DOI: [10.32702/2307-2156-2021.11.39](https://doi.org/10.32702/2307-2156-2021.11.39)

УДК 32:614

А. В. Лесь,
к. е. н., доцент, доцент кафедри екологічної безпеки та економіки природокористування,
Поліський національний університет
ORCID ID: 0000-0002-1746-3744

А. В. Раценко,
к. е. н., доцент кафедри екологічної безпеки та економіки природокористування,
Поліський національний університет, Житомир, Україна
ORCID ID: 0000-0002-7603-072X

Ю. М. Тарасенко,
магістр, Поліський національний університет
ORCID ID: 0000-0001-6814-3145

ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ КАРДІОЛОГІЧНОЇ ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

A. Les
PhD in Economics, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Environmental
Safety and Natural Resources Management, Polissya National University, Zhytomyr, Ukraine,
A. Rashchenko

PhD in Economics, Associate Professor of the Department of Ecological Safety and Natural
Resources Management, Polissya National University, Zhytomyr, Ukraine

Iu. Tarasenko
Master's student, Polissya National University, Zhytomyr, Ukraine

STATE POLICY OF QUALITY ASSURANCE OF CARDIOLOGICAL HIGHLY SPECIALIZED MEDICAL CARE

У статті проведено аналіз державної політики забезпечення якості надання кардіологічної високоспеціалізованої медичної допомоги. Наведено позитивний досвід Сполучених Штатів Америки щодо результатів (покращення клінічних показників) запровадження бюджетних програм у сфері охорони здоров'я. Згруповано бюджетні програми Міністерства охорони здоров'я України у чотири основні групи (організація і підготовка кадрів у сфері охорони здоров'я; реконструкція корпусів та капітальне будівництво; надання медичної допомоги населенню; протиепідеміологічні заходи) та виділено ті, що містять напрями щодо надання висококваліфікованої кардіологічної допомоги. Наведено структуру обсягів фінансування бюджетних програм за напрямками реалізації у сфері охорони здоров'я у 2021 р. Систематизовано основні методи забезпечення якості медичних послуг. Наведено окремі показники клінічної ефективності у роботі Національного інституту серцево-судинної хірургії ім. М. М. Амосова.

The article analyzes the state policy of quality assurance of cardiac highly specialized medical care. According to the World Health Organization, cardiovascular disease is the leading cause of death in the world. Every year, 17.9 million people die from this problem in the world. An important element of health care is to provide a scientifically sound model of management of the process of providing highly qualified cardiac care. One of the instruments of the state policy in the field of health care is the mechanism of realization of the corresponding budgetary programs. The positive experience of the United States of America on the results (improvement of clinical indicators) of the implementation of budget programs in the field of health care is presented. The budget programs of the Ministry of Health of Ukraine are grouped into four main groups (organization and training in the field of health care; reconstruction of buildings and capital construction; provision of medical care to the population; anti-epidemiological measures) and those that contain areas for providing highly qualified cardiology assistance are highlighted. The goals of the state health policy aimed at the above programs are to create an accessible and capable network of specialized health care facilities for the provision of quality medical services, as well as the rapid recovery of patients. The ultimate goal of health programs is to achieve the desired health outcomes and improve the quality of life of the population. Based on the above, it is obvious that quality measurement is mandatory. In the process of organizing the quality control of medical services, it is proposed to divide the tools into external (those performed by a third party) and internal (tools used by the company's staff). The structure of volumes of financing of budgetary programs on directions of realization in the field of public health services in 2021 is resulted. The basic methods of maintenance of quality of medical services are systematized. Some indicators of clinical efficiency in the work of the National Institute of Cardiovascular Surgery named after MM Amosov are given.

Ключові слова: *якісна медична допомога; індикатори якості медичної допомоги; висококваліфікована медична допомога; бюджетні програми.*

Key words: *quality medical care; indicators of medical care quality; highly qualified medical care; budget programs.*

Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я серцево-судинні захворювання є основною причиною смертності. Щороку у світі від зазначеної проблеми помирає 17,9 млн чол. За умови збереження поточних тенденцій є ризик, що кількість смертей перевищить 23,6 млн. чол. до 2030 р. [3]. Найбільше зростання смертності від серцево-судинних захворювань прогнозується в країнах з низьким і середнім рівнем доходу, де, як правило, не реалізуються державні програми у сфері охорони здоров'я, що спрямовані на вирішення проблеми. Рівень одужання пацієнтів прямо залежить від якості наданих медичних послуг. Відтак важливим елементом сфери охорони здоров'я є забезпечення науково-обґрунтованої моделі управління процесом надання висококваліфікованої кардіологічної допомоги. Зважаючи на вищевикладене питання забезпечення якісної кардіологічної допомоги в Україні та роль держави у даному процесі є актуальними та своєчасними.

Аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми. Актуальність питань організації надання доступної і якісної допомоги населенню висвітлено у працях багатьох вітчизняних та зарубіжних науковців. Численні зарубіжні праці присвячені вивченню управлінських аспектів якості медичного обслуговування населення таких науковців як А. Масадеград, С. Сміт, Г. Фонароу, Ф. Кушнер та інші. Незважаючи на велику кількість досліджень, присвячених питанням державної підтримки організації забезпечення якості надання медичних послуг, дана тема залишається актуальною та постійно потребує додаткових досліджень.

Формулювання цілей статті (постановка завдання). Метою статті є дослідження теоретико-методичних та прикладних аспектів державної політики забезпечення якості надання кардіологічної високоспеціалізованої медичної допомоги. Відповідно до поставленої мети виділено наступні завдання дослідження: дослідити світовий досвід використання інструментів державної політики у сфері охорони здоров'я; вивчити бюджетні програми Міністерства охорони здоров'я; обґрунтувати методи та індикатори забезпечення якості надання медичної допомоги.

Виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів. Світовий досвід доводить існування низки методів лікування, що дають можливість значно

знизити захворюваність та смертність у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями, або з ризиком їх розвитку [6, 10]. Проте дослідження світових науковців продемонстрували, що значна частина пацієнтів досі не отримують ефективне, безпечне, високоякісне лікування серцево-судинних хвороб та інсульту своєчасно [5,7]. У науковій літературі [9] зазначається, що однією із стратегій подолання проблеми поширення серцево-судинних захворювань населення є забезпечення послідовного впровадження медичної допомоги.

Одним з інструментів державної політики у сфері охорони здоров'я є механізм реалізації відповідних бюджетних програм. Доказом є досвід Сполучених Штатів Америки, де протягом останніх років було розроблено низку програм покращення якості надання висококваліфікованої медичної допомоги. Розроблені програми використовуються у більшості лікарень, у результаті чого майже 80% пацієнтів можуть отримати кваліфіковану допомогу при серцево-судинних захворюваннях. Результатом наведеної політики США є різке зниження 30-денної смертності від інфаркту міокарда (на 29,4%), від серцевої недостатності (16,4%) та від інсульту (4,7%) [7]. Дана тенденція показує позитивний результат реалізації державних програм, основними акцентами яких є якість та доступність медичної допомоги.

У контексті дослідження нами було проаналізовано 29 бюджетних програм Міністерства охорони здоров'я України, що реалізуються у поточному (2021 р.) році. Слід зауважити, що всі досліджені програми мають типову форму та групи результативних показників, що значно полегшує процес роботи із документами. Всі досліджені програми можна умовно поділити на чотири основні групи:

- організація і підготовка кадрів у сфері охорони здоров'я;
- реконструкція корпусів та капітальне будівництво;
- надання медичної допомоги населенню;
- протиепідеміологічні заходи.

Поява четвертої групи програм є результатом поширення гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, що провокує пандемію у світі з 2019 р. Із усіх досліджених програм обрано три документи, напрями яких містять надання висококваліфікованої кардіологічної допомоги (надання висококваліфікованої медичної допомоги із впровадженням нових експериментальних наукових розробок та сучасних медичних технологій у закладах охорони здоров'я науково-дослідних установ та вищих навчальних медичних закладів; надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги населенню; оплата медичних послуг, пов'язаних з наданням вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги):

1. Бюджетна програма «Діагностика і лікування захворювань із впровадженням експериментальних та нових медичних технологій у закладах охорони здоров'я наукових установ та вищих навчальних медичних закладів Міністерства охорони здоров'я України», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України №241 від 12.02.2021 р. (обсяг бюджетних призначень: 1,82 млрд. грн. (табл.1));

2. Бюджетна програма «Спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога, що надається загальнодержавними закладами охорони здоров'я», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України №241 від 12.02.2021 р. (обсяг бюджетних призначень: 1,77 млрд. грн. (табл.1));

3. Бюджетна програма «Реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України №352 від 25.02.2021 р. (обсяг бюджетних призначень: 122,57 млрд. грн. (табл.1)).

Таблиця 1.
Характеристика основних бюджетних програм у сфері охорони здоров'я України у 2021 р.

