

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління та національної безпеки

Кафедра економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного
управління

Кваліфікаційна робота
на правах рукопису

Давидович Ольга Володимирівна
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК 614.23
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОЮ
ДОПОМОГОЮ

(тема роботи)

281 «Публічне управління та адміністрування»
(шифр і назва спеціальності)

Подається на здобуття освітнього ступеня «Магістр»
кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання
ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне
джерело

_____ О. В. Давидович
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи

Ходаківський Євгеній Іванович
(прізвище, ім'я, по батькові)

доктор економічних наук, професор
Заслужений діяч науки та техніки України
(науковий ступінь, вчене звання)

Висновок кафедри _____
за результатами попереднього захисту: _____

Протокол засідання кафедри _____
№ _____ від « _____ » _____ 20 _____ р.

Завідувач кафедри _____

(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

(прізвище, ім'я, по батькові)

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти _____ захистив (ла)
(прізвище, ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:

сума балів за 100-бальною шкалою _____

за шкалою _____

за національною шкалою _____

секретар ЕК

(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

(прізвище, ім'я, по батькові)

АНОТАЦІЯ

Давидович О.В. Удосконалення системи забезпечення медичною допомогою. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису.
Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». – Поліський національний університет, Житомир, 2020.

Визначено перші та останні держави у рейтингу 100 країн світу з безкоштовною, універсальною та змішаними системами охорони здоров'я за основними індикаторами. Обґрунтовано перспективні шляхи для розвитку державної політики та описано кращі світові практики організаційно-функціональної конструкції систем охорони здоров'я, що є прийнятними для закладів охорони здоров'я України

Ключові слова: рейтинг, громадське здоров'я, державна політика, медична допомога, система охорони здоров'я, фінансування.

SUMMARY

Davydovych O.V. Improving the system of providing medical care. - Qualification work on the rights of the manuscript.
Qualifying work for an educational level master's specialty 281 «Public Management and Administration». – Polis'ky National University, Zhytomyr, 2020.

The first and last countries in the ranking of 100 countries with free, universal and mixed health care systems are identified according to the main indicators. Perspective ways for development of state policy are substantiated and the best world practices of organizational and functional design of health care systems that are acceptable for health care institutions of Ukraine are described.

Keywords: rating, public health, public policy, health care, health care system, funding.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ СТВОРЕННЯ І ФУНКЦІОНУВАННЯ НАЙКРАЩИХ СИСТЕМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДЕРЖАВ СВІТУ.....	8
РОЗДІЛ 2 ПРОГНОЗОВАНЕ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ ВНАСЛІДОК РЕФОРМИ	20
РОЗДІЛ 3 ПЕРСПЕКТИВНІ ШЛЯХИ РОЗВИТКУ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....	29
ВИСНОВКИ	38
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	39

ВСТУП

Актуальність теми.

Україна, здійснюючи медичну реформу, наразі знаходиться на шляху пошуку сучасних фінансово ефективних та медично результативних організаційно-функціональних структурних трансформацій первинної ланки галузі охорони здоров'я, стаціонарних лікарняних закладів, установ адміністрування, конструювання госпітальних округів, їх врядування, виведення лікарень на потрібній територіальним громадам рівень.

У світі існує багато країн, які створили властиві тільки їм системи, що опікуються охороною здоров'я своїх громадян. Основою для їх створення прийнято економічні, соціальні, культурні, територіальні та адміністративно-політичні особливості побудови цих країн. Хоча і основні принципи цих системних конструкцій відповідають загальновідомим характеристикам, але все ж вони є достатньо розбіжними одна від іншої.

Отже організаторам охорони здоров'я, політичним діячам, об'єднаним територіальним громадам в Україні належить досконально вивчити існуючі системи охорони здоров'я у світі і також створити власну будову низькозатратної, високоефективної системи охорони здоров'я, яка задовольнила б усім характеристикам її функцій.

Метою кваліфікаційної роботи є теоретичне обґрунтування та розробка практичних рекомендацій щодо становлення і розвитку удосконаленої організаційно-функціональної системи охорони здоров'я України.

Відповідно до встановленої мети були виконані такі **завдання**:

- за окремими показниками визначити найвищі рейтингові місця систем охорони здоров'я серед економічно розвинутих країни світу;
- обґрунтувати теоретико-методологічну сутність та організаційно-функціональну конструкцію їх систем охорони громадського здоров'я;
- аналогічно за рівноцінними індикаторами розглянути охорону здоров'я країн світу, що розвиваються;

- установити місце нашої країни у рейтингу держав у цій галузі господарювання;
- здійснити аналіз господарської діяльності з медичної практики КНП «Центральна районна лікарня» Житомирської районної ради;
- визначити перспективи та роль державної та місцевої політики України у функціонуванні галузі охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є галузь забезпечення медичною допомогою населення України.

Предметом даного дослідження є поєднання теоретико-методичних, юридичних, практичних аспектів кращих світових практик становлення й розвитку змінних та сталих складових системи охорони здоров'я заможних країн, країн що розвиваються та місце України у цьому рейтингу становлення та розвитку системи охорони здоров'я

Методологічну та теоретичну основу досліджень склав критичний аналіз практичних розробок побудови державної політики держав і наукових праць провідних вітчизняних та закордонних вчених в опрацюванні новітніх змін організаційно-функціональних складових системи охорони здоров'я, монографічної і періодичної літератури, спеціальної літератури за проблемою розвитку систем охорони здоров'я держав світу та місце України серед них.

Для вирішення поставлених завдань у дипломній роботі використано загальнологічні методи дослідження, зокрема: системний аналіз, наукової абстракції, порівняльного аналізу, структурно-логічний, діалектичний, аналізу і синтезу, індукції і дедукції, бібліосемантичний (мета аналіз) та ін., методи емпіричного рівня: описування, монографічний, медико-географічний підрахунку.

Особистий внесок автора. Кваліфікаційна робота - завершене дослідження. Представлені автором результати наукових досліджень одержані особисто автором. Висновки та пропозиції, отримані в ході

дослідження, спрямовані на удосконалення власне системи забезпечення медичною допомогою для збереження і укріплення здоров'я народу України.

