Сформоване сприятливе до безперервного покращення якості медичної допомоги середо-

вище уможливує проведення внутрішнього аудиту.

Для підвищення ефективності практичного впровадження механізму внутрішнього аудиту у ЗОЗ пропонуємо таку класифікацію видів внутрішнього аудиту за критеріями аналізу і перевірки.

Перша група – аудит структури – включає такі види: фінансово-економічний аудит, аудит кадрового забезпечення, аудит матеріального забезпечення, аудит медичної документації.

Критеріальною базою видів аудиту структури виступають: фінансово-економічного аудиту – медико-економічні нормативи і розрахунки; аудиту кадрового забезпечення – необхідний кваліфікаційний склад та нормативна укомплектованість персоналу медичного закладу; аудиту матеріального забезпечення – табелі оснащення ЗОЗ, що визначають необхідний мінімальний перелік обладнання, устаткування та засобів, необхідних для проведення медичних процедур за відповідними стандартами медичної допомоги і клінічними протоколами; аудиту медичної документації – якість ведення медичної документації (заповнення медичних документів – змістове та хронологічне).

*Друга група* – аудит процесу – включає такі види: клінічний аудит, технологічний аудит, організаційно-методичний аудит, аудит впровадження медичних технологій та обладнання.

Критеріальною базою видів аудиту процесу є: клінічного аудиту – локальні клінічні протоколи, які визначають обов'язкові дії з профілактики, діагностики і лікування на основі доказової медицини; технологічного аудиту – показники локальних клінічних протоколів, результати хронометражу етапів надання медичної допомоги і тривалості міжетапних періодів, кращі нормативи медичної практики ЗОЗ, які встановлені експертним шляхом; організаційно-методичного аудиту – організаційно-методичне та нормативно-правове забезпечення діяльності ЗОЗ, дотримання виконавчої дисципліни, комп'ютеризація, ви-

користання інформаційно-комунікаційних технологій; аудиту впровадження медичних технологій та обладнання – показники ефективності діяльності закладу охорони здоров'я.

*Третя група* – аудит результату – включає такі види: аудит задоволеності пацієнтів та медичних працівників, аудит стану здоров'я пацієнта, аудит показників здоров'я населення [13]. Думка пацієнтів та медичних працівників є основою порівняння при проведенні аудиту задоволеності пацієнтів та медичних працівників.

Критеріальною базою аудиту показників здоров'я населення є статистичні звіти. Огляди статистичних звітів надають можливість зіставляти показники, виводити динамічні ряди з метою дослідження рівня якості наданої медичної допомоги.

Вибір виду внутрішнього аудиту і критеріальної бази визначають особливості його проведення: підбір фахівців, які входять до робочої групи; обсяг первинної документації для збору інформації; елементи внутрішнього середовища ЗОЗ, що потребують змін. Тобто дієвість внутрішнього аудиту визначається функціонуванням існуючої моделі системи управління якістю медичної допомоги в ЗОЗ.

Цикл внутрішнього аудиту якості медичної допомоги складається з п'яти етапів – планування, підготовка аудиту, проведення аудиту, впровадження змін, моніторинг та оцінка впроваджень, на кожному з яких застосовуються певні інструменти управління якістю (рис. 3).

