

УДК 614.2

DOI 10.24412/2312-2935-2025-5-727-743

## СТРАТЕГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

*О.В. Сертакова<sup>1</sup>, О.В. Ходакова<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Министерство здравоохранения Московской области, г. Красногорск

<sup>2</sup>ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

**Введение.** Традиционные формы внутреннего контроля качества не обеспечивают устойчивого повышения качества медицинской помощи удовлетворённости пациентов. Это обуславливает необходимость перехода к всеобщему управлению качеством (*TQM*), основанному на стандартизации процессов, нормативной регламентации и пациентоцентричности.

**Цель исследования.** Обосновать взаимосвязь между стратегическим управлением качеством медицинской помощи и улучшением показателей здравоохранения, предложить концептуальные подходы к разработке стратегии управления качеством в медицинских организациях.

**Материалы и методы.** Проведено аналитико-теоретическое исследование с использованием статистических и синтетических методов. Проанализированы данные рейтингов качества жизни регионов России и эффективности региональных систем здравоохранения за 2021 и 2024 гг. Рассчитаны целевой коэффициент качества и уровень эффективности здравоохранения по Московской области с сопоставлением динамики изменений.

**Результаты и обсуждение.** Установлено, что в 2021–2024 гг. в Московской области произошло повышение целевых показателей качества медицинской помощи (с 79,3% до 84,5%) и эффективности системы здравоохранения (с 69,4% до 70,6%). Рост показателей связан с сокращением смертности, снижением заболеваемости и развитием внутреннего контроля качества. Определены три универсальные группы критериев стратегического управления качеством: структурные, процессные и результативные. Для каждой группы критериев предложены единичные переменные или единичные критерии, которые будут характеризовать качество медицинской помощи с точки зрения структуры управления медицинской организацией, построения в ней рабочих процессов, а также получаемых результатов ведения медицинской деятельности и оказания медицинской помощи населению.

**Заключение.** Переход от внутреннего контроля качества к *TQM* обеспечивает проактивное управление процессами, способствует цифровизации и стандартизации деятельности, повышает удовлетворённость пациентов и эффективность использования ресурсов. Внедрение всеобщего управления качеством в медицинских организациях требует комплексной организационной трансформации: от внутреннего аудита и нормативной стандартизации до формирования культуры качества, где качество медицинской помощи и безопасность медицинской деятельности становятся ключевыми ценностями.

**Ключевые слова:** внутренний контроль качества, медицинская помощь, управление качеством, *TQM*, безопасность пациентов, организационная трансформация, стандартизация процессов

## QUALITY MANAGEMENT STRATEGY IN HEALTHCARE

<sup>1</sup> *O.V. Sertakova*, <sup>2</sup> *O.V. Khodakova*

<sup>1</sup> *Ministry of Health of the Moscow Region, Krasnogorsk*

<sup>2</sup> *Russian research Institute of Health, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow*

**Introduction.** Traditional forms of internal quality control have not ensured sustained improvements in the quality of medical care or in patient satisfaction. This underscores the need to transition toward Total Quality Management (TQM), which is grounded in process standardization, regulatory compliance, and patient-centered care.

**Purpose of the study.** To examine the relationship between strategic quality management in medical care and improvements in healthcare performance indicators, and to propose conceptual frameworks for developing a quality management strategy in healthcare institutions.

**Materials and Methods.** A theoretical and analytical study was conducted using statistical and synthetic methods. Data from the 2021 and 2024 regional quality-of-life rankings and healthcare system performance assessments in the Russian Federation were analyzed. A target quality index and a healthcare efficiency index were calculated for the Moscow Region, and changes over time were evaluated.

**Results and Discussion.** Between 2021 and 2024, the Moscow Region demonstrated a notable improvement in key performance indicators for medical care quality (from 79.3% to 84.5%) and overall healthcare system efficiency (from 69.4% to 70.6%). This positive trend can be attributed to a reduction in mortality rates, a decline in morbidity, and the advancement of internal quality assurance mechanisms. The analysis identified three universal groups of strategic quality management criteria: structural, process, and outcome. For each group, specific single variables (or single criteria) were proposed to characterize medical care quality from different perspectives: the structural criteria reflect the organizational and managerial framework of healthcare institutions; the process criteria describe the design and implementation of internal workflows; and the outcome criteria assess the results of medical practice and the effectiveness of healthcare service to the population.

**Conclusion.** Transitioning from internal quality control to TQM enables proactive process management, supports digitalization and standardization efforts, enhances patient satisfaction, and improves resource utilization. Successful implementation of TQM in healthcare institutions requires a comprehensive organizational transformation—encompassing internal audits, regulatory standardization, and the development of a quality-driven culture in which the quality and safety of medical care are established as core organizational values.

