

ЯКІСТЬ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЯК ПРЕДМЕТ УПРАВЛІНСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В ОРГАНІЗАЦІЇ

*А. В. Бардась, д. е. н., професор, НТУ «Дніпровська політехніка»,
bardas.a.v@nmu.one, orcid.org/0000-0002-8309-3796,*

*В. В. Ханов, аспірант кафедри менеджменту, НТУ «Дніпровська політехніка»,
khanov.V.V@nmu.one, <https://orcid.org/0000-0002-8309-3796>*

Методологія дослідження. При проведенні дослідження застосовано методи аналізу та синтезу (вивчення змісту категорії «якість» на підставі її вимірів, атрибутів та критеріїв), порівняльного аналізу (співставлення різних підходів до визначення якості з позицій дослідників та стейкхолдерів), узагальнення, класифікації та систематизації наукових підходів, а також системного (розгляд якості як результату взаємодії інтересів стейкхолдерів, ресурсів, процесів та результатів), процесного підходів (дослідження сутності процесу надання медичної послуги) і концептуального моделювання (графічного узагальнення) при обґрунтуванні чинників, що впливають на якість медичних послуг, та формуванні рекомендацій щодо удосконалення систем управління якістю в медичних організаціях.

Результати. У статті узагальнено підходи до визначення якості як такої та якості медичних послуг з позицій основних стейкхолдерів (пацієнтів, медичного персоналу, медичних організацій, системи соціального забезпечення та держави) та показано, що оцінювання якості в медичних організаціях має багатовимірний характер, поєднуючи клінічні, організаційні та управлінські складові. Систематизовано наявні в літературі визначення категорії «якість медичних послуг» і виокремлено характеристики якості як результату взаємодії ресурсів, процесу надання послуги та досягнутих результатів. Узагальнено причини запровадження систем менеджменту якості в медичних організаціях і очікувану результативність від їх упровадження. Структуровано фактори, що впливають на якість медичної допомоги, із групуванням за рівнями/джерелами впливу.

Новизна. В процесі дослідження систематизовано підходи до визначення якості медичних послуг в організації з позицій різних стейкхолдерів і запропоновано її розгляд як результату взаємодії ресурсів, процесів і результатів надання послуг. Структуровано систему факторів впливу на якість медичних послуг та представлено концептуальну модель їх взаємозв'язку.

Практична значущість. Практична цінність полягає у формуванні рекомендацій щодо удосконалення систем управління якістю в медичних організаціях, зокрема через впровадження процесного та системного підходів і орієнтацію на інтереси стейкхолдерів. Отримані результати можуть бути використані керівниками для підвищення ефективності діяльності та конкурентоспроможності керованих ними медичних організацій.

Ключові слова: організація, системи управління якістю, конкурентоспроможність, менеджмент якості, менеджмент.

Постановка проблеми. Сучасний світ характеризується комерціалізацією багатьох видів діяльності, які ще в минулому столітті сприймалися як сфера відповідальності держави та слугували суспільному благу. Науково-технічна революція, процеси глобалізації, інфляція та зменшення частки держав-

ного сектору у ВВП країн, а також нові виклики, зумовлені загостренням конкуренції за бюджетне фінансування в умовах демографічної кризи, воєнного протистояння, пандемічних загроз та кліматичних змін, посилення міграційних процесів змушує навіть такі традиційно некомерційні сфери діяль-

ності як освіта та медицина все більшою мірою переходити на комерційні рейки та забезпечувати свою самоокупність.

Описані виклики, цілком очевидно, супроводжуються зростанням невизначеності середовища функціонування організацій, зокрема й медичних, а водночас вимагають від їхнього керівництва забезпечення прозорості витрат та демонстрування позитивних результатів діяльності для того, аби в широкому сенсі виправдовувати суспільні очікування та обґрунтовувати доцільність збільшення (або збереження) рівня фінансування в ситуації, яку можна описати в такий спосіб: «розмір спільного пирога (державного та місцевих бюджетів) зростає меншими темпами, аніж кількість потенційних бажаючих його розподілити та їхні апетити (альтернативні напрямки фінансування та кількість зацікавлених в його одержанні). Реакцією на усе зазначене є спроба реформувати медичну галузь та зростання кількості медичних організацій, що працюють на засадах самоокупності, причому частково втрати на надання лікарських послуг покриває держава та місцеві органи влади, а частково – самі споживачі. А реакцією керівництва організацій на стан реформування, залежність від зовнішніх джерел фінансування, необхідність забезпечення результативності стає використання бізнес-інструментів, серед яких важливе місце належить системам управління якістю. Використання таких систем вимагає від керівників застосування постулатів процесного та системного підходів у менеджменті, налагодження системи звітності, формування культури професіоналізму та відповідальності за власні дії, підвищення рівня компетентності, дотримання регламентів та процедур надання послуг, а головне – увага до інтересів отримувачів послуг. Саме внаслідок сукупності таких обставин актуальності набувають питання, пов'язані з дослідженням управління якістю послуг в українських медичних організаціях різних форм власності, оскільки якість медичних послуг безпосередньо визначає конкурентоспроможність медичних організацій та їхні перспективи розвитку.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Питання управління якістю послуг з другої половини минулого століття залишається

предметом уваги іноземних вчених, серед яких варто виділити А. Фейгенбаума [1] з описаною ним концепцією дотримання параметрів якості продукту на етапі його створення та необхідності активного втручання керівників в операційні процеси для усунення передумов виникнення відхилень від стандартів у майбутньому, дослідження принципів якості у роботах Дж. Діна та Д. Бовіна [2], якості як управлінської категорії в роботах того ж А. Фейгенбаума [3], Т. Петерса та Р. Вотермена [4], Г. Гільмора [5], П. Кросбі [6], Дж. Джурана [7], А. Парасурамана [8] та А. Мосадеграда [9].