Кваліфікаційна робота складається зі вступу де вказано актуальність обраної теми, мета і завдання, предмет, об'єкт і методи дослідження, теоретичного розділу 1, в якому охарактеризовано найвищі рейтингові місця систем охорони здоров'я серед економічно розвинутих країни світу, обґрунтовано теоретико-методологічну сутність та організаційно-функціональну конструкцію їх систем охорони громадського здоров'я, рейтингове місце нашої держави в оцінці стану системи надання медичної допомоги; аналітичного розділу 2, в якому здійснено аналіз кращих світових практик щодо наслідків здійснення медичної реформи; розділу 3, в якому визначено перспективи державної політики функціонування системи забезпечення медичною допомогою, побудови її нової конструкції; висновків; списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1

В умовах різкого зниження життєвого рівня населення, незадовільного забезпечення ліками, старіння обладнання, зростання захворюваності, постаріння, смертності соціальна захищеність населення опинилася в критичному стані, особливо на віддалених від великих поселень територіях. Ситуація, що виникла, ускладнюється зниженням загальної культури здоров'я людей, значна частина яких веде нездоровий спосіб життя. Негативну роль зіграло руйнування колишньої радянської системи профілактики захворювань, що довела свою безперечну ефективність. Відбулося падіння авторитету професії лікаря – центральної фігури в системі охорони здоров'я, намітилося відставання практичної медицини від досягнень науки.

Питання охорони здоров'я є об'єктом соціально-політичної боротьби за права людини. Політичні установки з охорони здоров'я є першим і найважливішим елементом комплексу заходів з охорони здоров'я населення. Немає жодної політичної партії, в програмі якої не висувалися б вимоги з проблем охорони здоров'я. Тому обґрунтування політики охорони здоров'я, стратегічних напрямків його подальшого розвитку є найважливіша складова професійної підготовки фахівців і, перш за все, організаторів охорони здоров'я.

Україна, здійснюючи медичну реформу, наразі знаходиться на шляху пошуку сучасних фінансово ефективних та медично результативних організаційно-функціональних структурних трансформацій первинної ланки галузі охорони здоров'я, стаціонарних лікарняних закладів, установ адміністрування, конструювання госпітальних округів, їх врядування, виведення лікарень на потрібній територіальним громадам рівень.

У світі існує багато країн, які створили властиві тільки їм системи, що опікуються охороною здоров'я своїх громадян. Основою для їх створення прийнято економічні, правові, соціальні, культурні, територіальні та адміністративно-політичні особливості побудови цих країн. Хоча і основні

принципи цих системних конструкцій відповідають загальновідомим характеристикам, але все ж вони є достатньо розбіжними одна від іншої. Отже організаторам охорони здоров'я, політичним діячам, об'єднаним територіальним громадам в Україні належить досконально вивчити існуючі системи охорони здоров'я у світі і також створити власну будову низькозатратної, високоефективної системи охорони здоров'я, яка задовольнила б усім характеристикам її функцій.

World Population Review є незалежною організацією без політичної приналежності. У 2020 р. нею зроблено звіт, частину якого становить рейтинг 100 країн зі своїми системами охорони здоров'я. Для нас складає інтерес вивчити найкращі. Їх складові організації, структури, а також їх функціональність, механізми фінансування, покриття медичною допомогою населення, розподіл допомоги і послуг поміж його контингентами. За нашим розумінням це надасть нам можливість залучити прийнятні компоненти цих систем для побудови подібної галузі в Україні.

Універсальна система охорони здоров'я **Франції**, за даними ВООЗ, є найкращою у світі за всіма вимірами, від співвідношення лікарів до пацієнтів до тривалості часу очікування, Франція послідовно доставляє сильні результати. Система відома як Універсальний захист Маладі (Protection Maladie Universelle – PUMA) виникла з попередньої Couverture Maladie Universelle (CMU) була перероблена в 2016 р. для всеосяжності і доступності. 96% всіх жителів Франції охоплені комплаєментерною системою громадської охорони здоров'я (CMU–complémentaire – CMU-C), що надає безкоштовне страхування тим, хто має низький дохід або був безробітним. Версія цієї програми продовжується і до наших днів як доповнення до програми PUMA. У Франції лікарні є державними і регулюються як некомерційні. Всі пацієнти мають право на комплексний профілактичний огляд кожні п'ять років.

Витрати французької системи охорони здоров'я.

Приблизно 8% заробітної плати утримується автоматично, щоб допомогти оплатити систему. Всі громадяни платять в систему і тарифи, які лікарі і лікарні можуть стягувати регулюються державою. Урядова агенція Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé або ANAES відповідає за надання рекомендацій та рекомендацій щодо практики. Це включає в себе лікування та нагляд за певними умовами та оцінку ставок та практику реімбурсації.

Загалом, близько 70% витрат на охорону здоров'я, включаючи лікарів загальної практики, лікарні, стоматологів та фармацевтичні витрати, покриваються урядом. Пацієнти платять решту 30%. Літні громадяни та люди з хронічними захворюваннями покриваються на 100% своїх медичних витрат. Пацієнти повинні зазначити, що в багатьох випадках вони зобов'язані платити авансом, а потім бути відшкодовані урядом.

Середня вартість відвідування екстреної допомоги становить € 100, а пацієнти, як правило, платять лише € 10. Середня вартість візиту лікаря становить € 23 без покриття, а пацієнти з охопленням платять в середньому € 6,60.

Плюси і мінуси системи охорони здоров'я у Франції.

Резиденти, мають право на державне (безкоштовне) медичне страхування (інакше - публічне), незалежно від вашого статусу зайнятості. Як і багато країн з універсальною охороною здоров'я, Франція стикається з проблемами довгого очікування стаціонарних лікувальних послуг і направлення до спеціалістів. Приватне медичне страхування є одним із способів звести до мінімуму ці очікування і отримати лікування в об'єкті, який є більш приватним і більш комфортним.

Приватне медичне страхування також може оплачувати послуги, не охоплені державною системою, як консультації з хіропрактиками та фізіотерапевтами. Пацієнт також може покрити решту 30% базових витрат на догляд зі своєї кишені в якості співоплати, коли вони використовують державну систему [1].

З 1978 р. Національна служба охорони здоров'я **Італії** (Servizio Sanitario Nazionale) керується принципами універсального охоплення, солідарності, людської гідності та здоров'я та базується на регіональному рівні, але обов'язки є на національному, регіональному та місцевому рівнях. Надання медичних послуг у 19 регіонах і двох автономних провінціях здійснюється через місцеві підрозділи охорони здоров'я. Кожен регіон має значну незалежність і гнучкість для визначення власних пріоритетів і цілей. Італійці мають одну з найвищих в світі тривалість життя, а також дуже низький рівень дитячої смертності.

Стаціонарна допомога, екстрена швидка допомоги відвідування лікаря та первинна допомога безкоштовні, лабораторні дослідження, якщо це не діагностичні процедури і ліки, що відпускаються за рецептом, що потребує до 30% від вартості. Люди похилого віку, вагітні жінки та діти звільняються від цих витрат.

