

Вороненко Ю. В.¹, Шекера О. Г.^{1,2}, Круть А. Г.¹, Горачук В. В.¹

¹ Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

² Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», м. Київ, Україна

Категорія якості у сфері охорони здоров'я: трансформація поняття

Резюме. Мета дослідження: визначення змісту поняття якості на сучасному етапі розвитку світової, зокрема, вітчизняної сфери охорони здоров'я; аналіз і узагальнення результатів наукових і міжнародних досліджень за темою у хронологічному аспекті. **Матеріали та методи.** Проаналізовано наукові джерела за темою (7 од.), міжнародні документи (11 од.), законодавчі та нормативно-правові акти (3 од.) з використанням методів системного підходу, системного і контент-аналізу, графічний. **Результати.** Простежено трансформацію поняття якості у сфері охорони здоров'я з 1860 року, коли головною характеристикою якості була аксіома «Перш за все, не нашкодь», до 2018 року, коли до характеристик якості віднесені клінічна та економічна ефективність, орієнтованість на пацієнта, справедливність, безпека, доступність (всестороннє охоплення доступом). Трансформація поняття у хронологічному аспекті відбувалась у залежності від поглядів експертів-окремих осіб (Томас Сіденгам, А. Донабедіан, John Ovretveit), а потім представників ВООЗ, Всесвітнього Банку, ОЕСР. Встановлено, що заперечення прелімінарних характеристик якості в оновлених визначеннях не відбувалось; з часом характеристики доповнювались і набували більш глибокого змісту відповідно до зміни потреб зацікавлених у якості сторін: пацієнтів, професіоналів, менеджерів охорони здоров'я. Значна роль у реалізації феномену якості в охороні здоров'я в теперішній час відводиться первинній медико-санітарній допомозі. **Висновки.** Врахування змін поняття якості у сфері охорони здоров'я може бути спрямовано на перегляд і оптимізацію політики і стратегії у сфері якості вітчизняної галузі та закладів охорони здоров'я, а також керівництва місцевих територіальних громад при плануванні заходів з підвищення якості медичної допомоги та покращення здоров'я населення.

Ключові слова: якість; охорона здоров'я; медична допомога; характеристики якості

Вступ

Відомо, що категорія якості охоплює філософські, соціальні та економічні аспекти. Трагування якості з філософської точки зору тривало протягом століть і сьогодні за результатами узагальнення дозволяє науковцям розглядати якість як характеристику певного об'єкта, яким можуть бути явище, процес, предмет тощо. Ця характеристика торкається властивостей об'єкта і є унікальною для нього, оскільки дозволяє відрізнити його від інших об'єктів. Соціально-економічний аспект якості пов'язаний з тим, що завдяки визначеним властивостям об'єкт спроможний задовольнити потреби споживача, оскільки виступає в ролі продукції або послуги [3]. Отже, цілком закономірно, що якість у сфері охорони здоров'я тісно торкається характеристик медичної допомоги, медичної послуги, медичного обслуговування, і тому є предметом постійної уваги країн, їх урядів, пацієнтів, медичних працівників, науковців.

Якість визначена поняттям, що постійно змінюється, оскільки з часом змінюються потреби спо-

живачів, які оцінюють продукцію або послугу через їх якісні характеристики [1]. В Україні відбувається реформування охорони здоров'я, і зміни в потребах суспільства щодо характеристик якості медичної допомоги відображені в законодавчих і нормативно-правових актах [5, 6].

Мета дослідження полягала у визначенні змісту поняття якості, зважаючи на сучасний етап розвитку світової, зокрема, вітчизняної сфери охорони здоров'я, що вимагає більш глибокого вивчення феномену якості. **Завдання дослідження:** аналіз і узагальнення результатів наукових і міжнародних досліджень за темою у хронологічному аспекті.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження слугували наукові джерела за темою (7 од.), міжнародні документи (11 од.), законодавчі та нормативно-правові акти (3 од.). Використані методи системного підходу, системного і контент-аналізу, графічний.