Серед українських авторів привертає увагу робота Шкільняка М. М. та Кривокульської Н. М. [10], у якій висловлюється думка, що переважна більшість викликів, які стосуються управління якістю медичних послуг в організаціях (закладах) охорони здоров'я, зумовлені інституційними причинами, що робить доцільним вивчення діяльності таких закладів як соціальних систем, які функціонують у динамічному зовнішньому середовищі. Підкреслюється, що запорукою підвищення якості таких послуг є професіоналізація керівних кадрів, зокрема за рахунок розвитку компетентностей стратегічного планування, управління персоналом, налагодження та підтримання внутрішніх і зовнішніх комунікацій, управління змінами та інноваціями, управління конфліктами, а також організовування командної взаємодії. Дмитрук О. В. та Свінцицька О. М. підкреслюють роль управління персоналом медичних організацій у забезпеченні якості послуг з охорони здоров'я, приділяючи особливу увагу адаптуванню співробітників до змін внутрішнього та зовнішнього середовища, що дозволяє підвищити ефективність функціонування закладів [11]. В статті Дзяка Г. В., Лехана В. М., Березницького Я. С. підкреслюється, що якість медичних послуг має безпосередній стосунок до стратегічного управління медичною організацією [12].

Так, у роботі Мушта В. А. та Оводенка В. В. [13] зазначається, що на момент початку реформи система охорони здоров'я не задовольняла потреби суспільства в якісних медичних послугах, що автори пояснювали відсутністю залежності між якістю наданих організацією медичних послуг та видатками

на її фінансування, наслідком чого ставав брак мотивації медичного персоналу до удосконалення кваліфікації та якісної праці. Серед додаткових факторів, що сприяли низькому рівню мотивації медичних працівників в організаціях, автори відзначали не-ефективне використання коштів державного та місцевих бюджетів, що спрямовувалися на утримання медичних закладів та оплату праці лікарів, дублювання надання медичних послуг в організаціях різного рівня медичної допомоги, а також обмежене право медичних закладів використовувати наявні у них фінансові ресурси. В якості аргументів автори наводять статистику: на 100 тис. населення в Україні припадало 5,6 лікарень, тоді як у країнах ЄС цей показник в середньому становив 2,6; кількість ліжок-місць в Україні становила 868 на 100 тис. населення, а в десяти найбільших країнах ЄС – 644; кількість лікарів на 100 тис. населення в Україні становила 302, у десяти найбільших країнах ЄС – 261. Варто зазначити, що наведені авторами аргументи є дискусійними, оскільки менша кількість лікарень та лікарів на частку населення далеко не завжди є індикаторами більш високої якості медичних послуг, а доволі часто, навпаки, є свідченням труднощів в їх отриманні. Разом з тим, не можна не погодитися з їхньою думкою, що українська система була надто дорогою для країни і геть не враховувала реальних можливостей національної економіки з точки зору фінансового забезпечення сектору медичних послуг.

У роботі Семенів І. П., Котузи А. С. та Строканя А. М. запропоновано імплементувати індустріальну (виробничу) модель менеджменту якості та технологію безперервного управління якістю, перевагами від запровадження якої має бути досягнення вищого рівня задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг, а головною очікуваною ефективністю – поліпшення взаємодії між внутрішніми структурними підрозділами в медичній організації та підвищення результативності їх діяльності з одночасним скороченням тривалості циклу виконання робіт та оптимізацією витрат [14]. Ткаченко В. І. розглянув роль сертифікації ISO та проаналізував досвід Великої Британії у впровадженні систем управління якістю для оцінювання наданої первинної медичної допомоги [15]. У роботі

Ольховської А. Б. підкреслюється важливість залучення персоналу організації до формування культури якості [16], а особливості впровадження процесного підходу в організаціях проаналізовані у статті Мороза А. [17]. Разом з тим, недостатня увага приділяється питанням управління якістю в медичних організаціях з урахуванням факторів, що впливають на якість медичних послуг, та пропозиціям щодо побудови системи управління якістю в медичних організаціях, чому і буде присвячена дана стаття.