Система в першу чергу фінансується через оподаткування заробітної плати. Податок у розмірі 10,6% застосовується до перших 20 660 євро доходу. Ставка знижується до 4,6% для доходу між € 20,51 і € 77,480. Система також фінансується за рахунок федерального та регіонального загального оподаткування, таких як податок на прибуток та податки на додану вартість на товари та послуги [2].

Іспанія має універсальну, одну з провідних систем охорони здоров'я в світі, відому як Sistema Nacional de Salud – SNS. З 2002 р. медичні обов'язки були перенаправлені на 17 регіональних міністерств охорони здоров'я. Однак Міністерство охорони здоров'я, соціальних служб та рівності залишається відповідальним за політику та моніторинг ефективності роботи на національному рівні. У 2009 р. Іспанія посіла 7-е місце в загальному заліку ВООЗ, а також займає 6-е місце в ЄС за кількістю лікарів, в середньому близько 4/1000 чоловік, і іспанський уряд витрачає коло близько 9,2% ВВП на охорону здоров'я [3].

Хоча Іспанія має довгу історію підтримки і просування медицини, починаючи з середньовіччя, SNS існує тільки з 1986 р., завдяки Загальному закону про охорону здоров'я, що відповідає конституції Іспанії 1978 р. [4].

Універсальна з 1961 р. система охорони здоров'я **Японії** є однією з найкращих у світі, яка бере свій початок в 1927 р. з плану охорони здоров'я співробітників.

Система надає високий пріоритет профілактичній спрямованості медицини (безкоштовні скринінгові тести на певні захворювання, а також чудові пренатальні програми). Однак, незважаючи на це, японські лікарі та медсестри не зобов'язані поновлювати ліцензії і навіть не повинні брати участь у продовженні освіти. Крім того, японські громадяни, як правило, не мають одного сімейного лікаря, як наприклад у Канаді або США. Є порівняно дуже мало лікарів загальної практики. Пацієнти, які потребують допомоги, просто йдуть безпосередньо до потрібного їм фахівця.

Система громадської охорони здоров'я Японії відома як соціальне медичне страхування (Social Health Insurance – SHI), що застосовується до всіх, хто працює повний робочий день з середньою або великою компанією. Приблизно 5% зарплати відраховується для оплати SHI, вартість відповідає роботодавцям. Кожен, хто не має права відповідно до SHI, покривається за планом Національного медичного страхування (National Health Insurance - NHI). Це включає в себе самозайнятих людей, таких як емігранти і він також поширюється на тих, хто працює на малий бізнес і безробітних. Платня за NHI справляється на основі доходу.

Уряд оплачує 70% витрат на охорону здоров'я, пов'язаних з медичними призначеннями, відвідуванням лікарень і за рецептами. Пацієнти платять за решту 30% витрат. Однак, виходячи з рівня доходів, це співвідношення може змінитися на користь пацієнта.

47 регіонів Японії несуть відповідальність за виконання правил і графіка зборів. Вони також гнучко формують власний місцевий бюджет з урахуванням регіональних проблем охорони здоров'я.

Обласні муніципалітети також адмініструють «медсестринську допомогу». Це додатковий внесок у розмірі 2%, необхідний громадянам старше 40 років. Ця вартість покриває витрати, пов'язані з тривалим доглядом і будинками перестарілих [5].

Якість охорони здоров'я в **Португалії** сильна і неухильно поліпшується. У 2018 р. індекс споживачів меддопомоги посів 13-е місце в Європі за рейтингом португальської системи охорони здоров'я. Це краще, ніж Великобританія, Іспанія, Італія та Ірландія. Всього трьома роками раніше, в 2015 р. система охорони здоров'я Португалії була на 20-му місці. А в 2012 р. посіла 25-е місце. Високоякісні стандарти конфіденційності, права пацієнтів, доступність і короткий час очікування сприяють високому становищу Португалії. В даний час середня тривалість життя португальців 81 рік. Це частково завдяки лікарям Португалії та відомим університетським освітнім та дослідницьким програмам. Вони включають в себе школу медичних послуг в Університеті Мінхо, медичний факультет Університету Коїмбра, і факультет медичних наук в Новому університеті Лісабона.

Система охорони здоров'я в Португалії складається з трьох компонентів. Перший - Національна служба охорони здоров'я або NHS (португ.: Servico Nacional de Saude – SNS). Це форма субсидування державної допомоги людям, які сприяють системі соціального забезпечення.

Друга система – це спеціальна соціальна ініціатива охорони здоров'я під назвою програма підсистеми охорони здоров'я, яка охоплює понад 1,3 млн державних службовців.

Третє – добровільна приватна охорона здоров'я, популярний вибір для емігрантів. Ряд приватних мереж охорони здоров'я існують в Португалії, включаючи Multicare, AdvanceCare і Medis.

Приблизно 20% жителів користуються приватною охороною здоров'я, щоб доповнити свою громадську охорону здоров'я. Приватна охорона здоров'я охоплює додаткові послуги, які державна система не включає, такі як стоматологічна та офтальмологічна допомога. Система громадського

здоров'я в Португалії доступна для громадян та постійних жителів. Також європейські резиденти, які мають Європейську картку медичного страхування мають право на такі ж стандарти громадського покриття, як і жителі Португалії [6].

Велика Британія має універсальну Національну службу охорони здоров'я (NHS) , засновану в 1946 р., задіяну в 1948 р., що несе відповідальність за всі аспекти системи охорони здоров'я Великобританії і є улюбленим громадським закладом. Закон про національне страхування 1911 р. забезпечував медичне покриття зайнятих осіб через відрахування від заробітної плати. Сьогодні NHS також є однією з найбільших систем громадського здоров'я в світі, обслуговуючи в середньому 1 млн людей кожні 36 годин. Великобританії витрачається на охорону здоров'я.

Всі аспекти медичних послуг охоплюються безкоштовно через NHS. Це включає в себе поїздки швидкої допомоги, відвідування екстреної допомоги, профілактичні заходи, хірургічні процедури та поточні програми лікування, такі як хіміотерапія. Всі ліки, пов'язані з відвідуванням лікарні, безкоштовні. Крім того, вартість рецептурних ліків в аптеках дуже недорогі, як правило, коштує всього кілька фунтів за рецептом.