Результати та обговорення

Результати вивчення матеріалів дослідження за темою засвідчили, що поняття якості залишається актуальним для світових систем охорони здоров'я у різні історичні періоди та регулярно піддається аналізу. Доповнення, уточнення змісту поняття якості дозволяє по-новому вибудовувати стратегію і політику у сфері якості на різних рівнях управління і тим самим сприяти просуванню систем охорони здоров'я в напрямі досягнення кращих результатів у збереженні і відновленні здоров'я населення та наданні медичної допомоги. Разом з тим слід зазначити, що не простежується кардинального заперечення прелімінарних характеристик якості у оновлених визначеннях; навпаки, вони слугують основою і складовими у більш сучасних характеристиках якості як неоднозначного поняття.

У табл. 1 наведено основні змістовні характеристики якості медичної допомоги у хронологічному аспекті.

Як відомо, звичний вислів для медичних працівників «Перш за все, не нашкодь», має пряме відношення до категорії якості. Не так давно вважалось, що цей вислів належить Гіппократу або Галену. Однак автори дослідження [18] стверджують, що автор не був ні Гіппократом, ні Галеном, а започаткував цю аксіому англійський лікар Томас Сиденгам у 1860 році, і передавалась вона виключно в усній формі. Маючи спочатку підтекстом етичну сторону медичної діяльності, вона не залишає сумнівів сьогодні щодо своєї актуальності

як складової якості медичної допомоги, а саме, прообразом такої її характеристики як безпека.

Значна роль як фундатора трактування поняття якості медичної допомоги та одночасно перших спроб виміру якості належить А. Донабедіану [9, 11]. Саме він запропонував системно-процесний підхід до управління якістю, визначаючи якість як характеристику: структури, тобто, ресурсів, що забезпечують якість медичної допомоги; процесу – власне надання медичної допомоги медичним працівником пацієнту; результату - це вимірні зміни в стані здоров'я внаслідок медичної допомоги та інших чинників, що впливають на здоров'я.

Посилання на підходи А. Донабедіана і сьогодні простежуються в міжнародних документах за темою та чинних вітчизняних нормативно-правових актах [7].

Наступним помітним кроком у визначенні складових характеристик якості в охороні здоров'я слід вважати погляди John Ovretveit (1992). Автор вбачав успіх у досягненні якісних медичних послуг шляхом концентрації зусиль на трьох відправних точках: пацієнтах, провайдерах медичних послуг та системі управління. Якість для пацієнта означає, що останній отримує від провайдера таку послугу, яку він очікував, тобто, під час та як результат її надання. З професійної точки зору якість забезпечується в разі, якщо медична послуга надається відповідно до встановлених у професійному середовищі інструкцій, процедур і методів, що підтвер-

Таблиця 1. Основні характеристики якості медичної допомоги

№	Джерело, рік	Характеристики якості	Додаткова інформація
1	Томас Сиденгам, 1860	«Не нашкодь»	Аксіома, покладена в основу такої характеристики якості, як безпека
2	Donabedian A., 1966, 1980	Якість структури, процесу, результату	Започаткування системно-процесного підходу до управління якістю
3	John Ovretveit, 1992	Три відправні точки якості: очікування пацієнта; якість з точки зору професіоналів; якість системи управління	Використання концепції TQM (А. Фейгенбаум, 1957) в охороні здоров'я
4	ВООЗ, 2000	Робити правильну справу правильній людині в потрібний час при найменших витратах	Визначення якості професіоналами на персональному рівні
5	ВООЗ, 2000	Технічна допомога (використання медичних технологій); психосоціальний контекст надання медичної допомоги; організація догляду (доступність, своєчасність, ефективність)	
6	Інститут медицини (США), 2001	Безпека, ефективність, орієнтованість на пацієнта, своєчасність, результативність, справедливість	
7	ВООЗ, 2006	Безпека, ефективність, орієнтованість на пацієнта, своєчасність, результативність, справедливість	Рекомендації поширити характеристики якості, запропоновані Інститутом медицини (США), 2001, в інших країнах
8	ВООЗ, 2008, 2017	Пацієнт-орієнтована медична допомога, всебічне охоплення медико-санітарними послугами, безперервність	Ключова роль у забезпеченні всебічного охоплення медико-санітарними послугами належить ПМСД
9	ОЕСР, 2010; ВООЗ, 2018	Клінічна ефективність, безпека, орієнтованість на пацієнта, фінансова доступність та інші	Використання пріоритетних характеристик якості з урахуванням місцевого контексту

джено фахівцями з охорони здоров'я. Якість управління означає, що для надання послуги використовуються наявні ресурси найбільш раціонально, без зайвих витрат і відходів.