Ще складнішою стає ситуація, коли мова починає йти про якість медичних послуг, оскільки в медицині визначити та виміряти її набагато складніше, аніж в інших секторах. Причиною такої складності є наявність специфічних характеристик, притаманних саме послугам організацій, що працюють у сфери охорони здоров'я: такі послуги в багатьох випадках є нематеріальними, неоднорідними та можуть надаватися одночасно, що ускладнює вимірювання якості. Сама медична послуга у переважній більшості випадків залишається нематеріальним продуктом, а отже не може бути фізично «відчутною»: споживач чи експерт не мають можливості її торкнутися, відчутти, побачити, поранувати чи виміряти на відміну від промислово виготовлених зразків продукції. Натомість, якість медичних послуг залежить від процесу надання послуги, а також взаємодії між споживачем (пацієнтом) і надавачем послуги [19], а також від суб'єктивного відчуття пацієнта та суб'єктивної оцінки ним відповідності свого стану власним же очікуванням. Деякі характеристики якості медичних послуг – такі як своєчасність, сталість (послідовність) та точність – складно виміряти інакше, ніж на основі суб'єктивної оцінки з боку споживача (пацієнта). Оцінювання якості медичних послуг може відрізнятися в залежності від того, хто і де їх отримує (надавачами, пацієнтами, місцями надання та навіть щодня). Така «неоднорідність» може виникати тому, що різні фахівці (наприклад, лікарі, медичні сестри тощо) надають послуги пацієнтам із різними потребами. У сфері послуг складніше встановлювати стандарти якості. Медичні працівники надають послуги по-різному, оскільки відрізняються чинники, зокрема досвід, індивідуальні здібності та

особистісні риси [21]. Ще однією особливістю є відсутність розриву у часі між наданням та споживанням медичних послуг, а самі послуги не можуть бути збережені для подальшого споживання, що ускладнює контроль якості. Таким чином, споживач (пацієнт) не може оцінити якість наданої послуги до моменту її придбання та отримання (споживання) [22]. Дж. Овретвейт визначав якість медичних послуг як «надання допомоги, яка перевищує очікування пацієнта та забезпечує найкращі клінічні результати за наявних ресурсних обмежень» [23]. Овретвейт розробив систему підвищення якості медичної допомоги, що ґрунтується на трьох вимірах якості: професійному, клієнтському та управлінському. Професійний вимір якості базується на поглядах експертів-фахівців щодо того, чи були потреби споживача задоволені із застосуванням визначених управлінських методик і процедур. Клієнтський вимір якості описує те, чи безпосередні отримувачі послуг вважають (на рівні суб'єктивного відчуття), що вони отримують від цих послуг саме те, чого прагнуть. Управлінська якість полягає в забезпеченні надання послуг із ресурсною ефективністю. Як зазначають автори [24], належна якість медичної допомоги означає «надання пацієнтам необхідних послуг із відповідною технічною компетентністю за умов якісної комунікації, спільного ухвалення рішень і наявності відповідної організаційної культури (культурної чутливості)». Згідно з поглядами К. Лора, якість медичної допомоги є «ступенем, до якого послуги охорони здоров'я для окремих осіб і населення підвищують ймовірність досягнення бажаних результатів у сфері охорони здоров'я та відповідають сучасним професійним знанням» [25]. А. Мосадеград визначав якість медичної допомоги як «стале забезпечення високої задоволеності пацієнта шляхом надання дієвих, ефективних і результативних медичних послуг відповідно до найбільш актуальних клінічних настанов і стандартів, які відповідають потребам пацієнтів та задовольняють надавачів послуг» [9].

Формулювання мети статті. Метою статті є:

1) дослідження змісту уявлень про якість взагалі та якість медичних послуг, зокрема;

2) визначення факторів, які впливають на якість надання медичних послуг;

3) розроблення рекомендацій щодо удосконалення такої системи у медичних організаціях.

Виклад основного матеріалу дослідження. Класик науки менеджменту Генрі Мінцберг [18] розглядав медичні організації як своєрідну форму професійної бюрократії, характерними ознаками якої є те, що організаційна структура тут базується на компетенціях, в першу чергу знаннях та навичках, добре підготовлених професіоналів, які відповідають як за надання різних видів медичної допомоги з дотриманням визначених стандартів та нормативних вимог. Такого роду стандарти впливають на управління діяльністю медичної організації, зокрема на організування роботи медичного персоналу та визначення послідовності та пріоритетності дій фахівців при наданні послуг з охорони здоров'я. Хоча, як вже зазначалося вище, якість залишається важливим індикатором результативності та ефективності функціонування медичної організації з точки зору споживачів послуг, субсидіарів (надавачів коштів) та керівників, проте з огляду на її суб'єктивну природу та нематеріальні характеристики визначати та вимірювати її доволі складно. Додаткові труднощі створює відсутність універсального визначення категорії «якість», а отже її розуміння може варіюватися в широких межах в залежності від контексту та поглядів дослідника. Зокрема, якість визначають як «цінність» [3]; «досконалість» [4]; «відповідність специфікаціям» [5]; «відповідність вимогам» [6]; «придатність для використання» [7]; «забезпечення та перевищення очікувань споживачів» [8]; або як «стабільне забезпечення високої задоволеності клієнта за рахунок надання продуктів та послуг відповідно до найновіших функціональних специфікацій, які відповідають явним і неявним потребам клієнта та перевищують їх, а також задовольняють виробника/надавача послуг» [9]. Мосадеградом було ідентифіковано 182 атрибути якості медичної допомоги, які він згрупував у п'ять категорій: середовище, емпатія, ефективність використання ресурсів, результативність та дієвість. Відповідно до його теорії якісна медична до-

помога має характеризуватися наявністю, фізичною та географічною доступністю, фінансовою досяжністю, прийнятністю, доречністю, компетентністю, своєчасністю, приватністю, конфіденційністю, уважністю, турботливістю, чуйністю, підзвітністю, точністю, надійністю, комплексністю, безперервністю, справедливістю, зручністю та матеріально-технічним забезпеченням [9; 20].