Приблизно 12% жителів Великобританії мають приватне покриття. Багато людей, які отримують приватне покриття роблять це як частина пакету виплат працівникам. Основні переваги приватного страхування включають скорочення часу очікування і більш комфортні і приватні об'єкти. Більшість приватних клінік розташовано у Лондоні та інших великих містах. Загалом вони спеціалізуються на дуже специфічному виді допомоги. Хоча більшість приватних об'єктів у системі охорони здоров'я Великобританії є прибутковими установами, є кілька некомерційних приватних установ, які адмініструють приватні фонди або трасти чи через благодійні установи [7].

Ірландія має універсальну систему громадського здоров'я, яка фінансується урядом шляхом оподаткування для всіх законних жителів. Приблизно 37% населення має доступ до абсолютно безкоштовного

державного сервісу через систему Medical Card – категорія 1 догляду. Всі візити лікарів, лікарняна допомога, аналізи та ліки безкоштовні. Тижневий показник для однієї людини становить 184 євро або менше [8].

Загальні стандарти системи охорони здоров'я в Ірландії дуже високі. Наразі національна медична система охоплена Актом про охорону здоров'я 2004 р., який створив новий орган на чолі з виконавчим директором Ірландської служби охорони здоров'я, відповідальним за надання медичних і соціальних послуг. Сьогодні майже 40% населення отримує медичну допомогу абсолютно без будь-яких витрат. Крім системи Medical Card є візитна картка General Physician Visit Card (GP). Якщо у вас є така картка, вам не потрібно платити за відвідування лікаря. Вам доведеться оплатити ліки та інші послуги [9].

Картка GP поширюється на тих, хто не досяг порогу для медичної картки, це приблизно 9% населення. Решта населення, хто не має права на медичну або візитну картку все ж є учасником універсальної системи охорони здоров'я. Однак їм доведеться оплатити певні послуги. Середня вартість візиту лікаря становить 50 євро. Середня вартість відвідування екстреної допомоги становить 100 євро, якщо у вас немає направлення лікаря.

Понад 40% жителів Ірландії мають приватний поліс медичного страхування. Це найбільший відсоток у всій Європі. Популярність приватної медичної допомоги частково обумовлена витратами, пов'язаними з державною системою для тих, хто не має права на медичну картку та програми GP Visit Card. Конкуренція серед компаній в Ірландії обмежена. Лише чотири компанії пропонують приватну медичну страховку: Irish Life Health [10], Laya Healthcare [11], VNI Healthcare [12].

Ірландія має легкі умови для отримання громадянства, за умови необхідних документів, якщо хоча б один з ваших бабусь і дідусів народився в Ірландії, ви можете подати заявку, щоб стати громадянином Ірландії, що ви можете виготовити для підтримки вашого лінійки [13].

Універсальна система громадської охорони здоров'я **Швеції** фінансується урядом шляхом оподаткування і є однією з найкращих у світі. 3% вартості покладається на громадян. Існує невелика співоплата пацієнтів які платять за кожен візит лікаря від 100 до 300 крон. Вартість відвідування ургентної допомоги трохи вище 300 крон. Перебування в лікарні становить близько 120 крон на день протягом перших десяти днів, і 60 крон на день після цього. Є винятки для осіб у віці до 16 років і тих, хто кваліфікований як вразливі особи. В цілому, середня співоплата громадянина становить 1100 крон на рік.

Ліки, що відпускаються за рецептом, хоча і не безкоштовні, дуже доступні. Загальна сума, яку заплатить пацієнт, становить 2200 крон на рік. Якщо їх рецепт законопроект перевищує цю суму, уряд платить різницю.

На відміну від багатьох інших західних країн, пренатальна і післяродова допомога в Швеції в першу чергу доставляється через акушерок, відомих як барнморскатори. Швеція має комплексну програму екстреної допомоги. Відділення невідкладної допомоги в лікарнях відкриті 24 години на добу, і меддопомога надається з направленням лікаря або без нього. У деяких округах є плата за використання швидкої допомоги або медичного вертольота для транспортування, але ця вартість становить 1100 крон.

Приватна охорона здоров'я зазвичай не використовується в Швеції, але популярність її повільно зростає. Близько 1 з 10 шведів тепер мають приватне медичне страхування. Їх основна мотивація полягає в мінімізації часу очікування, який в державних лікарнях, може бути досить довгим.

Крім коротшого часу очікування, догляд в приватних об'єктах також більш приватний і більш комфортний. Ви можете очікувати номер для себе з великою кількістю зручностей і високим рівнем сервісу.

Приватні лікарні відокремлені від системи громадської охорони здоров'я. У них немає списків очікування, а деякі фінансуються приватними страховими компаніями. Деякі вимагають, щоб ви платили авансом, а потім

пізніше отримати відшкодування від вашого власного страхового провайдера. Кожен турист може отримати медичне лікування в будь-якому громадському закладі. Однак, за відсутності подорожнього медичного страхування, доведеться заплатити за лікування. Ті, хто мав European Health Insurance Card (EHIC) – Європейську картку медичного страхування мають такі ж можливості для отримання медичної допомоги, що і громадяни [14].

Емігранти, які є постійними жителями Швеції або ті, хто знаходяться в Швеції з дозволом на роботу також мають право на державне медичне страхування [15].

Німецька галузь охорони здоров'я є універсальною системою мультиплатника, що значною мірою фінансується урядом. Це одна з найуспішніших систем охорони здоров'я у світі. Тим не менш, тривалість життя Німеччини займає 13-е місце в світі і має найвищий рівень витрат в Європі.

Практично всі громадяни і жителі - мають вибір з трьох різних потоків догляду.

3 Типи охорони здоров'я Німеччини

1. Гезецліхе Кранкенверсічерунг або система GKV (публічна система)

Система державного страхування, яка оплачується роботодавцями та працівниками. Вартість визначається доходом, що робить систему GKV надзвичайно доступною. 92% населення обирає регульовану урядом систему державного медичного страхування, відому як Gesetzliche Krankenversicherung або GKV. У системі GKV пацієнти мають вибір з більш ніж 100 різних "Krankenkassen" або "фондів хвороби". Krankenkassen адмініструє охорону здоров'я для кожного пацієнта. Кожен Krankenkassen має свій особливий підхід до догляду за пацієнтами.

2. Система Künstlersozialkasse (KSK) (самозайнята система)

Страхування для самозайнятих художників, письменників, журналістів та музикантів. KSK по суті виступає в якості роботодавця, сплачуючи половину витрат на страхування для людей в цих областях.

3. Приватна Krankenversicherung або PKV System (приватна система)

PKV є приватним страхуванням, яке невелика частина людей вибирає для більшого рівня сервісу. Учасники повинні мати дохід, який перевищує € 57,600 на рік, або € 4800 на місяць. З ціннісної пропозиції, PKV часто дорожче, ніж GKV і в подальшому обмежується тим, що охоплення включає тільки одну людину. Німці не обмежені географією і не повинні вибирати лікаря в своїй громаді [16].