**Keywords:** internal quality control, medical care, quality management, TQM, patient safety, organizational transformation, process standardization

**Введение.** Текущий этап демографического и социально-экономического развития характеризуется следующими тенденциями – с одной стороны, прослеживается сокращение

численности населения и одновременно увеличение продолжительности жизни (преимущественно среди женщин). С другой стороны, разрабатывается и реализуется всё больше государственных инициатив и программ, ориентированных на повышение рождаемости, снижение национального бремени болезней. Эти тенденции (сокращение численности населения, увеличение продолжительности жизни, ожидаемый рост рождаемости) требуют дальнейшего расширения и совершенствования социальной сферы. В первую очередь для социального обеспечения базовых потребностей населения российских регионов в сохранении здоровья, продлении трудоспособного возраста, родовспоможении необходима качественная медицинская помощь [1]. Качество медицинской помощи – это совокупность критериев, характеризующих те услуги и вмешательства, которые получают пациенты, обращающиеся в частные и государственные медицинские организации. К таким критериям прежде всего относятся [2-4]:

- во-первых, безопасность медицинской деятельности. Под этим критерием принято понимать отсутствие вреда при оказании медицинской помощи пациентам;
- во-вторых, доступность медицинской помощи. Под этим критерием принято понимать равноправие всех пациентов и справедливость в распределении доступа к медицинской помощи вне зависимости от пола, возраста, расы (национальности), социально-экономического статуса и места проживания пациента;
- в-третьих, эффективность медицинской помощи и её ориентацию на потребности и предпочтения пациента. Под этим критерием принято понимать использование научно обоснованных и доказанных методов лечения (профилактики, реабилитации) при одновременно рациональном использовании ресурсов медицинской организации, а также с учётом мнения пациента относительно приемлемости используемых ресурсов / методов и вовлеченности пациента в лечебный процесс.

**Цель** представленной статьи заключается в том, чтобы обосновать наличие объективной взаимосвязи между управлением качеством медицинской помощи и результатами, получаемыми на практике при использовании комбинации двух теоретико-методологических подходов: 1) внутренний контроль качества медицинской помощи в медицинских организациях и 2) всеобщее управление качеством (*TQM*) в здравоохранении.

**Материалы и методы.** Статья представляет собой аналитико-теоретическое исследование, в котором показано, что постоянная имплементация принципов управления качеством в здравоохранении с последовательным смещением управленческого фокуса с

процедур внутреннего контроля на стандартизацию рабочих процессов медицинских организаций приносит результаты в виде неуклонного и ощутимого повышения качества оказываемой населению медицинской помощи. Это в свою очередь восполняет потенциал, необходимый для устойчивого социально-экономического развития регионов и Российской Федерации в целом.

В качестве основных материалов использованы данные и описание методологии составления двух рейтингов: 1) "Рейтинг регионов России по качеству жизни" (публикуется ежегодно) [5] и 2) "Рейтинги регионов – показатели системы здравоохранения" (первый рейтинг был опубликован в 2021 году, второй – в 2024 году) [6]. Следуя принципу сопоставимости статистических данных, было выбрано два аналитических периода: 2021 и 2024 год соответственно. На основе сопоставления данных за указанные годы была проанализирована динамика изменения в группе показателей "Здоровье населения и уровень образования" по Московской области (входит в "Рейтинг регионов России по качеству жизни") с учётом изменений в динамике "Рейтинга эффективности региональной системы здравоохранения" (также по Московской области).

Были использованы статистические, аналитические и синтетические методы исследования с расчётом двух основных параметров, которые характеризуют качество медицинской помощи населению Московской области:

- целевой коэффициент качества медицинской помощи (по показателям, включенным в группу) в региональной системе здравоохранения Московской области, и его средняя геометрическая величина, выраженная в процентах;
- уровень эффективности региональной системы здравоохранения Московской области, выраженный в процентах.

Первый и второй параметры рассчитывались по ниже представленным формулам:

$$tc_i = 1 - \frac{r_{MR}}{\sum r_x}$$
$$GM = \left[ \left( \prod_{i=1}^n tc_i \right)^{1/n} \right] * 100 \quad (1)$$

$$EL = \left( 1 - \frac{r_{MR}}{\sum r_x} \right) * 100 \quad (2)$$

Где:

$tc_i$  – целевой коэффициент качества по  $i$ -ому показателю, включаемому в группу “Здоровье населения и уровень образования” по Московской области (входит в “Рейтинг регионов России по качеству жизни”);

$r_{MR}$  – рейтинговое место Московской области по  $i$ -ому показателю, а также рейтинговое место Московской области в “Рейтинге эффективности региональной системы здравоохранения”

$\sum r_x$  – сумма всех рейтинговых мест равна количеству субъектов Российской Федерации (85 субъектов, без учёта данных по новым регионам, поскольку статистика по ним отсутствует);

$GM$  – средняя геометрическая величина по группе показателей (“Здоровье населения и уровень образования” по Московской области), выраженная в процентах;

$n$  – количество показателей в группе “Здоровье населения и уровень образования” по Московской области;

$EL$  – уровень эффективности региональной системы здравоохранения Московской области, выраженный в процентах.