Всесвітня організація охорони здоров'я визначає якість медичної допомоги, в узагальненому вигляді, як надання кожному пацієнту повного спектру діагностичних та терапевтичних процедур, які забезпечать найкращий результат для його здоров'я, відповідно до сучасного стану медичної науки, за найнижчою ціною за той самий результат, з найменшим ятрогенним ризиком та з найбільшим задоволенням від процедур, результатів та людського контакту в системі охорони здоров'я [26]. Спираючись на наведене трактування якості, можна дійти висновку, що основою якості наданих медичних послуг є не лише традиційна медична та доглядова діяльність, але й уся сукупність функцій медичної організації, зокрема таких як контролювання витрат, управління ризиками та задоволення користувачів медичних послуг. Наведене вгорі визначення підкреслює, що окремі виміри якості медичної допомоги не можуть ґрунтуватися виключно на відданості справі медичних працівників, а сприйняття якості має бути системним та загальним стосовно медичної організації, з урахуванням рівня професійної підготовки персоналу, технологічної оснащеності лікарні, доступу до сучасної бази знань, ставлення пацієнтів до рекомендацій лікарів та сприйняття пацієнтами лікарських процедур та медичних утручань.

Інше визначення належить видатному вченому та відомому експерту зі створення систем управління якістю в медичних організаціях А. Донабедяну. Він зазначав, що «високоякісною медичною допомогою є та, що спрямована на максимальне покращення самопочуття пацієнтів з урахуванням співвідношення користі/ризиків на кожному етапі процесу догляду» [27]. Саме цьому дослідникові належить визначення трьох основних складових, що визначають рівень якості медичної допомоги в медичній організації, а

саме:

1) ресурсів організації, що узагальнюють усі те обладнання, прилади, приміщення, що використовуються в процесі медичної допомоги;

2) організаційних процесів, що описують зміст медичної допомоги, що надається пацієнтам, та рівень її відповідності попередньо встановленим правилам і стандартам;

3) якості життя у суспільстві, яка впливає на стан здоров'я пацієнта, ймовірність виживання, прогрес у відновленні стану здоров'я, а також задоволеність від наданої організацією медичної допомоги.

При цьому, як зазначав А. Донабедян, якість медичної допомоги може вимірюватися на основі її ефективності, яка відображається в результатах медичної допомоги з точки зору стану здоров'я після курсу медичної допомоги, а також з точки зору пацієнта; та її результативності, яка пов'язує результати медичної допомоги з використаними ресурсами. Іншими вимірами якості є доступність медичної допомоги, яка підсумовується ступенем її відповідності уподобанням та цінностям пацієнта; а також легітимність (охоплює цінності суспільства) та справедливість [27].

На думку фахівців Американської медичної асоціації (незалежної некомерційної організації), яка була оприлюднена ними у 1984 році, якісна медична допомога значною мірою сприяє підвищенню або підтримці якості життя та/або тривалості життя [28].

Неприбуткова незалежна організація Національна академія медицини США (до 2015 року – Інститут медицини) пропонує якість медичних послуг розглядати крізь призму їхньої здатності підвищувати ймовірність досягнення бажаних результатів для окремих осіб та населення у сфері охорони здоров'я, відповідно до сучасних професійних знань [29]. Варто зауважити, що розглянуті вище визначення категорії «якість» значною мірою залежать від бачення (сприйняття) корисності наданих послуг та суб'єктивного оцінювання пацієнтом відповідності отриманого результату лікування власним очікуванням. Таким чином, з точки зору управлінців, інструментальне оцінювання якості послуги здійснюється шляхом вимірювання думки

користувача, оскільки сприйняття користувачем якості медичної допомоги є важливим аспектом поряд з вимірюванням результатів.

У більш стислому вигляді уявлення дослідників про зміст поняття «якість медичних послуг» наведено в табл. 1.

Таблиця 1

Визначення категорії «якість медичних послуг»