Погляди John Ovreitveit стосовно якості управління в охороні здоров'я сформовані на основі концепції тотального менеджменту якості (TQM), представленої американським вченим А. Фейгенбаумом у 1957 р. для промисловості. Саме концепція TQM надавала змогу запровадити в охороні здоров'я попереджувальні технології уникнення невідповідностей у лікувально-діагностичному процесі, зокрема, шляхом забезпечення якості ресурсів та дотримання регламентів лікувально-діагностичного процесу [16].

Здобутки вчення John Ovreitveit полягають також у його поглядах на виміри якості на основі вищезазначених відправних напрямів. Виміри безпеки та якості для пацієнта полягають у показниках його задоволеності, про що свідчать скарги, дані опитувань та претензії на рівні персональної послуги. Якість з професійної точки зору може бути виміряна шляхом збору показників клінічного результату та звітів про помилки. Оцінка якості управління може бути визначена через вартість випадку медичної допомоги, тривалість лікування та ресурсні витрати на усунення дефектів.

Після 2000 року експерти ВООЗ продовжували доповнювати і деталізувати характеристики якості медичної допомоги. На думку одних експертів, якість медичної допомоги може бути забезпечена в разі, коли дії відносно пацієнта є правильними в потрібний для пацієнта час при найменших витратах в разі, якщо пацієнт дійсно потребує цієї медичної допомоги. Тобто, професіонали надають оцінку потребам пацієнта на рівні клінічного випадку й обирають медичні технології на свій розсуд у залежності від клінічних реалій. Мали місце й інші підходи, відповідно до яких якість медичної допомоги розподілялась на: технічну якість, тобто, вона мала забезпечуватись використанням медичних знань і технологій для максимізації переваг і мінімізації ризиків; якість психологічного оточення і соціальних обставин, в яких надається медична допомога; якість організації безпосереднього догляду за пацієнтом, який включає доступність, своєчасність, надані зручності та ефективність [14].

Найбільш поширеними на сьогодні у світових системах охорони здоров'я є рекомендації Інституту медицини США (2001), якими визначені шість характеристик якості:

- клінічна ефективність, тобто надання медичної допомоги на основі доказових медичних технологій, що дозволяє поліпшити результати охорони здоров'я для окремих осіб та громад, виходячи з їх потреб;

- економічна ефективність, тобто, медичне обслуговування з максимально раціональним використанням ресурсів та уникненням зайвих витрат;

- доступність медичної допомоги, яка є своєчасною, географічно обґрунтованою, наданою в умовах, коли навички та ресурси відповідають потребам у медичній допомозі;

- орієнтованість на пацієнта, тобто, надання медичної допомоги, яка враховує переваги та прагнення індивідуальних користувачів послуг та культур їхніх спільнот;

- справедливість медичної допомоги, яка не відрізняється за якістю через особисті характеристики, такі як стать, раса, етнічна належність, географічне місцезнаходження або соціально-економічний статус;

- безпека медичної допомоги, яка мінімізує ризики та шкоди для користувачів послуг [10].

Цей набір характеристик якості за рекомендацією ВООЗ [17] прийнятий і адаптований у ряді країн, у тому числі, в Україні, що зазначено у стратегічному галузевому документі – Концепції управління якістю медичної допомоги в галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року.

Надалі експертів продовжують хвилювати можливості вимірювання й зіставлення показників якості у різних країнах. Це призвело до об'єднання вже раніше відомих характеристик якості медичної допомоги в основні три аспекти: ефективність, безпеку і орієнтованість на пацієнта, що було запропоновано експертами Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) у 2010 році [15].

Ефективність запропоновано вимірювати часткою пацієнтів, які отримали медичну допомогу відповідно до стандартів медичних технологій. До показників безпеки пацієнтів віднесені частота невідповідностей при наданні медичної допомоги, які не повинні були бути допущені, наприклад, залишення хірургічних інструментів і матеріалів в організмі пацієнта після завершення операції, та частота небажаних явищ, таких як акушерська травма, які можна скоротити, але не можна повністю ліквідувати. Вимірювання показника якості, який відображає орієнтацію на людину, можливо через визначення задоволеності пацієнтів, що вказуватиме на врахування індивідуальних переваг, потреб і цінностей, та комплексності, тобто, частки випадків безперебійного, послідовного і всебічного надання допомоги, адаптованого до потреб пацієнтів.