При этом регрессионные методы проверки полученных аналитических результатов не были использованы из-за ограниченного объёма данных “Рейтинга эффективности региональной системы здравоохранения”, поскольку по двум точкам на осях ординат будет строиться такая линейная зависимость, в которой и коэффициент детерминации, и коэффициент корреляции всегда будут стремиться по модулю к единице. Следует добавить, что мы не исключали из группы показателей “Здоровье населения и уровень образования” данные по уровню образования, поскольку, согласно имеющемуся научному консенсусу в вопросах общественного здравоохранения, уровень образования – это ключевой индивидуальный предиктор состояния здоровья человека [7, 8].

**Результаты.** В таблице 1 представлены результаты анализа качества медицинской помощи населению Московской области в динамике за последние пять лет.

Полученные данные свидетельствуют о том, что в 2021 году достигнутое целевое значение качества медицинской помощи в Московской области составляло не более 79%, поскольку:

- во-первых, в Московской области в 2021 году были достаточно высокие показатели: смертности населения в трудоспособном возрасте (17 место в рейтинге по этому показателю) и младенческой смертности (22 место в рейтинге);
- во-вторых, в Московской области в 2021 году был весьма высокий показатель заболеваемости на одну тысячу населения (27 место в рейтинге по этому показателю);
- в-третьих, рейтинг региона по приверженности населения ЗОЖ в 2021 году был низким относительно рейтинга по уровню образования и в контексте опережающего социально-экономического развития Московской области (итоговый рейтинг области по качеству жизни – третья позиция после Москвы и Санкт-Петербурга).

**Таблица 1**

Анализ качества медицинской помощи в Московской области (рассчитано авторами по данным источников [5, 6])

Показатель	2021 год		2024 год	
	Позиция в рейтинге	Целевой к-т	Позиция в рейтинге	Целевой к-т
<b>Группа показателей "Здоровье населения и уровень образования", входящих в рейтинг регионов РФ по качеству жизни (Московская обл.)</b>				
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	9	0,89	17	0,80
Смертность населения в трудоспособном возрасте	17	0,80	16	0,81
Младенческая смертность	22	0,74	12	0,86
Коэффициент перинатальной смертности	5	0,94	7	0,92
Заболеваемость на 1 тыс. населения	27	0,68	21	0,75
Доля населения в возрасте 15 лет и старше, имеющего высшее профессиональное образование	6	0,93	5	0,94
Доля населения в возрасте 15 лет и старше, не имеющего основного общего образования	9	0,89	14	0,84
Рейтинг региона по приверженности населения ЗОЖ	38	0,55	12	0,86
Средняя геометрическая величина по группе показателей, выраженная в процентах		79,3		84,5
<b>Рейтинг эффективности региональной системы здравоохранения</b>				
Субъект РФ	Позиция в рейтинге	Уровень	Позиция в рейтинге	Уровень
Московская область	26	69,4%	25	70,6%

Причины высокой заболеваемости и смертности (младенческой, в трудоспособном возрасте) в 2021 году в Московской области можно объяснить эпидемией новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Эпидемия COVID-19 также является причиной того, что в 2021 году в Московской области население не было привержено здоровьесберегающему поведению (частые нарушения противоэпидемических рекомендаций, несоблюдение социальной дистанции, увеличение уровня потребления алкогольных напитков, невозможность посещать оздоровительные центры, спортивные залы и т.д.) [9, 10].

В 2024 году достигнутое целевое значение качества медицинской помощи населению Московской области превысило 83%, преимущественно за счёт:

- 1) небольшого сокращения смертности населения в трудоспособном возрасте и существенного сокращения младенческой смертности;
- 2) значимого снижения заболеваемости на одну тысячу населения и существенного увеличения прироста рейтинга региона по приверженности населения ЗОЖ.

В том числе это стало возможным за счёт частичного нивелирования последствий эпидемии COVID-19. Но, по нашему мнению, основную роль в этом сыграло повышение эффективности региональной системы здравоохранения Московской области. За последние пять лет уровень эффективности здравоохранения в области увеличился с 69,4% до 70,6% (т. е. на 1,2 п.п.).