№	Автор	Визначення
1	Маклафлін К., Калюжни А.	процес надання послуги, а також взаємодія між споживачем (пацієнтом) і надавачем цієї послуги
2	Овретвейт Дж.	надання допомоги, яка перевищує очікування пацієнта та забезпечує найкращі клінічні результати за наявних ресурсних обмежень
3	Шустер М., Макглін Е. Брук Рю.	надання пацієнтам необхідних послуг із відповідною технічною компетентністю за умов якісної комунікації, спільного ухвалення рішень і наявності відповідної організаційної культури (культурної чутливості)
4	Лор К.	ступень, до якого послуги охорони здоров'я для окремих осіб і населення підвищують ймовірність досягнення бажаних результатів у сфері охорони здоров'я та відповідають сучасним професійним знанням
5	Мосадеград А.	стале забезпечення високої задоволеності пацієнта шляхом надання дієвих, ефективних і результативних медичних послуг відповідно до найбільш актуальних клінічних настанов і стандартів, які відповідають потребам пацієнтів та задовольняють надавачів послуг
6	Всесвітня організація охорони здоров'я	надання кожному пацієнту повного спектру діагностичних та терапевтичних процедур, які забезпечать найкращий результат для його здоров'я, відповідно до сучасного стану медичної науки, за найнижчою ціною за той самий результат, з найменшим ятрогенним ризиком та з найбільшим задоволенням від процедур, результатів та людського контакту в системі охорони здоров'я
7	Американська медична асоціація	здатність підвищувати ймовірність досягнення бажаних результатів для окремих осіб та населення у сфері охорони здоров'я відповідно до сучасних професійних знань
8	Національна академія медицини США	сприяння підвищенню або підтримці якості життя та/або тривалості життя

Джерело: сформовано авторами на основі [19; 23–29].

Інформаційна революція та інтенсивний розвиток наукових досліджень в сфері охорони здоров'я вимагають постійного удосконалення діяльності медичних організацій. Таке удосконалення є функціональною змінною від рівня кваліфікованості їх управлінського персоналу та обумовлено зростанням вимог пацієнтів та інших зацікавлених сторін (держави, місцевих органів влади, благодійних та громадських організацій, міжнародних фондів) до якості медичних послуг. Національна академія медицини США зазначає,

що якість медичної допомоги включає такі елементи як безпеку, результативність (ефективність), ефективність використання ресурсів, своєчасність, справедливість та орієнтованість на пацієнта [30].

Схематично причини запровадження систем менеджменту якості та очікувана результативність від цього в медичних установах представлено на Рис. 1.

Підвищення якості лікарняної допомоги стала предметом уваги науковців з країн так званого «англо-американського

кластеру» із 1960-х років країнах, і за підсумками виконаного значного обсягу робіт дослідники дійшли консенсусу в тому, що якість допомоги може бути виражена з кількох поглядів різних стейкхолдерів (учасників) процесу надання допомоги: пацієнта/споживача, фахівця (медичного працівника), закладу охорони здоров'я, системи соціального забезпечення та уряду. Кожна з перелічених тут зацікавлених сторін має різні критерії стандартизації та різне сприйняття якості допомоги.



Рис. 1. Причини запровадження систем менеджменту якості в медичних організаціях
Джерело: розроблено авторами на основі [14].

Якщо брати до уваги точку зору пацієнта, то тут якість залежить від його потреб і очікувань щодо догляду та послуг. Іншими словами – це клінічна результативність: від точності діагностики до ефективності лікування і наданого догляду. Що стосується медичних організацій, то для них якість розгля-

дається як надання допомоги, яка є максимально результативною, характеризується найнижчою вартістю (з урахуванням витрат та ефективності), за умови, що пацієнт повертається до закладу у разі потреби. З точки зору системи соціального забезпечення якість визначається як співвідношення витрат і результатів (з погляду економічної доцільнос-

ті), управління та використання ресурсів для досягнення бажаних результатів щодо здоров'я громадян. Зрештою, для суспільства

якість – це оптимальне використання ресурсів на користь громад і громадянина загалом.

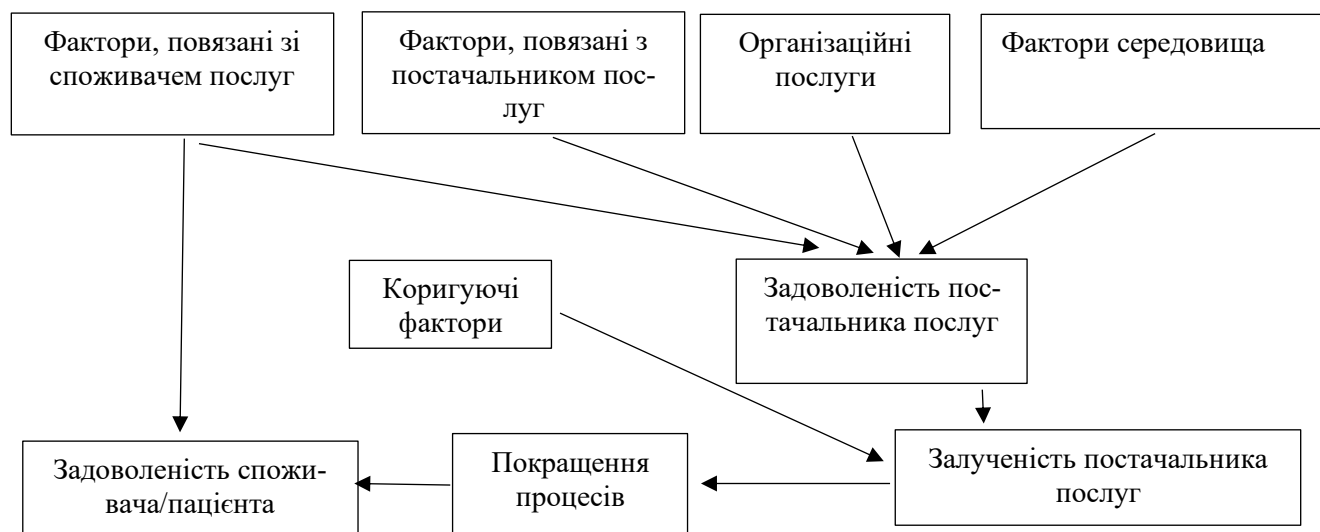


Рис. 2. Фактори, що впливають на якість медичної допомоги
Джерело: [31].