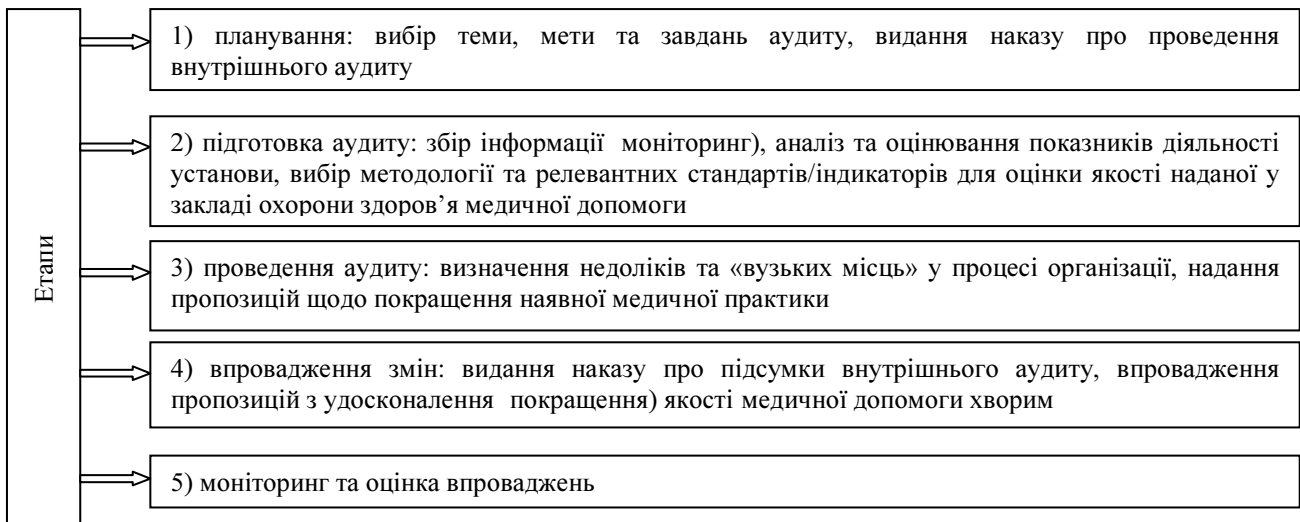


Рис. 3. Етапи внутрішнього аудиту (авторська розробка на основі [11,16])

На першому етапі внутрішнього аудиту – планування в закладі охорони здоров'я – видається наказ про проведення внутрішнього аудиту, де вказується мета і завдання аудиту.

Вибір теми є важливим етапом внутрішнього аудиту. Тема аудиту має бути актуальною та локальною, спрямованою на покращення клінічних, соціальних, епідеміологічних, профілактичних й

інших аспектів діяльності ЗОЗ. Тему аудиту, як правило, визначає головний лікар, що орієнтується на статистичні дані, результати моніторингу задоволеності пацієнтів, протоколи, дані аналізу скарг. Наприклад, проблемою може бути збільшення випадків ускладнень у хворих артеріальною гіпертензією за рік, збільшення середнього показника ліжко-днів у післяопераційних

хворих, низький рівень відвідування сімейного лікаря диспансерних хворих, збільшення кількості скарг. Потім встановлюються мета і завдання внутрішнього аудиту, що мають відповідати таким критеріям: бути специфічними (наприклад, зменшення кількості післяопераційних ускладнень); вказувати на цільову аудиторію або систему, на яку вона спрямована (для пацієнтів з артеріальною гіпертензією); бути вимірюваними (час перебування хворого у приймальному відділенні); вказувати тривалість періоду, протягом якого планується покращення якості медичної допомоги, що надається.

Етап підготовки аудиту передбачає: а) вибір методології: аналіз первинної документації, звітів, відповідності процесу лікування локальним протоколам, стандартам, моніторинг думки пацієнтів тощо; б) визначення стандартів та індикаторів якості медичної допомоги з даної теми.

Індикаторами можуть бути показники, які зазначені у офіційних протоколах або самостійно розроблені у ЗОЗ.

Стандартами можуть бути клінічні практичні керівництва, клінічні протоколи, що є покроковою інструкцією виконання певної процедури (наприклад, протокол з переливання крові), показники кращих практик тощо.

На етапі проведення аудиту аналізується накопичена інформація, виявляються недоліки та «вузькі місця» у процесі організації медичної допомоги в ЗОЗ; розробляються та надаються пропозиції щодо покращення наявної медичної практики, які оформляються протоколом засідання мультидисциплінарної групи.

Для оптимального вивчення процесу, який підлягає аудиту, та підбору членів мультидисциплінарної команди бажаним є графічне зображення основних етапів процесу, який планується покращити, що дозволяє досліджувати усі етапи і взаємозв'язки надання медичної допомоги. Доцільним є також хронометраж процесу у логічній послідовності.

Особливу увагу, на наш погляд, слід приділяти відстеженню тривалості та покращенню менеджменту міжетапного часового проміжку, оскільки більшість пацієнтів висловлюють незадоволення з приводу організації саме в міжетапні часові проміжки надання медичної допомоги у ЗОЗ (черги у поліклініці; очікування початку лікування у приймальному відділенні; очікування оформлення документанції тощо).

Побудова маршруту пацієнта надає можливість чітко визначити виконавців, які потім можуть бути включені до складу мультидисциплінарної команди, виявити проблемні осередки у забезпеченні якості медичного обслуговування.