№ п/п	Назва бюджетної програми	Обсяг бюджетних призначень		
		Загальний фонд, млн. грн	Спеціальний фонд, млн. грн	Разом, млн. грн
1	Діагностика і лікування захворювань із впровадженням експериментальних та нових медичних технологій у закладах охорони здоров'я наукових установ та вищих навчальних медичних закладів Міністерства охорони здоров'я України	1762,0	55264,9	1817,3
2	Спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога, що надається загальнодержавними закладами охорони здоров'я	1757,2	9,6	1766,8
3	Реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення	121088,0	1482,1	122570,1

Цілями державної політики у сфері охорони здоров'я на які спрямовані вищенаведені програми є створення доступної та спроможної мережі спеціалізованих закладів охорони здоров'я для надання якісних медичних послуг, а також швидке одужання пацієнтів. Основною ж метою реалізації досліджуваних бюджетних програм є підвищення якості надання медичних послуг, зокрема рівень діагностики та лікування

зادля покращення здоров'я та якості життя населення. Виходячи із вищенаведеного якості є одним із ключових показників у сфері охорони здоров'я.

На рис. 1 наведено структуру розподілу виділених коштів за основними напрямками програм.

Примітка. А - Бюджетна програма «Діагностика і лікування захворювань із впровадженням експериментальних та нових медичних технологій у закладах охорони здоров'я наукових установ та вищих навчальних медичних закладів Міністерства охорони здоров'я України»

Б - Бюджетна програма «Спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога, що надається загальнодержавними закладами охорони здоров'я»

Рис. 1. Структура обсягів фінансування бюджетних програм за напрямками реалізації у сфері охорони здоров'я у 2021 р.

На рис. 1 не наведено структуру розподілу коштів бюджетної програми «Реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення» оскільки повний обсяг асигнувань у 2021 р. заплановано спрямувати на оплату медичних послуг населенню. У структурі обсягів фінансування наведених на рис. 1 документів майже всі кошти (90% і більше) спрямовано на надання медичної допомоги.

Вищенаведена ситуація демонструє низький рівень фінансування закупівлі обладнання та реконструкції приміщень. У науковій літературі [3, ст. 58] зазначається, що сучасна галузь охорони здоров'я характеризується наявністю застарілої матеріально-технічної бази, особливо закладів третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Слід також зауважити підвищення складності вирішення питань модернізації під час пандемії.

Кінцевою метою програм у сфері охорони здоров'я є досягнення бажаних результатів здоров'я та покращення якості життя населення. Виходячи із вищенаведеного очевидним є те, що вимірювання якості є обов'язковим. У науковій літературі зазначається, що показники ефективності синтезуються виходячи із клінічних рекомендацій, і тому можуть бути дуже специфічними в залежності від типу захворювання та призначені для вимірювання систем надання медичної допомоги [9]. Проте методи та інструменти забезпечення та контролю якості медичної допомоги достатньо типові (рис. 2).

Рис. 2. Основні методи забезпечення якості медичних послуг
Джерело: адаптовано [2, 3]

У процесі організації контролю якості медичних послуг науковці пропонують розділяти інструментарій на зовнішні (ті, що здійснюються третьою стороною) та внутрішні (інструменти, що використовуються персоналом підприємства). Перелік методів є типовим (див. рис. 2), проте за необхідності може бути розширеним.

Одним із ключових елементів покращення якості надання послуг, зокрема медичних є отримання зворотного зв'язку. Саме регулярне вивчення думки пацієнтів має спонукати установу до систематичного процесу вдосконалення. У процесі дослідження думки пацієнтів слід враховувати різні фактори, такі як соціально-демографічні дані пацієнтів (вік і стать) і тяжкість захворювання, що впливають на результати у сфері охорони здоров'я.

Слід зауважити, що оцінка продуктивності є необхідною умовою збору даних (основа для використання показників ефективності). Управління продуктивністю передбачає встановлення цілей та використання циклу «планування-виконання-навчання-дія» для оцінки, покращення та переоцінки результату. Як класичний цикл менеджменту дієвим є виправлення неточностей та помилок задля покращення результативності. У процесі оцінки важливим етапом є адекватне формулювання результату, що планується досягти.

У науковій літературі наведено багато групувань індикаторів якості медичних послуг. Система охорони здоров'я є однією з найскладніших систем надання послуг населенню. Надання якісних медичних послуг вимагає координації низки організацій і установ, а також складних діагностичних, терапевтичних та логістичних процесів і практик. Науковці [3, 8] стверджують, що складність системи охорони здоров'я та її бюрократична та високовідомча структура створюють перешкоди для покращення якості медичної допомоги. Крім того, проблеми охорони здоров'я є складними і вимагають високого рівня індивідуальних рішень. Універсальні рішення не можуть бути реалізованими у даній сфері, оскільки кожна ситуація і кожен пацієнт різні. Просте завдання вимагає спілкування та співпраці різних відділів і співробітників.