У 2004 р. **Канада** представила першу в країні програму єдиного платника, універсальну програму охорони здоров'я. Разом з тим перше, що потрібно усвідомлювати – канадської системи охорони здоров'я немає. Йдеться про те, що кожний муніципалітет з 13 провінцій і територій самовладно фінансує і адмініструє свою власну систему громадського здоров'я, а відтак це гарантує, що регіональні проблеми можуть бути пріоритетними. Однак керівні принципи і стандарти встановлюються федеральним урядом. Вони гарантують, що по всій країні існує послідовний рівень допомоги. Він оплачується за рахунок оподаткування та державних коштів і доступний для всіх канадців без кишенькових витрат.

Найбільш важливими з цих керівних принципів є п'ять, визначених у 1984 р. Законом Канади про охорону здоров'я

- державне управління на неприбутковій основі державним органом;
- комплексність – плани охорони здоров'я провінції повинні забезпечити всі послуги, які є медично необхідними;
- універсальність – гарантія того, що всі жителі Канади повинні мати доступ до державної охорони здоров'я та застрахованих послуг на єдиних умовах;
- переносимість – резиденти повинні бути охоплені, тимчасово відсутні в провінції проживання або з Канади;

- доступність – застраховані особи повинні мати розумний та рівномірний доступ до застрахованих медичних послуг, вільних від фінансових або інших бар'єрів.

Слід зазначити, що ці принципи призначені тільки для канадців і постійних жителів. Для канадців основною вимогою для покриття є статус резидента [17].

Згідно з умовами Закону про охорону здоров'я Канади, всі «застраховані особи» мають право на отримання «застрахованих послуг» без копайменту. Такі послуги визначаються як медично необхідні послуги, якщо вони надаються в лікарні, або лікарями. Більшість канадців купують приватне медичне страхування, щоб забезпечити доступ до приватних лікарень або лікарень у Сполучених Штатах [18].

Україна у цьому рейтингу 100 країн займає 79 місце. Останніми у цьому списку є Панама, Фіджі, Бенін, Науру, Румунія і Сент-Кітс і Невіс.

РОЗДІЛ 2

Отже, як саме реформа охорони здоров'я вплине на здоров'я населення?

1. Реформа сприятиме профілактиці. 100 000 життів можуть бути врятовані щороку.

2. Реформа призведе до кращої якості та безперервності медичної допомоги, частково через розширення інформаційних технологій у галузі охорони здоров'я. Електронні медичні записи мають фундаментальне значення для реформування охорони здоров'я та зменшення попереджених медичних помилок.

3. Реформа допоможе у вирішенні хронічних захворювань. У національному звіті про здоров'я у США заявлено що семеро з кожних 10 американців, які помирають щороку, помирають від хронічної хвороби. Це 1,7 мільйона чоловік. І без реформи медичного страхування і акценту на регулярній первинній медичній та профілактичній основі, це число тільки збільшиться [19].

Як може здатися, що це занадто дорого, але системи охорони здоров'я є інвестицією в людей. Здоровіші люди можуть легше робити свій внесок в економіку і суспільство, що для бідніших країн є ще більш важливим. Але структура системи охорони здоров'я, які витрати, повинна бути відповідною і враховувати місцеві умови і обмеження [20].

Первинна медико-санітарна допомога також пропонує найкращий спосіб впоратися з недужими життям у XXI столітті: глобалізація нездорового способу життя, швидка незапланована урбанізація та старіння населення. Ці тенденції сприяють зростанню хронічних захворювань, таких як хвороби серця, інсульт, рак, діабет і астма, які створюють нові вимоги до довгострокового догляду і сильної підтримки громади. Мультисекторальний підхід є центральним у профілактиці, оскільки основні фактори ризику цих захворювань лежать за межами сфери охорони здоров'я.

У більшості країн вторинна допомога – коли лікар первинної допомоги направляє пацієнта до фахівця. Постачальники вторинної медичної допомоги, як правило, не мають типу безперервного контакту з пацієнтами, які роблять надавачі первинної медичної допомоги, але допомагають вирішити більш складні умови.

Третинна – спеціалізована консультативна допомога, а також часто стаціонарна допомога. Люди нерідко говорять про будівництво лікарень, особливо коли мова йде про допомогу і благодійність для бідних регіонів і країн. Однак часто зміцнення та вдосконалення первинної медичної допомоги може забезпечити більш ефективну медичну допомогу (а також послабити навантаження на вторинну та третинну допомогу). Хоча це може бути краще для одержувачів, особливо в бідних країнах, але це важче виміряти і тому цим часто нехтують [21].

Лікарні займають дуже важливу позицію в системі охорони здоров'я і, як вважають, здібні внести зміни в медичне середовище. Лікарні та заклади охорони здоров'я доставляють якісну медичну допомогу потребуючим пацієнтам та допомагають у збереженні та вдосконаленні системи охорони здоров'я. Лікарні пропонують різні медичні послуги, більшість з яких доступні вдень і вночі на благо пацієнтів.

Лікарні, завдяки своєму стратегічному становищу в галузі охорони здоров'я, можуть відігравати значну роль у вдосконаленні системи охорони здоров'я [22].

Щоб суттєво покращити охорону здоров'я, держави повинні підходити до охорони здоров'я так, як успішний бізнес наближається до боротьби з підрозділами. Вони повинні розуміти першопричини невдачі, і вносити зміни, необхідні для поліпшення ситуації [23].

Деякі сфери, вплив на які може спрацювати на покращення в медичних службах та управлінні ними:

I. Поліпшення управління лікарнею

Необхідно організувати різні сфери управління та управління лікарнями та забезпечити належну координацію. Структуру та архітектуру лікарні, її розташування, систему поводження з відходами та інші фактори, які можуть вплинути на сусідні райони або навколишнє середовище, потрібно регулярно переглядати. Необхідні зміни повинні бути зроблені, де це можливо, і весь персонал повинен бути обізнаний про кращу політику.

II. Поліпшення медичної допомоги

Забезпечення висококваліфікованих медичних працівників та сестринського персоналу для надання якісної медичної допомоги. Забезпечення безпечними лікарськими засобами та медичними процедурами, зменшення лікарських помилок та профілактика травмування пацієнтів. Необхідно планувати суворі критерії відбору медичних працівників та регулярні навчальні програми для підтримки якісних медичних послуг.