Висновки. Якість надання послуг у медичній організації ґрунтується, з одного боку, на контролі професійних практик, а з іншого – на дотриманні правил і норм, попередньо встановлених керівництвом організації або нормативно-правовими документами. Під якість та контролем професійних практик розуміють володіння знаннями в межах кожної лікарської спеціальності, визначаючи її як технічну майстерність виконання медичної допомоги. Ще в другій половині минулого століття низка американських дослідників систем управління якістю звернула увагу на наявність відмінностей у виконанні медичних і хірургічних процедур, які не пов'язані зі станом пацієнта або навіть із технічними умовами лікарняного середовища. На підставі таких спостережень розроблялися рекомендації з ведення належної практики у медичній організації, що розглядалися як стандартизований опис найкращих медичних дій для конкретного патологічного випадку. У підсумку було розроблено письмові процедури, спрямовані на уникнення ризиків, спричинених усною передачею інформації, розроблено рекомендації, спрямовані на визначення коригувальних дій, які мають мінімізувати вимогами стандартів та фактичним станом речей. Дослідження того, як такі процедури та рекомендації впливають

на результат надання послуг в організації є предметом подальших досліджень авторів у цьому напрямку. В таких дослідженнях увага має бути приділена співставленню двох складових: результатів опитування зацікавлених сторін щодо задоволеності пацієнтів (одержувачів послуг) з результатами об'єктивного контролю стану пацієнтів та наслідків медичного втручання для них.

Література

1. Feigenbaum A. V. Total quality control: engineering and management. New York: McGraw-Hill, 1961.
2. Dean J.W., Bowen D.E. Management theory and total quality: improving research and practice through theory development. *Academy of Management Review*. 1994. Vol. 19, no. 3. Pp. 392-418.
3. Feigenbaum A.V. Quality control: principles, practice, and administration. New York: McGraw-Hill, 1951.
4. Peters T., Waterman R. In search of excellence: lessons from America's best-run companies. New York: Harper & Row, 1982.
5. Gilmore H.L. Product conformance. *Quality Progress*. 1974. Vol. 7. Pp. 16-19.
6. Crosby P. Quality is free. New York: McGraw-Hill, 1992.
7. Juran J. Quality control handbook. 4th ed. New York: McGraw-Hill, 1988.
8. Parasuraman A., Zeithaml V.A., Berry L.L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*. 1985. Vol. 49. Pp. 41-50.

9. Mosadeghrad A.M. Healthcare service quality: towards a broad definition. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2013. Vol. 26. Pp. 203-219. DOI: 10.1108/09526861311311409.
10. Шкільняк М.М., Кривокульська Н.М. Розвиток концептуальних підходів до управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. № 2(84). С. 22-30.
DOI 10.11603/1681-2786.2020.2.11406
11. Дмитрук О.В., Свінцицька О.М. Управління адаптацією персоналу закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання. *Приазовський економічний вісник*. 2018. Вип. 5(10). С. 182–186.
12. Дзяк Г., Лехан В.М., Березницький Я. С. Підходи до управління якістю медичного обслуговування в Україні. *Здоров'я України*. 2010. № 8. С. 237.
13. Муштай В.А., Оводенко В.В. Стратегічні напрямки забезпечення якості первинної медичної допомоги [Електронний ресурс]. Економіка і управління в умовах глобалізації : VIII Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. (Кривий Ріг, 15 трав. 2019 р.). Кривий Ріг, 2019. С. 325-329.
14. Семенів І.П., Котуза А.С., Строкань А. М. Алгоритм впровадження системи менеджменту якості в медичних організаціях на основі міжнародних стандартів ISO серії 9000. Україна. *Здоров'я нації*. 2012. № 2-3. С. 196-200.
15. Ткаченко В.І. Європейський досвід управління якістю медичних послуг та його ефективність у первинній медичній допомозі. *Інвестиції: практика та досвід*. 2022. № 19-20. С. 132-140.
<https://doi.org/10.32702/2306-6814.2022.19-20.132>
16. Ольховська А.Б. Корпоративна культура закладу охорони здоров'я як складова управління якістю медичного обслуговування. Менеджмент та маркетинг як фактори розвитку бізнесу : матеріали II Міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 17-19 квіт. 2024 р.) : у 2 т. Київ : Видавничий дім «Києво-Могилянська академія», 2024. Т. 2. С. 47-49.
17. Мороз А. Управління бізнес-процесами в медичних організаціях: трансформації та процесний підхід. *Development Service Industry Management*. 2025. № 3. С. 176-184.
[https://doi.org/10.31891/dsim-2025-11\(27\)](https://doi.org/10.31891/dsim-2025-11(27))
18. Mintzberg H. Structure in fives: designing effective organizations. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1983.
19. McLaughlin C.P., Kaluzny A.D. Continuous quality improvement in health care. (3rd ed.) Sudbury, MA : Jones & Bartlett Publishers, 2003.
20. Mosadeghrad A.M. A conceptual framework for quality of care. *Materia Socio-Medica*. 2012. Vol. 24. Pp. 251-261. DOI: 10.5455/msm.2012.24.251-261.
21. Mosadeghrad A.M. Towards a theory of quality management: an integration of strategic management, quality management and project management. *International Journal of Modelling in Operations Management*. 2012. Vol. 2. Pp. 89-118. DOI: 10.1504/IJMOM.2012.043962.
22. Ladhari R. A review of twenty years of SERVQUAL research. *International Journal of Quality and Service Sciences*. 2009. Vol. 1. Pp. 172-198. DOI: 10.1108/17566690910971445.
23. Øvretveit J. Does improving quality save money? A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers. London: The Health Foundation, 2009.
24. Schuster M.A., McGlynn E.A., Brook R.H. How good is the quality of health care in the United States? *The Milbank Quarterly*. 1998. Vol. 76, no. 4. Pp. 517-563. DOI: 10.1111/1468-0009.00105.
25. Lohr K. Medicare: a strategy for quality assurance. Vol. 1. Washington, DC : National Academy Press, 1991.
26. European Economic and Social Committee. Opinion of the European Economic and Social Committee on Patient safety. *Official Journal of the European Union*. 2005. C120. Pp. 47-53.
27. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. I: The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.
28. American Medical Association. Quality assurance of health care. Chicago : American Medical Association, 1984.
29. Institute of Medicine. Medicare: a strategy for quality assurance. Vol. 1. Washington, DC : National Academies Press, 1990.
30. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC : National Academies Press, 2001. DOI: 10.17226/10027.
31. Mosadeghrad A.M. Factors influencing healthcare service quality. *International Journal of Health Policy and Management*. 2014. Vol. 3, no. 2. Pp. 77-89. DOI: 10.15171/ijhpm.2014.65.