У теперішній час простежується зміщення акценту на окремі характеристики якості, у першу чергу, на орієнтованість на пацієнта, забезпечення доступності і всебічного охоплення медичною допомогою. Це обумовлено тим, що, наприклад, у 2016 році біля 400 млн осіб у світі не мали доступу до основних медико-санітарних послуг, близько 800 млн людей витрачали на медичну допомогу більш 10% свого сімейного бюджету, майже 100 млн осіб щорічно виявлялись в умовах крайньої бідності у зв'язку з необхідністю оплачувати витрати на охорону здоров'я з власних коштів [20]. Практичне втілення вирішення цієї проблеми експерти вбачали в активному розвитку у світових системах охорони здоров'я первинної медико-санітарної допомоги. Саме цей вид допомоги забезпечує тривалі тісні взаємовідносини окремих пацієнтів, сімей, громад з медичними працівниками, всеохоплююче надання медичної допомоги, відповідальність лікаря за стан здоров'я усіх членів громади впродовж усього життя-

вого циклу, відповідальність за боротьбу з факторами, що негативно впливають на здоров'я. Крім того, значні резерви у підвищенні якості медичної допомоги за рахунок первинної медико-санітарної ланки експерти вбачають у можливостях координації послуг охорони здоров'я між різними її рівнями, забезпеченні безперервності медичної допомоги і зміцненні спроможності населення вирішувати проблеми здоров'я. ПМСД грає ключову роль у ефективному використанні ресурсів охорони здоров'я, що підвищуватиме доступ, забезпеченні зворотного зв'язку з метою поліпшення показників діяльності, налагодженні міжсекторальних зв'язків, наприклад, з освітянськими установами, громадськими організаціями пацієнтів, соціальними службами, службою екологічної безпеки, релігійними організаціями, громадськими активістами тощо [2, 4, 12, 19].

Доступність медичної допомоги за вартістю на сьогодні є ключовою проблемою виконання завдання 3.8 Цілей сталого розвитку, прийнятих Генеральною Асамблеєю Організації Об'єднаних Націй у вересні 2015 року. Це завдання вимагає захисту населення від фінансових ризиків; система фінансування медичних послуг має бути такою, щоб люди, які користуються медичними послугами, не мали відчувати фінансових труднощів. Це може бути забезпечено різними способами: доступом до основних лікарських засобів і технологій для діагностики та лікування медичних проблем; достатньою кількістю добре підготовлених, мотивованих працівників охорони здоров'я, що надають послуги на основі найкращих наявних фактичних даних; внеском усіх секторів, включаючи транспорт, освіту і міське планування, у забезпечення охорони здоров'я людей [21].

У підсумку слід зазначити, що, незважаючи на ряд широко використовуваних визначень якості, експерти ВООЗ допускають своєрідні їх інтерпретації на рівні окремої країни, на регіональному рівні та на рівні окремих установ. Для цього запропоновано низку питань, відповіді на які й дозволять адаптувати визначення якості під місцевий контекст відповідно до національних цілей і пріоритетів.

Клінічна ефективність як актуальна складова якості може бути визначена в разі, якщо отримана відповідь на запитання, чи медична допомога надається відповідно до потреб населення на основі використання доказової бази знань.

Безпека як пріоритет визначається при отриманні відповіді, чи надаються максимально безпечні медичні послуги і чи максимально зменшена запобіжна шкода.

Орієнтованість на людину оцінюється за відповідями пацієнтів та їхніх родичів стосовно досвіду отримання медичної допомоги як позитивного, довіри до надавачів медичної послуги, можливості впливати на удосконалення системи медичного обслуговування на партнерських засадах.

Пацієнти також мають зазначити, чи вважають вони час очікування медичних послуг прийнятним, чи не допускається небезпечна затримка в лікуванні. Цим

визначається актуальність своєчасності медичної допомоги для даної громади як характеристики якості.

Щоб дізнатися, в якій мірі медична допомога є справедливою, знову ж таки необхідно звертатись до пацієнтів, громади з метою отримати відповідь на запитання, чи є перешкоди або нерівність в отриманні медичної допомоги в залежності від таких факторів, як вік, стать, гендерна ідентичність, раса, національність, географічне положення, релігія, соціально-економічний статус, лінгвістична або політична належність.