III. Надання ефективних послуг

Медичні послуги повинні бути сплановані і запропоновані найбільш ефективним способом. Виходячи з добре дослідженого стратегічного плану, ефективні медичні послуги, які мають важливе значення в даній області, повинні бути запропоновані на благо пацієнтів. Скорочення часу очікування пацієнта, пропонуючи добре скоординований комплексний підхід до їх медичного лікування і роблячи направлення тільки тоді, коли це необхідно може допомогти. Окрім медичних послуг, інші об'єкти, спрямовані на освіту пацієнтів та усвідомлення здоров'я, повинні бути націлені належним чином і доставлені найбільш підходящим чином.

IV. Зниження витрат на охорону здоров'я

Мінімізація втрати ресурсів, використання ресурсів в повній мірі, повторне використання і переробка матеріалу всюди, де це можливо, і аналогічні стратегії повинні бути реалізовані для подальшої економії непотрібних витрат. Правильна клінічна оцінка, зменшення непотрібних досліджень та необґрунтоване перебування пацієнтів у лікарнях. Мінімальні медичні помилки можуть сприяти зменшенню госпіталізації, таким чином, скоротити витрати на охорону здоров'я.

V. Забезпечення пацієнтоспрямованої допомоги

Надання медичної допомоги та якісних послуг, призначених для пацієнтів. Важливо надавати ефективну допомогу пацієнтам, яка є рівною для всіх і не робить жодних змін на основі віку, статі, соціально-економічного статусу та культурного походження. Пацієнтоцентрична

система охорони здоров'я, швидше за все, задовольняє пацієнтів, які природно поширюють добре слово і сприяють розвитку лікарень і системи охорони здоров'я.

Кожна система охорони здоров'я намагається надати своїм пацієнтам більш якісну медичну допомогу. Кожна лікарня, установа охорони здоров'я та окремих медичний працівник постійно прагнуть підвищити задоволеність від медичної допомоги, обізнаність та досвід пацієнта про здоров'я та сприяти його самовдосконаленню, що при спільному використанні може допомогти сприяти удосконаленню системи охорони здоров'я.

Цей факт наводить на твердження про те, що вкрай необхідно знати про різні способи збільшення досвіду пацієнта в лікарнях [24].

Досвід пацієнта

Всі медичні заклади та система охорони здоров'я призначені для пацієнтів. Отже, необхідно розуміти, що пацієнти відчують до послуг і системи охорони здоров'я в цілому. Обмін досвідом пацієнтів дає медичним працівникам можливість зазирнути в їх роботу і оцінити їх ефективність, з точки зору пацієнта. Заклади та установи охорони здоров'я та вся система охорони здоров'я можуть розробити плани подальшої імпривізації, реформування, розширення та втілити нові ідеї в дію на основі досвіду пацієнтів. Тому вважаємо за доцільне розглянути дане питання більш широко.

Досвід пацієнтів вважається вкрай важливим в галузі охорони здоров'я, коли вони лікуються з турботою, гідністю, беруть активну участь у рішеннях щодо лікування та його планах на подальше і переконуються, що період їх лікування або перебування в лікарні є комфортним, і вони повертаються додому задоволеними зі своїми присутніми медичними потребами.

Задоволення пацієнтів може бути досягнуто, коли пацієнти відчують більшість аспектів медичного лікування, які вони вважали необхідними. До них відносяться якісна медична допомога, кваліфіковані та підготовлені

фахівці, відповідна медична, психологічна та емоційна підтримка, медична інформація та складання належного плану лікування.

Досвідом пацієнта можна поділитися з медичними працівниками та лікарнями по-різному.

1. За допомогою форм зворотного зв'язку пацієнтів, рекомендаційних листів, участі в соціологічних опитуваннях пацієнтів, онлайн-коментарях та анкетах.

2. Багато успішних лікарень залучають персонал, який особисто зустрічає пацієнтів і говорить з ними про свій досвід і будь-які побоювання, які відзначають пацієнти.

3. Деякі лікарні, медичні працівники та організації організують публікації, простір на веб-сайті та вітають пацієнтів, щоб поділитися своїм досвідом та історіями пацієнтів.

4. Відгуки пацієнтів також мають подібний характер, але в основному мають позитивний характер і допомагають просувати медичні послуги. Однак, вони підвищують обізнаність про здоров'я у свідомості читачів і залучають більше пацієнтів, щоб звернутися за медичною допомогою.

Досвід пацієнтів може бути позитивним, пацієнти можуть бути дуже задоволені медичною командою, навченим персоналом і кваліфікованою командою медсестринства і можуть повідомити, що їхній досвід охорони здоров'я або перебування в лікарні був хорошим. Багато пацієнтів також згадують, що їм сподобалося коли вони лікувалися, і, безумовно, буде з цим посилатися до друзів і родичів, що є великим компліментом для організацій охорони здоров'я.

Але досвід пацієнтів може бути й негативним, але і це все повинно стати основою на якій медичні працівники та керівники зможуть зрозуміти недоліки. Коли досвід, який поділяють пацієнти, несприятливий, це означає, що є місце для трансформацій закладів охорони здоров'я та послуг, що надаються пацієнтам. Аналогічним чином, пропозиції пацієнта однаково

цінні і можуть кидати світло на ділянки в системі охорони здоров'я, які повинні бути переглянуті або імпровізовані.

Переваги досвіду пацієнта

В цілому, обмін досвідом пацієнтів є корисним і цінним інструментом, що допомагає:

1. Підтримка необхідності постійного вдосконалення системи охорони здоров'я та госпітальних послуг.

2. Переконайтеся, що медична команда, персонал лікарні та всі медичні працівники залишаються оновленими своїми знаннями та демонструють високий рівень володіння надання медичної допомоги своїм пацієнтам.

3. Підвищення обізнаності про здоров'я серед інших пацієнтів, розвиток важливості профілактичного здоров'я; допомоги в галузі охорони здоров'я та медичної інформації.

4. Заохочуйте більше пацієнтів взяти на себе відповідальність за своє здоров'я і звернутися за своєчасною медичною допомогою, тим самим зменшуючи медичні ускладнення.

5. Сприяти важливості положень охорони здоров'я, схем охорони здоров'я або послуг, таких як реабілітація, управління способом життя та інші медичні заклади союзників.

6. Підвищити довіру людей до системи охорони здоров'я та дати можливість надавати медичні послуги всім [25].

- Створення першого позитивного контакту.