References

1. Feigenbaum, A. (1961). Total quality control: Engineering and management. McGraw-Hill.
2. Dean, J. W., & Bowen, D. E. (1994). Management theory and total quality: Improving research and practice through theory development. *Academy of Management Review*, 19(3), 392-418.
3. Feigenbaum, A.V. (1951). Quality control: Principles, practice, and administration. McGraw-Hill.
4. Peters, T., & Waterman, R. (1982). In search of excellence: Lessons from America's best-run companies. Harper & Row.
5. Gilmore, H. L. (1974). Product conformance. *Quality Progress*, 7, 16-19.
6. Crosby, P. (1992). Quality is free. McGraw-Hill.
7. Juran, J. (1988). Quality control handbook (4th ed.). McGraw-Hill.
8. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, (49), 41-50.
9. Mosadeghrad, A. M. (2013). Healthcare service quality: Towards a broad definition. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26, 203-219. <https://doi.org/10.1108/09526861311311409>

10. Shkilniak, M. M., & Kryvokulska, N. M. (2020). Rozvytok kontseptualnykh pidkhodiv do upravlinnia yakistiu medychnykh posluh zakladiv okhorony zdorovia. *Visnyk sotsialnoi hihieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy*, (2(84)), 22-30.
DOI 10.11603/1681-2786.2020.2.11406
11. Dmytruk, O.V., & Svintsytska, O.M. (2018). Upravlinnia adaptatsiieiu personalu zakladiv okhorony zdorovia v novykh umovakh hospodariuvannia. *Pryazovskiy ekonomichnyi visnyk*, 5(10), 182-186.
12. Dziak, H., Lekhan, V.M., & Bereznyskyi, Ya.S. (2010). Pidkhody do upravlinnia yakistiu medychnoho obsluhovuvannia v Ukraini. *Zdorovia Ukrainy*, (8), 237.
13. Mushtai, V.A., & Ovodenko, V.V. (2019). Stratehichni napriamky zabezpechennia yakosti pervynnoi medychnoi dopomohy. *Proceedings from MIIM '19: VIII Mizhnarodna naukovo-praktychna internet-konferentsiia «Ekonomika i upravlinnia v umovakh hlobalizatsii»* (pp. 325-329). Kryvyi Rih
14. Semeniv, I.P., Kotuza, A.S., & Strokan, A.M. (2012). Alhorytm vprovadzhennia systemy menedzhmentu yakosti v medychnykh orhanizatsiiakh na osnovi mizhnarodnykh standartiv ISO serii 9000. *Ukraina. Zdorovia natsii*, (2-3), 196-200.
15. Tkachenko, V.I. (2022). Yevropeiskiy dosvid upravlinnia yakistiu medychnykh posluh ta yoho efektyvnist u pervynnyi medychnyi dopomozi. *Investytsii: praktyka ta dosvid*, (19-20), 132-140.
<https://doi.org/10.32702/2306-6814.2022.19-20.132>
16. Olkhovska, A.B. (2024). Korporatyvna kultura zakladu okhorony zdorovia yak skladova upravlinnia yakistiu medychnoho obsluhovuvannia. *Proceedings from MIIM '24 II Mizhnarodna naukovo-praktychna konferentsiia «Menedzhment ta marketynh yak faktory rozvytku biznesu»* (Vol. 2, pp. 47-49). Vydavnychiy dim «Kyievo-Mohylianska akademiia».
17. Moroz, A. (2025). Upravlinnia biznes-protsesamy v medychnykh orhanizatsiiakh: Transformatsii ta protsesnyi pidkhid. *Development Service Industry Management*, (3), 176-184
[https://doi.org/10.31891/dsim-2025-11\(27\)](https://doi.org/10.31891/dsim-2025-11(27))
18. Mintzberg, H. (1983). *Structure in fives: Designing effective organizations*. Prentice-Hall.
19. McLaughlin, C.P., & Kaluzny, A.D. (2003). *Continuous quality improvement in health care* (3rd ed.). Jones & Bartlett.
20. Mosadeghrad, A.M. (2012). A conceptual framework for quality of care. *Materia Socio-Medica*, (24), 251-261. <https://doi.org/10.5455/msm.2012.24.251-261>
21. Mosadeghrad, A.M. (2012). Towards a theory of quality management: An integration of strategic management, quality management and project management. *International Journal of Modelling in Operations Management*, (2), 89-118.
<https://doi.org/10.1504/IJMOM.2012.043962>
22. Ladhari, R. (2009). A review of twenty years of SERVQUAL research. *International Journal of Quality and Service Sciences*, (1), 172-198.
<https://doi.org/10.1108/17566690910971445>
23. Øvretveit, J. (2009). Does improving quality save money? A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers. The Health Foundation.
24. Schuster, M.A., McGlynn, E.A., & Brook, R.H. (1998). How good is the quality of health care in the United States? *The Milbank Quarterly*, 76(4), 517-563.