Цікавим є досвід Ірану [8], де виокремлено 182 індикатори якісної медичної допомоги, що ґрунтуються на опитуванні 700 респондентів (зацікавлених сторін у сфері охорони здоров'я, включаючи політиків, менеджерів, постачальників та пацієнтів). Отримані індикатори згруповано у п'ять категорій: оточення, емоційна підтримка, економічна обґрунтованість, результативність (дієвість) та клінічна ефективність. Якісна медична допомога включає такі характеристики, як доступність, прийнятність, відповідність, компетентність, своєчасність, конфіденційність, уважність, турбота, чуйність, підзвітність, точність, надійність, комплексність, безперервність, справедливість, зручність та можливість. Забезпечення безпеки, зниження смертності та захворюваності, покращення якості життя та залучення пацієнтів у наукових працях також розглядаються як індикатори якості [8].

Наведене групування індикаторів якості є складним та провокує низку перешкод у процесі оцінки. Зокрема незрозумілим залишається розмежування показників груп клінічної ефективності та результативності (дієвості). Проте, варто зауважити, що важливо зважати на стан оточення та емоційну підтримку у процесі надання медичних послуг. Дослідження доводять їх вплив на результат. Лікар повинен бути обізнаним і чутливим до культури пацієнта. Знання соціально-демографічних змінних пацієнтів допомагає лікарю краще спілкуватися з пацієнтом і досягати довіри.

Якість медичних послуг прямо впливає на рівень задоволення та лояльності пацієнтів, а, як результат, визначає прибутковість медичних установ. Відтак, підсумовуючи вищесказане, можна стверджувати, що у сфері охорони здоров'я якість виступає стратегічним інструментом підтримки конкурентних переваг установи.

У контексті даного дослідження зосереджено увагу на діяльності Національного інституту серцево-судинної хірургії ім. М. М. Амосова, як установи, що надає високоспеціалізовану кардіологічну допомогу. Важливим показником якості надання медичних послуг є результативність. На прикладі Національного інституту серцево-судинної хірургії ім. М. М. Амосова результатом може слугувати кількість проведених операцій та смертність після них (рис. 3).

Рис. 3. Динаміка кількості проведених операцій та смертність пацієнтів за 2000-2020 рр.

Джерело: Побудовано за даними НІССХ ім. М. М. Амосова

З даних, наведених на графіку видно, що за останні 20 років смертність після проведених операцій знизилась з 8,3% у 2000 р. до 1,4% у 2020 р. Значне зниження кількості проведених оперативних втручань у 2020 р. порівняно із попередніми періодами, пояснюється обмеженнями спричиненими поширенням гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2. Слід також зауважити, що із поширенням хвороби знічно підвищуються ризики для пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями, про що свідчить збільшення смертності після операцій на 0,2% у 2020 р. У Національного інституту серцево-судинної хірургії ім. М. М. Амосова пацієнти проходять скринінг стану здоров'я через три, шість та дванадцять місяців для контролю за самопочуттям та результатами проведених медичних процедур. Вважаємо, що враховуючи позитивні клінічні результати лікування серцево-судинних хвороб даний заклад можна розглядати як прикладом управління якістю надання медичних послуг.

Висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямі. Відтак, встановлено, що формування та реалізації бюджетних програм у сфері охорони здоров'я є дієвим інструментом державної політики. Відтак, встановлено, що формування та реалізація бюджетних програм у сфері охорони здоров'я є дієвим інструментом державної політики. При цьому, основною формуювання таких цільових програм має бути орієнтація на підвищення якості та доступності медичної допомоги.

Виявлено, що бюджетні програми Міністерства охорони здоров'я України, що реалізуються у 2021 р., умовно можна поділити на чотири основні групи: організація і підготовка кадрів у сфері охорони здоров'я; реконструкція корпусів та капітальне будівництво; надання медичної допомоги населенню; протиепідеміологічні заходи. Такий розподіл дозволить оцінити повноту та ефективність державних програми з точки зору окремих складових забезпечення якості надання кардіологічної високоспеціалізованої медичної допомоги.

Встановлено, що набір методів контролю якості медичної допомоги є типовим для основних галузей охорони здоров'я. Проте, ключовим для сфери елементів покращення якості надання кардіологічної високоспеціалізованої медичної допомоги є отримання зворотного зв'язку від пацієнтів. Адже якість медичних послуг прямо впливає на рівень задоволення та лояльності пацієнтів, а, як результат, визначає прибутковість медичних установ.