Согласно методологии составления "Рейтинга эффективности региональных систем здравоохранения" в 2021 году негативными факторами были: высокая первичная заболеваемость и недостаточная обеспеченность региона медицинскими организациями. Это означает, что критерий доступности, входящий в перечень критериев качества медицинской помощи, в Московской области не выполнялся. В 2024 году за счёт снижения смертности и заболеваемости, а также за счет реализации некоторых инициатив Минздрава Московской области по повышению доступности медицинской помощи в том числе с привлечением цифровых технологий региональный рейтинг эффективности здравоохранения продемонстрировал небольшой прирост, что, за счёт кумулятивных эффектов, привело к более выраженному приросту качества медицинской помощи (+5,2 п.п. в 2024 году относительно 2021 года).

Немаловажную роль в этом сыграла и планомерная работа Минздрава Московской области по внедрению в медицинских организациях (в первую очередь в государственных)

внутреннего контроля качества медицинской помощи. Так, например, к середине 2024 года в 50 медицинских организациях, подведомственных областному Минздраву, были созданы и функционируют отделы внутреннего контроля качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности – это 47% от общей численности подведомственных медицинских организаций. В других медицинских организациях назначены уполномоченные лица по контролю качества.

Проверки качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности, установленные планом на год, проводятся в 77 из 116 подведомственных медицинских организаций. Кроме этого в 74 медицинских организациях осуществляется выработка мероприятий по устранению нарушений и улучшению деятельности самих организаций. К сожалению, только в 62 медицинских организациях (чуть больше, чем в половине от общего количества подведомственных учреждений) итоги внутреннего контроля качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности доводятся до всех сотрудников. Также стоит отметить, что 90 подведомственных медицинских организаций не осуществляют сбор и анализ статистики, которая характеризует динамику изменения качества медицинской помощи. Эти и некоторые другие организационные дефекты не позволяют повысить эффективность региональной системы здравоохранения Московской области и ещё более значимо увеличить качество медицинской помощи, оказываемой населению.

Вместе с тем, хотелось бы отметить, что внедрение внутреннего контроля качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности – это, безусловно, важный, но только первый шаг. На втором этапе следует переходить от внутреннего контроля качества к всеобщему управлению качеством (*TQM*) как на уровне региональных систем здравоохранения, так и на уровне медицинских организаций [11-14].

**Обсуждение.** В своих ранее опубликованных исследованиях мы показали [11-14], что внутренний контроль качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности обладает объективными преимуществами, поскольку:

- 1) повышается точность диагностики и эффективности лечения пациентов (включая профилактические и реабилитационные вмешательства);
- 2) обеспечивается рациональное использование всех ресурсов как на уровне медицинской организации, так и на уровне региональной системы здравоохранения;
- 3) осуществляется целенаправленное выявление дефектов в оказании медицинской помощи и в рабочих процессах медицинских организаций;



- 4) обеспечивается соблюдение нормативных требований к ведению медицинской деятельности, установленных федеральным законодательством и подзаконными актами;
- 5) увеличивается удовлетворенность пациентов качеством фактически полученных ими медицинских услуг.