<https://doi.org/10.1111/1468-0009.00105>
25. Lohr, K. (1991). *Medicare: A strategy for quality assurance* (Vol. 1). National Academy Press.
26. European Economic and Social Committee. (2005). Opinion of the European Economic and Social Committee on patient safety. *Official Journal of the European Union*, C120, 47-53.
27. Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring* (Vol. 1: The definition of quality and approaches to its assessment). Health Administration Press.
28. American Medical Association. (1984). *Quality assurance of health care*. Chicago: American Medical Association.
29. Institute of Medicine. (1990). *Medicare: A strategy for quality assurance* (Vol. 1). Washington, DC: National Academies Press.
30. Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academies Press.
<https://doi.org/10.17226/10027>
31. Mosadeghrad, A.M. (2014). Factors influencing healthcare service quality. *International Journal of Health Policy and Management*, 3(2), 77-89.
<https://doi.org/10.15171/ijhpm.2014.65>

QUALITY OF HEALTHCARE SERVICES AS AN OBJECT OF MANAGERIAL ACTIVITY IN AN ORGANIZATION

A. V. Bardas, D.E., Professor, Dnipro University of Technology,
V. V. Khanov, Post-graduate Student, Dnipro University of Technology

Methods. The study employed methods of analysis and synthesis (to examine the content of the «quality» category based on its dimensions, attributes, and criteria), comparative analysis (to contrast different approaches to defining quality from the perspectives of researchers and stakeholders), as well as generalization, classification, and systematization of scholarly approaches. In addition, a systems approach (viewing quality as the result of the interaction among stakeholder interests, resources, processes, and outcomes), a process approach (examining the essence of the healthcare service delivery process), and conceptual modelling (graphical synthesis) were used to substantiate the

factors influencing the quality of healthcare services and to develop recommendations for improving quality management systems in healthcare organizations.

Results. The article generalizes approaches to defining quality in general and the quality of healthcare services in particular from the perspectives of key stakeholders (patients, medical personnel, healthcare organizations, the social security system, and the state), demonstrating that quality assessment in healthcare organizations is multidimensional in nature, combining clinical, organizational, and managerial components. Existing definitions of the category «quality of healthcare services» found in the literature are systematized, and quality is characterized as the result of the interaction among resources, the service delivery process, and achieved outcomes. The study also synthesizes the reasons for implementing quality management systems in healthcare organizations and the expected outcomes of their adoption, and it structures the factors influencing the quality of healthcare services by grouping them according to levels/sources of influence.

Novelty. The study systematizes approaches to defining the quality of healthcare services within an organization from the perspectives of different stakeholders and proposes its interpretation as the result of the interaction among resources, processes, and service outcomes. It also structures the system of factors influencing healthcare service quality and presents a conceptual model of their interrelationships.

Practical value of the study lies in the development of recommendations for improving quality management systems in healthcare organizations, particularly through the implementation of process-based and systems approaches and a focus on stakeholder interests. The findings can be used by managers to enhance operational efficiency and strengthen the competitiveness of the healthcare organizations under their supervision.

Keywords: organization, quality management systems, competitiveness, quality management, management

Стаття надійшла до редакції 01.05.26 р.

Прийнята до публікації 17.05.26 р.

Дата публікації 30.06.26 р.