Комплексність медичної допомоги як проблемна характеристика якості визначається в разі, якщо існують недопустимі перерви в отриманні окремих складових медичної допомоги безпосередньо в закладі охорони здоров'я, не налагоджена комунікація між різними закладами охорони здоров'я за необхідності переходу пацієнта з одного закладу до іншого.

Забезпечення економічної ефективності як складової якості визнається пріоритетним напрямком при аналізі відповідей на запитання, чи здійснюється розподіл і використання ресурсів найбільш оптимальним способом.

Експерти ВООЗ рекомендують не використовувати глобальні визначення якості за замовчуванням, а, взявши їх за основу, сформулювати визначення якості, що враховує місцеву специфіку і думки місцевих фахівців [13].

Висновки

Результати проведеного дослідження дозволяють глибше зрозуміти складність, неоднозначність, багатомірність поняття якості у сфері охорони здоров'я. Врахування змін змістовності феномену якості може бути спрямовано на перегляд і оптимізацію політики і стратегії у сфері якості вітчизняної галузі та закладів охорони здоров'я, керівництва місцевих територіальних громад при плануванні заходів з підвищення якості медичної допомоги та покращання здоров'я населення.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Бандирська О. *Якість. Розуміння, підхід, трактування* / О. Бандирська // *Стандартизація. Сертифікація. Якість*. – 2013. – № 1. – С. 54-60.
2. *Доклад по результатам первого совещания Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи 20–21 июня 2017 г. Алматы, Казахстан. Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи.* – WHO Regional Office for Europe, 2017 г. – 57 с.
3. Зайка С. О. *Теоретичні аспекти сутності та змісту якості як філософської, соціальної та економічної категорії* / С. О. Зайка, О. В. Грідін // *Вісник Харківського національного технічного університету сільського господарства імені Петра Василенка*. – 2016. – Вип. 172. – С. 202-214. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vkhdusg_2016_172_24.

4. Механизм комплексного ориентированного на людей медицинского обслуживания. Доклад Секретариата. ВОЗ. Шестидесят девятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. 15 апреля 2016 г. – 20 с.
5. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років [Електронний ресурс] – МОЗ України. – 2014. – 41 с. Режим доступу : <http://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf>.
6. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення [Електронний ресурс] / Закон України. – Офіц. вид. – К., 2017. – 2168-VIII. – Режим доступу : <https://pravo.uteka.ua/doc/Pro-derzhavni-finansovi-garantii-medichnogo-obslugovuvannya-naselennya-1>.
7. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року [Електронний ресурс] / МОЗ України. – Офіц. вид. – К., 2011. – 454. – (Нормативний документ МОЗ України. Наказ). – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html.
8. Akachia Yoko, Margaret E. Kruk. Quality of care: measuring a neglected driver of improved health / Yoko Akachia & Margaret E Kruk // Bull World Health Organ. – 2017. № 95. P. 465–472. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.180190>.
9. Best M., Neuhauser D. Avedis Donabedian: father of quality assurance and poet / Best M., Neuhauser D. // Qual. Saf. Health Care. – 2004. - № 13. – P. 472–473. doi: [10.1136/qshc.2004.012591](https://doi.org/10.1136/qshc.2004.012591).
10. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC, USA: National Academies Press; 2001 – 8 p.
11. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care / A. Donabedian // Milbank Memorial Fund Quarterly. – 1966. № 44. P. 166–206.
12. Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach. - WHO Regional Office for Europe World Health Organization, 2008. – 63 p.
13. Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. – WHO, 2018. - 88 p.
14. Improving Provider Skills. Strategies for Assisting Health Workers to Modify and Improve Skills: Developing Quality Health Care - A Process for Change -Christel A. Woodward, 2000, WHO/EIP/OSD/00.1. – 54 p.
15. Improving value in health care: measuring quality. - Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development; 2010. – 110 p.
16. Ovreit, John; Townsend, Christina. Health Service Quality. An introduction to quality methods for Health Services. - Blackwell Scientific Publications, 1992. - 186 p.
17. Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems. - World Health Organization, 2006 – 40 p.
18. Smith Cedric M. Origin and Uses of Primum Non Nocere—Above All, Do No Harm! / Smith Cedric M. // Journal of Clinical Pharmacology. - May 2005. - № 45 (4). – P. 371-377. DOI: [10.1177/0091270004273680](https://doi.org/10.1177/0091270004273680).
19. The world health report 2008: primary health care now more than ever. Всемирная организация здравоохранения, 2008 г. – 125 с.
20. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. Всемирная организация здравоохранения и Международный банк реконструкции и развития / Всемирный банк, 2018. – 69 с.
21. What is universal health coverage? [Electronic resource]. Access: https://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/ru/.