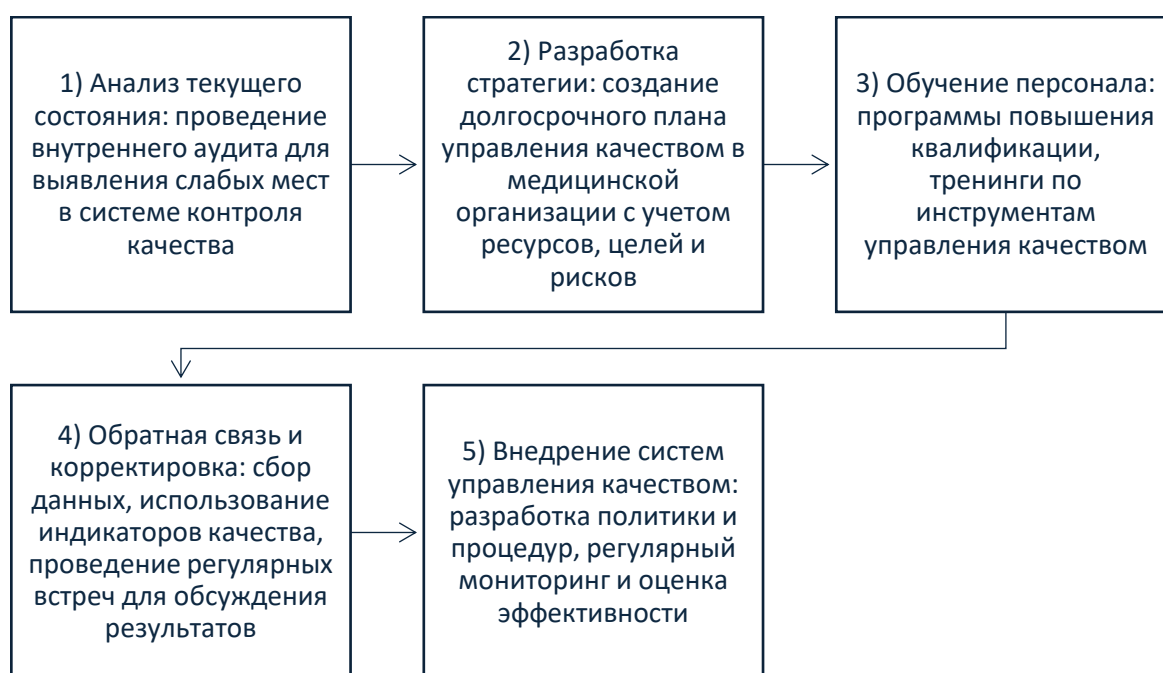
АСПЕКТ	ВНУТРЕННИЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА	УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ
Фокус	Конечный результат (ошибки, дефекты, нарушения)	Весь процесс (предотвращение ошибок, снижение рисков)
Подход	Реактивный: выявление проблем после их возникновения	Проактивный: создание системы предотвращения ошибок
Инструменты	Проверки, аудиты, санкции за нарушения	Анализ процессов, мониторинг показателей, обучение персонала
Ответственные за выполнение	Специальные службы контроля качества	Вся медицинская организация
Культура	Ориентация на поиск допустивших ошибки	Ориентация на командную работу

**Рисунок 1.** Аспекты отличий внутреннего контроля качества медицинской помощи от управления качеством в здравоохранении [14]

Однако стоит обратить внимание на то, что внутренний контроль качества – это всегда проверка одного рабочего процесса (либо его отдельного этапа) и выявление нарушений уже после того, как медицинская помощь была оказана. Иными словами, внутренний контроль качества медицинской помощи – это эффективный инструмент реагирования, в то время как управление качеством медицинской помощи – системный,

стратегический, проактивный подход, который охватывает всю сумму рабочих процессов медицинских организаций, стандартизируя и унифицируя эти процессы в контексте: нормативных требований, международных и государственных стандартов ведения медицинской деятельности, разработанных клинических рекомендаций и протоколов лечения, базирующийся на доказательной медицине (рисунок 1).

Как правило, переход от внутреннего контроля качества медицинской помощи к управлению качеством в здравоохранении включает пять основных этапов (рисунок 2).



**Рисунок 2.** Структура перехода от внутреннего контроля качества медицинской помощи к управлению качеством в здравоохранении [14]

Как видно из рисунка 2, первые два этапа в структуре перехода от внутреннего контроля качества медицинской помощи к управлению качеством в здравоохранении в целом и, в частности, в отдельных медицинских организациях, являются системообразующими и наиболее важными. Поэтому имеет смысл остановиться на них более подробно.

Анализ текущего состояния или внутренний аудит фактического уровня (достигнутого уровня) качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности включает три основных стадии. Первоначально проводится оценка того, насколько организационно-институциональная база медицинской деятельности в том или

ином учреждении соответствует критериям системности. Для этого необходимо проанализировать в какой степени медицинская организация в своей деятельности и, в том числе, при оказании помощи населению руководствуется стандартами семейства *ISO*, адаптированными для российской практики, а также нормативными требованиями, установленными в соответствующих ГОСТах. В части управления качеством в медицинских организациях следует руководствоваться:

1) международным стандартом *ISO 9001:2015* Системы менеджмента качества — Требования

2) российским стандартом ГОСТ Р 56036-2014 Услуги медицинские. Управление качеством. Основные положения» (утвержден и введен в действие Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 11.06.2014 N534-ст);

3) российским стандартом ГОСТ Р 71549-2024 Система менеджмента человекоцентричной медицинской организации» (утвержден и введен в действие Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 1.09.2024 № 1017-ст).

На этом же шаге анализируется достаточность имплементации в деятельность медицинской организации действующих клинических рекомендаций и протоколов лечения. Кроме этого необходимо провести аудит всей нормативно-разрешительной документации, опосредующей ведение медицинской деятельности самой организацией, а также её специалистами: лицензии, документы о профессиональном (основном и дополнительном) образовании медработников, сертификаты соответствия на медицинское оборудование, допуски персонала к работе (аккредитация, повышение квалификации, освидетельствование, иные допуски, предусмотренные занимаемой должностью).