Список літератури.

1. Пасмор М. С. Система управління якістю у сфері охорони здоров'я як чинник стабілізації та розвитку галузі. *Соціальна економіка* 2017. №1. С. 92-95
2. Петрашик Ю. Якість медичних послуг: особливості, роль, фактори. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2015. №3
3. Сабєцька Т. І., Стефанишин Л. С. Технологія стратегічного управління діяльністю закладів сфери охорони здоров'я. *Бізнес-навігатор*. 2020. Вип. 1. С. 56-62

4. World Health Organization Cardiovascular disease. URL: https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1 (дата звернення: 19.11.2021).
5. E. F. Ellerbeck, S. F. Jencks, M. J. Radford, T. F. Kresowik, A. S. Craig, J. A. Gold, *et al.* Quality of care for Medicare patients with acute myocardial infarction. A four-state pilot study from the Cooperative Cardiovascular Project. *JAMA*. 1995. 273. pp. 1509-1514
6. E. C. Jauch, J. L. Saver, H.P. Adams Jr., A. Bruno, J.J. Connors, B.M. Demaerschalk, American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular Nursing; Council on Peripheral Vascular Disease; Council on Clinical Cardiology, *et al.* Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.*, 2013. 44. pp. 870-947
7. H. M. Krumholz, S. L. Normand, Y. Wang. Trends in Hospitalizations and Outcomes for Acute Cardiovascular Disease and Stroke, 1999-2011. *Circulation*. 2014. 130. pp. 966-975
8. Mosadeghrad A. M. A Conceptual framework for quality of care. *Mat Soc Med*. 2012. 24(4): 251–261.
9. Smith S.C. Jr, Fonarow G.C., Piña I.L., Suter R., Morgan L., Taubert K., Sanchez E., Antman E. Improving Quality of Cardiac Care: A Global Mandate. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2015 Nov, 68(11):924-7.
10. P.T. O’Gara, F.G. Kushner, D.D. Ascheim, D.E. Casey Jr., M.K. Chung, J.A. de Lemos, *et al.* ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation.*, 2013. 127. pp. 529-555

References.

1. Pasmor, M. S. (2017), “Quality management system in the field of health care as a factor of stabilization and development of the industry”, *Sotsial'na ekonomika*, vol. 1, pp. 92-95.
2. Petrashyk, Yu. (2015), “Quality of medical services: features, role, factors”, *Visnik socialnoyi gigiyeni ta organizatsiyi ohoroni zdorov'ya Ukraini*, vol 3.
3. Sabets'ka, T. I. and Stefanyshyn, L. S. (2020), “Technology of strategic management of health care institutions”, *Biznes-navihator*, vol. 1, pp. 56-62.
4. World Health Organization (2021), “Cardiovascular diseases”, available at: https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1 (Accessed 15 November 2021).
5. Ellerbeck, E.F. Jencks, S.F. Radford, M.J. Kresowik, T.F. Craig, A.S. and Gold, J.A. (1995), “Quality of care for Medicare patients with acute myocardial infarction. A four-state pilot study from the Cooperative Cardiovascular Project”, *JAMA*, vol. 273, pp. 1509-1514
6. Jauch, E.C. Saver, J.L. Adams, Jr .H.P., Bruno, A. Connors, J.J. and Demaerschalk, B.M. (2013), “Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association”, *Stroke*, vol. 44, pp. 870-947.
7. Krumholz, H.M. Normand, S.L. and Wang, Y. (2014), “Trends in Hospitalizations and Outcomes for Acute Cardiovascular Disease and Stroke, 1999-2011”, *Circulation*, vol. 130, pp. 966-975.
8. Mosadeghrad, A.M. (2012), “A Conceptual framework for quality of care”, *Mat Soc Med*, vol. 24(4), pp. 251–261.
9. Smith, S.C. Jr. Fonarow, G.C. Piña, I.L. Suter, R. Morgan, L. Taubert, K. Sanchez, E. and Antman, E. (2015), “Improving Quality of Cardiac Care: A Global Mandate”, *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*, vol. 68(11), pp.924-7.
10. O’Gara, P.T. Kushner, F.G. Ascheim, D.D. Casey, D.E. Jr. Chung, M.K. and de Lemos, J.A. (2013), “ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines”, *Circulation*, vol. 127, pp. 529-555.

Стаття надійшла до редакції 19.11.2021 р.