З моменту, коли пацієнт потрапляє в лікарню, метою має бути створення цього першого гарного враження. У реєстратурі повинно бути кілька реєстраторів, а також навчений персонал для управління пацієнтами без створення хаосу. Реєстрація повинна зберігатися простою і без проблем з опцією попередніх онлайн-реєстрацій. Послуги з точки зору візуальних і словесних вказівників полегшать пацієнту його пошуки і зроблять їх більше комфортними. Наприклад, великі знаки можуть бути розміщені для

напрямоків. Це перше позитивне враження забезпечить довгострокові ефекти і створить позитивність для пацієнтів у майбутніх візитах.

- Створення правильної культури.

Як і в будь-якому бізнесі, створення сильної внутрішньої культури відіграє величезну роль в отриманні успішних результатів. Це можливо шляхом підвищення залученості співробітників та їх мотивацію. Коли співробітники лікарні мають високий моральний дух, він автоматично починає розмірковувати про досвід пацієнта і його задоволеність. Надання співробітникам правильних інструментів, таких як ресурси і навчання в потрібний час дозволить їм відчувати себе уповноваженими і надавати кращі послуги.

- Використання зв'язку у цифровому вигляді.

Онлайн-ареною не можна нехтувати, коли йдеться про зв'язок з пацієнтами. Інтернет є першим місцем де будь-який споживач сьогодні відвідує, перш ніж скористатися будь-якою новою послугою, і коли справа доходить до охорони здоров'я майже третина з них дивляться, щоб зв'язатися в Інтернеті зі своїми постачальниками медичних послуг. У нинішні часи пацієнти очікують отримати доступ до своїх записів в Інтернеті і мають легкі способи бронювання зустрічей. Наявність привабливого веб-сайту без постійної онлайн-підтримки або обслуговування клієнтів показує заклад в поганому світлі. Цифрова присутність також повинна сильно підтримуватися в соціальних форумах, а також застосовувати надання послуги eHealthMedia, що охоплюють всі сфери цифрового маркетингу охорони здоров'я.

- Цінування дорогоцінного часу пацієнта.

Пацієнти очікують такого ж рівня обслуговування від лікарень та організації охорони здоров'я, як і ті, які вони отримують в інших організаціях, таких як банки або ресторани. Ключ полягає в тому, щоб забезпечити більш швидкий сервіс і кращий доступ. Зустрічі повинні бути збережені в часі, а будь-які зміни повинні бути повідомлені наперед.

VI. Регулярний аналіз

Лікарні повинні постійно переглядати свої плани управління і розробляти методики для оцінки ефективності різних послуг і пропозицій лікарні. Необхідно вжити заходів щодо покращення якості та вжити заходів для забезпечення постійного вдосконалення системи охорони здоров'я. Медичні та парамедичні працівники, прикріплені до лікарні, повинні бути заохочені залишатися в стані постійного оновлення та ознайомлення з останніми медичними тенденціями і періодично спланувати і оновлювати систему моніторингу й оцінки [26].

Економічні, соціальні та політичні зміни в державі, що сталися останнім часом, створили нову ситуацію, в якій діють медичні підприємства, які до нашої повсякденності набули нових економічних детермінант. Споживачем медичних послуг тепер є пацієнт [27].

Вищенаведене перекликається із звітом Європейського бюро ВООЗ, який наголошує на потребі врахування чотирьох факторів при визначенні питань з приводу якості. «Якісною медичною послугою вважається та, яка відповідає досягненням сучасної науки та передової практики, позитивно впливає на здоров'я пацієнта та задовольняє його потреби. Це передбачає:

1. Кваліфікацію спеціаліста;
2. Оптимальність використання ресурсів;
3. Ризик для пацієнта;
4. Задоволеність пацієнта від взаємодії з медичною підсистемою» [28].

Іншими словами – якістю меддопомоги є двосторонньо спрямована дія хворого та медичного персоналу, що є зумовленою чотирьома вищевказаними властивостями їх взаємодії.

РОЗДІЛ 3

За останні 5 років, за оцінками, 27 мільйонів американців внаслідок реформи охорони здоров'я щодо первинної медичної допомоги отримали медичне страхування в результаті Закону про доступну допомогу (англ. Affordable Care Act – ACA). Хоча широке охоплення є гарною новиною в цілому, ця тенденція мала один прикрий наслідок: це загостило дефіцит лікаря первинної ланки нашої країни. Насправді, Управління ресурсів і

послуг охорони здоров'я прогнозує, що в США буде дефіцит 20400 лікарів первинної ланки (англ. Primary Care Physicians – PCP) до 2020 року.

Зрозуміло, що нинішня робоча сила постачальника первинної медичної допомоги не зможе задовольнити зростаючі вимоги, викликані останніми реформами в галузі охорони здоров'я. Саме тому все більше експертів з політики охорони здоров'я заохочують державні та федеральні уряди розширити роль практикуючих сімейних медсестер (англ. Family Nurse Practitioners – FNPs) та інших медсестер передової ланки в умовах первинної медичної допомоги.

Зростаючий акцент на медсестр-практиків

У 2012 році приблизно половина всіх медсестер у Сполучених Штатах практикували в умовах первинної медичної допомоги. З тих пір показники підготовки медсестер неухильно зростають, при цьому 14 400 медсестер первинної ланки закінчили заклади освіти в 2014 році. У той час як кількість практикуючих медсестер в даний час становить близько 205 000, цей показник, як очікується, подвоїться до 2025 року.

Майже 90% всіх лікарів-медсестер готові надати первинну допомогу, яка включає профілактичну та допомогу при хронічних недугах. Медсестри первинної ланки охорони здоров'я мають вищу освіту і підготовку для виконання багатьох традиційних завдань лікаря, в тому числі написання рецептів. Крім того, дослідження показують, що NPs надають безпечну та ефективну допомогу пацієнтам, яка знаходиться на рівні з доглядом, що надається лікарями.

В очікуванні нестачі провайдера, на підставі Закону про доступну допомогу реалізовано ряд ініціатив, спрямованих на просування ролі медсестер в практиці первинної медичної допомоги. Ці програми включають демонстрацію медсестри з вищою освітою (англ. Graduate Nurse Education – GNE), яка була створена для надання до \$ 200 млн фінансування 5 лікарняних систем у 2012 – 2016 рр. для навчання більшої кількості вже медсестер, що вже мають медичну освіту. Уряд також збільшив

фінансування, щоб дозволити програмам Національного корпусу охорони здоров'я (англ. National Health Services Corps – NHSC) залучити більше медсестер первинної ланки для надання медичної допомоги.