Отримано 20.01.2019 ■

Вороненко Ю. В.¹, Шекера О. Г.^{1,2}, Круть А. Г.¹, Горачук В. В.¹

¹ Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, г. Киев, Украина

² Международная общественная организация «Международная ассоциация «Здоровье общества», г. Киев, Украина

Категория качества в сфере охраны здоровья: трансформация определения

Резюме. Цель исследования: определение содержания понятия качества на современном этапе развития мировой, в частности, отечественной сферы здравоохранения; анализ и обобщение результатов научных и международных исследований по теме в хронологическом аспекте. **Материалы и методы.** Проанализированы научные источники по теме (7 ед.), международные документы (11 ед.), законодательные и нормативно-правовые акты (3 ед.) с использованием методов системного подхода, системного и контент-анализа, графический. **Результаты.** Прослежена трансформация понятия качества в сфере здравоохранения с 1860 года, когда главной характеристикой качества была аксиома «Прежде всего, не навреди», до 2018 года, когда к характеристикам качества отнесены клиническая и экономическая эффективность, ориентированность на пациента, справедливость, безопасность, доступность (всесторонний охват доступом). Трансформация понятия в хронологическом аспекте происходила в зависимости от взглядов ученых (Томас Сиденгам, А. Донабедиан, John Ovreit),

а затем экспертов - представителей ВОЗ, Всемирного Банка, ОЭСР. Установлено, что отрицания предварительных характеристик качества в обновленных определениях не происходило; со временем характеристики дополнялись и приобретали более глубокое содержание в соответствии с изменением потребностей заинтересованных в качестве сторон: пациентов, профессионалов, менеджеров здравоохранения. Значительная роль в реализации феномена качества в здравоохранении в настоящее время принадлежит первичной медико-санитарной помощи. **Выводы.** Изменения понятия качества в сфере здравоохранения могут быть использованы при пересмотре и оптимизации политики и стратегии в области качества руководством отечественной отрасли и учреждений здравоохранения, а также местных территориальных общин при планировании мероприятий по повышению качества медицинской помощи и улучшению здоровья населения.

Ключевые слова: качество; здравоохранение; медицинская помощь; характеристики качества

Yu. V. Voronenko¹, O. G. Shekera^{1,2}, A. G. Krut¹, V. V. Horachuk¹

¹Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

²International Public Organization "International Association "Health of Society", Kyiv, Ukraine

Category of quality in health care: transformation definition

Abstract. Background. The purpose of the research: to define the content of the concept of quality at the present stage of development of the world, in particular, the domestic sphere of health care. Objectives of the study: analysis and generalization of the results of scientific and international researches on the topic in a chronological aspect. **Materials and methods.** Scientific literary sources (7 units), international documents (11 units), normative legal acts (3 units) were reviewed. We used such methods as system approach, system and content analysis, graphical. **Results.** The transformation of the concept of quality in health care was traced from 1860, when the axiom "First of all, do no harm" was the main characteristic of quality, until 2018, when clinical and economic efficiency, patient focus, equity, safety, accessibility (comprehensive access coverage) were attributed to the quality characteristics. The transformation of the concept in the chronological aspect took place depending on the views of scientists (Thomas Sidengam, A.

Donabedian, John Ovretveit), and then experts - representatives of WHO, World Bank, OECD. It was found that the negation of preliminary quality characteristics in the updated definitions did not occur; over time, the characteristics were supplemented and acquired a deeper content in accordance with the changing needs of stakeholders in the quality of the parties: patients, professionals, health care managers. A significant role in the implementation of the quality phenomenon in health care now belongs to primary health care. **Conclusions.** Changes in the concept of quality in the health sector can be used in the revision and optimization of the quality policy and strategy by the leadership of the domestic industry and health care institutions, as well as local territorial communities in planning activities to improve the quality of medical care and improve public health.

Keywords: quality; health protection; medical care; quality characteristics