У процесі надання медичної допомоги необхідно відзначити такі етапи:

- ті, що дублюються (наприклад, і лікар, і медсестра вимірюють артеріальний тиск і температуру; повторні лабораторні та інструментальні обстеження планових хворих у стаціонарі);
- неясні (наприклад, невідомо, що відбувається з пацієнтом після виписки зі стаціонару або після амбулаторного лікування);
- симптоми «м'ячика» (наприклад, пацієнта з незрозумілим діагнозом скеровують до різних спеціалістів, хоча більшість обстежень міг призначити один лікар);
- симптоми «вузького горлечка» – симптоми скупчення людей, роботи тощо (наприклад, часто біля дверей рентген-кабінету скупчується черга);
- непотрібні кроки (наприклад, пацієнта просять здати неспецифічні аналізи при профілактичному огляді; необов'язкові консультації спеціалістів) [11].

Після зібрання даних мультидисциплінарна команда їх аналізує та інтерпретує.

На етапі впровадження змін видається наказ по закладу про підсумки внутрішнього аудиту та впровадження пропозицій з удосконалення якості медичної допомоги з визначенням терміну повторного аудиту. Потім відбувається впровадження, реєструються проблеми, що виникають.

Останній етап аудиту включає моніторинг та оцінку впроваджень. Тобто після впровадження заходів важливо продовжувати моніторинг і збір даних з метою виявлення позитивних або негативних наслідків системного впровадження певного заходу у ЗОЗ. На цьому етапі формується підсумкова оцінка ефективності внутрішнього аудиту та закріплюються досягнуті покращення в закладі. Для цього потрібно порівняти дані моніторингу до і після заходу, виявити, чи покращено запланованому, перевірити, чи все зареєстровано, підвести підсумки і зробити висновки.

На основі висновків мультидисциплінарна команда має прийняти рішення про внесення коректив у захід; визначити, які зміни мають бути зроблені; за відсутності покращення – оцінити отриманий результат; за наявності покращення – визначити можливості його поширення і закріплення у власній практиці ЗОЗ.

### Висновки

1. Розроблено систему багаторівневих стратегій забезпечення якості медичної допомоги, що комплексно інтегрують напрямки підвищення якості медичного обслуговування в Україні.

2. Запропоновано класифікацію видів внутрішнього аудиту за критеріями аналізу і перевірки для підвищення ефективності практичного впровадження механізму внутрішнього аудиту, а саме: 1) аудит структури: фінансово-економічний аудит, аудит кадрів, аудит матеріального забезпечення, аудит медичної документації; 2) аудит процесу: клінічний аудит, технологічний аудит,

організаційно-методичний аудит, аудит ефективності впровадження медичних технологій; 3) аудит результату: аудит задоволеності пацієнтів та медичних працівників, аудит стану здоров'я пацієнтів, аудит стану здоров'я населення.

3. Розроблено організаційно-методологічний підхід до управління якістю медичної допомоги, що передбачає функціонування моделі системи управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту. Базовими елементами моделі є нормативно-правове забезпечення управління якістю медичної допомоги (умовно-постійна складова); середовище забезпечення якості медичної допомоги у ЗОЗ і цикл аудиту (умовно-змінна складова). Умовно-постійна складова визначає базові положення процесів управління

якістю, умовно-змінна складова – умови ефективного управління якістю медичних послуг і дієвість внутрішнього аудиту. Дана модель сприятиме підвищенню ефективності прийняття і реалізації управлінських рішень для забезпечення безперервного покращення якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.

4. Розроблена модель управління якістю медичної допомоги на основі внутрішнього аудиту впроваджена в заклади охорони здоров'я м. Суми [18].

**Перспективи подальших досліджень** полягають у розробленні індикаторів ефективності функціонування медико-соціальної моделі системи управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я України.