На втором шаге обобщаются данные, сведения и информация о клинических результатах (исходах), эффективности и результативности использования всех ресурсов медицинской организации. Отдельно следует проанализировать результаты функционирования отделов качества (в том числе отдельных уполномоченных лиц и врачебных комиссий). Основное внимание в рамках внутреннего аудита качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности следует уделить обращениям граждан (пациенты и их законные представители): причины обращений, способы реагирования на них, общий уровень удовлетворённости фактически полученными медицинскими услугами и т.п.

На основе результатов внутреннего аудита качества медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности:

- во-первых, выявляются и ранжируются главные и второстепенные дефекты;
- во-вторых, определяется целевая миссия для стратегии управления качеством.

Как правило, целевая миссия стратегии управления качеством в здравоохранении соответствует ключевым критериям качества: обеспечение доступной, безопасной и эффективной медицинской помощи, основанной на доказательной медицине и ориентированной на пациента [7]. При этом стратегия управления качеством в здравоохранении может содержать конкретные целевые ориентиры:

- а) стандартизация и унификация основных (обычно рутинных) рабочих процессов, например, через СОПы (стандартные операционные процедуры);
- б) построение цифровой системы управления качеством с постоянно функционирующим автоматическим модулем внутреннего контроля;
- в) создание и поддержание организационной культуры, в которой высокое качество медицинской помощи и максимальная безопасность пациентов являются главными ценностями учреждения, которые [ценности] разделяются всеми сотрудниками, включая администрацию и немедицинский персонал.

В рамках разрабатываемой стратегии управления качеством на уровне медицинской организации также важно:

- 1) конкретизировать индикаторы качества, которые будут единообразными и одинаково интерпретируемыми на всех уровнях принятия решений (от младшего исполнительного персонала до администрации медицинской организации);
- 2) создать необходимые политики управления качеством: координация, ответственные лица и их зоны ответственности, внутренние стандарты построения рабочих процессов, система реагирования на отклонения и инциденты.

Политики управления качеством могут изменяться в зависимости от профиля медицинской организации, численности прикрепленного населения, территориального расположения и функционального предназначения. Но при этом мы считаем, что базовый набор индикаторов при управлении качеством в здравоохранении должен быть универсальным (таблица 2).

Здесь, в частности, можно воспользоваться концепцией управления качеством, предложенной А. Донабедян [4].

В этой концепции принято выделять структурные, процессные и результативные критерии качества, соответствующие стратегическому подходу к управлению качеством в системах здравоохранения, ориентированных прежде всего на пациента.

**Таблица 2**

Универсальные критерии в рамках управления качеством в здравоохранении (составлено автором на основе источника [4])

<i>Группа критериев</i>	<i>Единичные критерии, включаемые в группу</i>
Структурные критерии	должная обеспеченность квалифицированными кадрами
	наличие необходимого для профиля деятельности оборудования и медицинских технологий
	наличие лицензий, аккредитаций, сертификации и других регламентирующих и регулирующих документов
Процессные критерии	доля пациентов, получивших помощь на основе утверждённых клинических рекомендаций и протоколов лечения
	среднее время ожидания помощи (в приёмном отделении, у кабинета врача, по записи)
	доля медицинских документов пациентов, оформленных без нарушений
Результативные критерии	уровень летальности при первичных и повторных обращениях (госпитализациях)
	частота возникновения внутрибольничных инфекций
	частота повторных обращений и / или повторных госпитализаций

Таким образом, стратегический подход к управлению качеством в здравоохранении – это система долгосрочного, целенаправленного и интегрированного планирования, направленного на повышение эффективности, безопасности и ориентированности медицинской помощи на пациента, с учётом внутренней специфики организации медицинской деятельности.

**Выводы.** На основе материалов, изложенных в статье, нами сделаны следующие основные выводы:

1) управление качеством является ключевым фактором в обеспечении устойчивого развития региональных систем здравоохранения и достижения высоких показателей качества жизни населения;

2) внутренний контроль качества медицинской помощи, несмотря на свою эффективность, представляет собой преимущественно реактивный механизм, ориентированный на выявление и устранение дефектов. Переход к стратегии всеобщего

управления качеством (*TQM*) обеспечивает проактивное системное управление рабочими процессами на всех уровнях медицинской организации;

3) анализ данных по Московской области за 2021 и 2024 годы показал, что внедрение элементов *TQM* (создание отделов контроля качества, повышение организационной прозрачности, развитие цифровых решений) привело к улучшению целевых индикаторов качества медицинской помощи и увеличению уровня эффективности региональной системы здравоохранения;

4) основу стратегического управления качеством в медицинских организациях составляют три группы критериев: структурные, процессные и результативные. Их унификация позволяет реализовать принципы доказательной медицины, повысить удовлетворённость пациентов и оптимизировать использование ресурсов.

Для успешной реализации стратегии управления качеством в медицинской практике необходима комплексная организационная трансформация: от внутреннего аудита и нормативной стандартизации до формирования культуры качества, в которой безопасность и эффективность становятся приоритетными ценностями на всех уровнях принятия решений.

### Список литературы

1. Власова О.В. Оптимизация в здравоохранении и ее социально-экономические последствия для региона. Азимут научных исследований: экономика и управление. 2021;10 (3(36)):99-102. DOI: 10.26140/anie-2021-1003-0022
2. Коростелёв С.А., Песенникова Е.В., Гриднев О.В., Андреева Д.М. Понятие и оценка качества медицинской помощи. Дневник казанской медицинской школы. 2018;(3): 194-197
3. Endeshaw B. Healthcare service quality-measurement models: a review. Journal of Health Research. 2021;35 (2):106-117. <https://doi.org/10.1108/JHR-07-2019-0152>
4. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. The Milbank Quarterly. 2005;83 (4):691. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
5. Регионы России – рейтинги. Центр экономических исследований РИА РЕЙТИНГ. Режим доступа: <https://riarating.ru/regions/>. (Дата доступа: 18.04.2025).
6. Рейтинги регионов – показатели системы здравоохранения. Центр аналитики “Эксперт Online”. Режим доступа: <https://expertnw.com/from-editors/>. (Дата доступа: 18.04.2025).
7. Goldman D., Smith J.P. The increasing value of education to health. Social science & medicine. 2011;72 (10):1728-1737. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.047>

8. Mirowsky J. Education, social status, and health. New York: Routledge, 2017. 242 p. <https://doi.org/10.4324/9781351328081>
9. Локосов В.В., Назарова И.Б., Карпова В.М., Ляликова С.В. Специфика самосохранительного поведения населения столичного региона. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;35 (S2):1130-1136.
10. Мухаметова А.Д. Определение факторов, влияющих на здоровье трудоспособного населения региона. ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2024;10 (3(37)):49-57. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2024-10-3-49-57>
11. Сертакова О.В., Кустов Е.В. Цифровизация контроля качества медицинской помощи в государственных медицинских организациях. Проблемы рыночной экономики. 2024;3:57-70. DOI: <https://doi.org/10.33051/2500-2325-2024-3-57-70>
12. Люцко В.В., Степанян А.Ж., Каримова Д.Ю. Оптимизация управления качеством медицинской помощи в условиях реформирования здравоохранения. Фундаментальные исследования. 2013; 12(2):257-259.
13. Михайлова Ю.В., Сон И.М., Поликарпов А.В., Шикина И.Б., Голубев Н.А., Вечорко В.И., Иванов И.В. Оценка качества оказания и доступности медицинской помощи с использованием индексов благополучия показателей медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и имеющих прикрепленное население. Социальные аспекты здоровья населения. 2016; 5(51):1. DOI: 10.21045/2071-5021-2016-51-5-1
14. Сертакова О.В., Пузин С.Н., Кузьмина М.А. От контроля качества к управлению качеством: новая парадигма развития. Менеджмент качества в медицине. 2025;1:6-10.

### References

1. Vlasova O.V. Optimizatsiya v zdravookhranении i yeye sotsial'no-ekonomicheskiye posledstviya dlya regiona [Optimization in Healthcare and Its Socioeconomic Consequences for the Region]. Azimut nauchnykh issledovaniy: ekonomika i upravleniye [Research focus: Economics and Management]. 2021;10 (3(36)):99-102. (In Russian). DOI: 10.26140/anie-2021-1003-0022
2. Korostelov S.A., Pesennikova Ye.V., Gridnev O.V., Andreyeva D.M. Ponyatiye i otsenka kachestva meditsinskoy pomoshchi [Concept and assessment of the quality of medical care]. Dnevnik kazanskoy meditsinskoy shkoly [Diary of the Kazan Medical School]. 2018;(3):194-197. (In Russian).
3. Endeshaw B. Healthcare service quality-measurement models: a review. Journal of Health Research. 2021;35 (2):106-117. <https://doi.org/10.1108/JHR-07-2019-0152>

4. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. The Milbank Quarterly. 2005;83(4):691. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
5. Regiony Rossii – reytingi. Tsentr ekonomicheskikh issledovaniy RIA REYTING [Regions of Russia – rankings. RIA RATING Center for Economic Research]. Available from: <https://riarating.ru/regions/>. (Date accessed: Apr. 18, 2025). (In Russian).
6. Reytingi regionov – pokazateli sistemy zdravookhraneniya. Tsentr analitiki “Ekspert Online” [Regional rankings – indicators of the healthcare system. Expert Online Analytics Center]. Available from: <https://expertnw.com/from-editors/>. (Date accessed: Apr. 18, 2025). (In Russian).
7. Goldman D., Smith J.P. The increasing value of education to health. Social science & medicine. 2011;72 (10):1728-1737. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.047>
8. Mirowsky J. Education, social status, and health. New York: Routledge, 2017. 242 p. <https://doi.org/10.4324/9781351328081>
9. Lokosov V.V., Nazarova I.B., Karpova V.M., Lyalikova S.V. Spetsifika samosokhranitel'nogo povedeniya naseleniya stolichnogo regiona [Specifics of self-preservation behavior of the population of the capital region]. Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny [Problems of social hygiene, public health and the history of medicine]. 2024; 35(S2): 1130-1136. (In Russian).
10. Mukhametova AD. Opredeleniye faktorov, vliyayushchikh na zdorov'ye trudosposobnogo naseleniya regiona [Determination of factors influencing the health of the working-age population of the region]. ORGZDRAV: Novosti. Mneniya. Obucheniye. Vestnik VSHOUZ [ORGZDRAV: News. Opinions. Training. Bulletin of the Higher School of Healthcare Organization and Management]. 2024;10 (3(37)):49-57. (In Russian). DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2024-10-3-49-57>
11. Sertakova OV, Kustov YeV. Tsifrovizatsiya kontrolya kachestva meditsinskoy pomoshchi v gosudarstvennykh meditsinskikh organizatsiyakh [Digitalization of quality control of medical care in public medical organizations]. Problemy rynochnoy ekonomiki [Problems of the market economy]. 2024;3:57-70. (In Russian). DOI: <https://doi.org/10.33051/2500-2325-2024-3-57-70>
12. Lyutsko V.V., Stepanyan A.J., Karimova D.Yu. Optimizatsiya upravleniya kachestvom medicinskoj pomoshchi v usloviyah reformirovaniya zdravookhraneniya. [Optimization of quality management of medical care in the context of healthcare reform. Fundamental'nye issledovaniya. [Basic research]. 2013; 12(2):257-259. (In Russian)



13. Mikhailova Yu.V., Son I.M., Polikarpov A.V., Shikina I.B., Golubev N.A., Vechorko V.I., Ivanov I.V. Ocenka kachestva okazaniya i dostupnosti medicinskoj pomoshchi s ispol'zovaniem indeksov blagopoluchiya pokazatelej medicinskih organizacij, okazyvayushchih pervichnuyu mediko-sanitarnuyu pomoshch' i imeyushchih prikreplennoe naselenie. [Assessment of the quality of care and availability of medical care using indices of the well-being of indicators of medical organizations providing primary health care and having an attached population]. Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya. [Social aspects of population health]. – 2016; 5(51):1. DOI: 10.21045/2071-5021-2016-51-5-1 (In Russian)

14. Sertakova OV, Puzin SN, Kuz'mina MA. Ot kontrolya kachestva k upravleniyu kachestvom: novaya paradigma razvitiya [From quality control to quality management: a new development paradigm]. Menedzhment kachestva v meditsine [Quality management in medicine]. 2025;1:6-10. (In Russian).

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Acknowledgments.** The study did not have sponsorship.

**Conflict of interests.** The authors declare no conflict of interest.

#### Сведения об авторах

**Сертакова Оксана Владимировна** – кандидат экономических наук, начальник управления контроля за медицинской деятельностью Министерства здравоохранения Московской области. 143407, Московская область, г. Красногорск, бульвар Строителей, д. 1, e-mail: oksertakova@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-0894-5143; SPIN: 7959-3808

**Ходакова Ольга Владимировна** – доктор медицинских наук, профессор, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерство здравоохранения Российской Федерации, 127254, Россия, г. Москва, ул. Добролюбова, 11, e-mail: hodakova.ov@mail.ru, ORCID: 0000-0001-8288-939X; SPIN: 2314-6974

#### About authors

**Oksana Vladimirovna Sertakova** – PhD in Economics, Head of the Department for Oversight of Medical Activities, Ministry of Health of the Moscow Region, 1 Stroiteley Blvd., Krasnogorsk, 143407, e-mail: oksertakova@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-0894-5143; SPIN: 7959-3808

**Olga Vladimirovna Khodakova** – Doctor of Medical Sciences, Professor in Russian Research Institute of Health, 11 Dobrolyubova str., Moscow, 127254, e-mail: hodakova.ov@mail.ru, ORCID: 0000-0001-8288-939X; SPIN: 2314-6974

Статья получена: 01.10.2025 г.  
Принята к публикации: 25.12.2025 г.