### Список літератури

1. Вуори Х. В. Обеспечение качества медицинского обслуживания. Концепция и методология / Х. В. Вуори. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 1985. – 179 с.
2. Горачук В. В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я : монографія / В. В. Горачук. – Вінниця: ТОВ «Меркьюрі-Поділля», 2012. – 213 с.
3. Зіменковський А. Б. Наукове обґрунтування концептуальної моделі управління якістю в охороні здоров'я України шляхом системного розвитку медичної стандартизації : автореф. дис. ... д-ра мед. наук зі спеціальності 14.02.03 – соціальна медицина / А. Б. Зіменковський. – К., 2007. – 32 с.
4. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / О. П. Щепин, В. И. Стародубов, Г. И. Линденбратен, Г. И. Галанова. – М. : Медицина, 2002. – 176 с.
5. Москаленко В. Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст : монографія / В. Ф. Москаленко. – К. : Книга-плюс, 2008. – 320 с.
6. Основи організації та управління системою охорони здоров'я / Б. П. Криштопа та [ін.] // Панорама охорони здоров'я населення України. – К. : Здоров'я, 2003. – С. 100–115.
7. Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року : наказ МОЗ України № 597 від 19.09.2011 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=12748>. – Назва з екрану.
8. Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини : наказ МОЗ України № 102/18 від 19.02.2009 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20090219\\_102\\_.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090219_102_.html). – Назва з екрану.
9. Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я : наказ МОЗ України № 529 від 22.06.2009 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1003-09>. – Назва з екрану.
10. Програма економічних реформ на 2010-2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://president.gov.ua/docs/Programa\\_reform\\_FINAL\\_1.pdf](http://president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_1.pdf). – Назва з екрану.
11. Рахманова Н. Внедрение проектов повышения качества медицинского обслуживания на уровне первичного звена здравоохранения / Н. Рахманова, Н. Нармухамедова. – Ташкент, 2007. – 148 с.
12. Рекомендації щодо подальшого розвитку вторинної медичної допомоги в Україні. Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги в Україні: інструменти управління якістю / Гр. Росс та [ін.]. – К., 2009. – 44 с.
13. Сміянов В. А. Особливості застосування внутрішнього аудиту в закладах охорони здоров'я / В. А. Сміянов // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 2. – С. 113–117.
14. Степаненко А. В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я / А. В. Степаненко, В. А. Сміянов // Східноєвроп. журн. громад. здоров'я. – 2012. – № 2-3. – С. 64–67.
15. Ярош Н. П. Проблеми та завдання у сфері впровадження державних соціальних стандартів надання медичної допомоги населенню України / Н. П. Ярош // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 3. – С. 63–67.
16. Benjamin A. Audit: how to do it in practice / A. Benjamin // BMJ. – 2008. – № 336. – P. 1241–1245. [Electronic resource]. – URL: <http://bmj.com/cgi/content/full/336/7655/1241#responses>. – Title from a screen.
17. Qvretveit J. Каковы оптимальные стратегии улучшения качества стационарной помощи? What are the best strategies for ensuring quality in hospitals? / J. Qvretveit. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2003. – 33 с. – [Електронний ресурс] – Режим доступу : [www.euro.who.int/document/e82995.pdf](http://www.euro.who.int/document/e82995.pdf).
18. Smeyanov V. A. Development and implementation of the internal audit mechanisms to be used in the health care facilities / V. A. Smeyanov, S. V. Tarasenko, O. I. Smeyanova // Georgian Medical News. – 2013. – Vol. 6 (219). – P. 58–60.

**ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К УПРАВЛЕНИЮ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*В. А. Смянов, А.В. Степаненко, В.Ю. Петренко, С.В. Тарасенко (Сумы, Киев)*

Разработан организационно-методологический подход, предусматривающий функционирование модели системы управления качеством медицинской помощи на основе внутреннего аудита, внедрение которой будет способствовать повышению эффективности принятия и реализации управленческих решений для обеспечения непрерывного улучшения качества медицинской помощи. Предложена система многоуровневых стратегий обеспечения качества медицинской помощи, комплексно интегрирующая возможные направления повышения качества медицинского обслуживания в Украине.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** качество медицинской помощи, учреждение здравоохранения, модель системы управления качеством медицинской помощи, внутренний аудит, система многоуровневых стратегий.

**ORGANIZATIONAL AND METHODOLOGICAL APPROACH OF MEDICAL CARE QUALITY MANAGEMENT IN HEALTH CARE FACILITY**

*V.A. Smiianov, A.V. Stepanenko, V.Yu. Petrenko, S.V. Tarasenko (Sumy, Kyiv)*

Model of health care quality management based on internal audit, implementation of which gives the feasibility to make and implement the managerial decisions to provide continuous medical care quality in a health care facility improvement has been developed. System of multi-level strategies that complex integrates possible ways to improve the quality of medical care in health care facilities of Ukraine has been proposed.

**KEY WORDS:** medical care quality, health care institution, model of medical care quality management, internal audit, system of multi-level strategies.

Рукопис надійшов до редакції 01.08.2013  
*Рецензент:* д.держ.упр. Н.П. Ярош