Перешкоди для практики НП

Однак бар'єри для практики медсестри продовжують перешкоджати цим практикам досягти свого повного потенціалу. Найскладнішим з них, безсумнівно, є нормативно-правові акти, встановлені агентствами Medicaid, державними ліцензійними радами та самими лікарнями. Дослідження 2012 року виявило значні відмінності в вимогах медсестер щодо сфери практики в американських штатах. У деяких штатах медсестри повністю уповноважені оцінювати, діагностувати та ініціювати та керувати лікуванням пацієнтів. Тим не менш, хоча певні держави дозволяють медсестрі вільно працювати незалежно від нагляду лікаря, інші мають жорсткі обмеження на вибрані заходи (наприклад, діагностика стану пацієнта або призначення ліків).

Ще однією перешкодою, з якою стикаються медсестри, є відшкодування витрат. У багатьох штатах сума відшкодування коштів Medicaid за послуги медсестри значно менша (до 25%), ніж послуг, що надаються лікарем. Крім того, а їх чверть не визнають ролі лікарів-медсестер послугами первинної медичної допомоги, що також впливає на охоплення. Погляд у майбутнє За умови ефективної інтеграції в систему надання медичної допомоги, більш широке використання медичних працівників може забезпечити вкрай необхідну перепочинок у розпал нашого страшного дефіциту лікарів первинної ланки. За цим сценарієм відсоток послуг первинної медичної допомоги, що надаються медсестрами та асистентами лікарів, може зрости до 28% у 2020 році. Хоча бар'єри значні, на горизонті є деякі проблиски надії. Все більше держав працюють над розширенням ролі медсестер в первинній медичній допомозі, включаючи надання повного органу практики та поліпшення відшкодування.

В даний час 21 штат і округ Колумбія дозволяють медичним сестрам практикувати без вимоги нагляду, з аналогічним законодавством в очікуванні

в багатьох інших штатах. Тим не менш, попереду довгий шлях. Ми повинні співпрацювати, щоб зламати дорогі і непотрібні бар'єри, відійти від обмежувальних норм і керувати змінами, необхідними для підтримки здорового майбутнього для нашої системи первинної медичної допомоги.

6 Перевірені стратегії залучення лікарів і 4 можливих провалів

Сполучені Штати у сфері витрат на охорону здоров'я мають до 18 відсотків свого ВВП і цей відсоток планується нарощувати. Але цей фінансовий тягар не є стійким. Намагаючись зменшити загальне навантаження на уряд, CMS доклав зусиль до систем охорони здоров'я, щоб забезпечити більш високу якість медичної допомоги, зменшити витрати і поліпшити результати якомога швидше.

Внесення значних поліпшень не досягнення організації можуть обійтись без залучення лікаря. Реальність така, що лікарі відіграють велику роль у складних механізмах надання медичної допомоги. Від надання прифронтної допомоги до заповнення керівних посад, лікарі диск від 75 до 85 відсотків від усіх якісних і вартових рішень. Це могутній великий відсоток, що призводить до значних фінансових втрат, якщо лікарі відключаються і не беруть участі в ініціативах з удосконалення.

Опитування підкреслюють важливість залучених лікарів: тільки для однієї лікарні спостерігається 26-відсоткове підвищення продуктивності для залучених лікарів над розчарованими лікарями. Іншими словами, один залучений лікар додає в середньому \$ 460000 доходу пацієнта на рік. Не джерело доходу ігнорувати, коли багато систем охорони здоров'я мають тільки близько двох відсотків операційної маржі для роботи з цими днями.

4 Бар'єри для залучення лікаря

Щоб отримати високий рівень залучення лікарів, важливо розуміти, чому деякі лікарі неохоче беруть участь у підвищенні якості.

По-перше, через останні регуляторні зміни, лікарі зайняті занепокоєнням з приводу втрати автономії і вбачаючи падіння рівня доходів. Вони також борються зі збільшенням навантаження пацієнтів і справою з натиском нових правил і вимог - все це без будь-яких вказівок про те, як вижити в новому середовищі. Чотири інші ключові проблеми та бар'єри:

- Лікарі відчують себе приголомшеними і погано обладнаними для здійснення змін. Вони також не розуміють, як їхня поведінка сприяє відходам охорони здоров'я та неефективності.
- Лікарні та платники вважають, що працевлаштування лікарів є основним засобом забезпечення вирівнювання. Натомість більш ефективним був би цілісний підхід шляхом об'єднання декількох важелів вирівнювання (наприклад, особистої автономії, клінічної автономії, колег, ІТ-відділу).
- Організації мають хибне уявлення про те, що компенсація є одним з найважливіших драйверів для лікарів.
- Лікарі погано розуміють модель оплати на основі ризику також ризикують.

Через багато невизначеності, що стоять перед лікарями, легко зрозуміти, чому так багато хто відчуває гнів і смуток прямо зараз [29].

Досягнення поліпшень вимагає викупу лікаря, тому що їх рішення приводять до більшості результатів якості та витрат. Важливо створити спільне бачення, яке вирівнює систему охорони здоров'я та лікарів. Потім надайте адміністративну підтримку, а також тренінг, необхідний для змістовної роботи з удосконалення. Прислухайтеся до їхніх занепокоєнь і зверніться до них. Дії завжди будуть говорити голосніше, ніж слова, тому зробіть ваші дії говорити чудеса вашим лікарям як спосіб розвитку відносин довіри. Після того, як ви маєте свою довіру, ви отримаєте їх викуп і ентузіазм, щоб рухатися вперед з поліпшенням якості зусиль, які принесуть користь кожному. Це дасть можливість організації досягти успіху в епоху масових змін у своїй галузі в цілому.

Заохочення лікарів відігравати позитивну роль у часи змін

Отже, як система охорони здоров'я заохочує лікарів відігравати позитивну і конструктивну роль для підвищення витрат і ініціатив з підвищення якості? Одним з ключових методів є для організації, щоб відправити повідомлення, яке вони хочуть зосередитися на покращенні догляду за пацієнтами. Така мета має більше значення для лікарів, ніж цілі щодо скорочення витрат і поліпшення стандартизації.

Крім того, лікарі та система охорони здоров'я повинні мати благородну мету. Адміністратори лікарень повинні визнати, що подорож буде важкою, і на цьому шляху повинні бути жертви. Адміністратори також повинні донести свою готовність підтримувати лікарів на далекомагістральні шляхи, забезпечити чіткі очікування щодо того, чому зміни необхідні, і дати лікарям час погодитися з обґрунтуванням змін. Крім того, важливо, щоб лікарі отримували чіткі повідомлення про те, що від них очікується під час процесу змін.

Хоча існують різні типи стратегій, які організація може використовувати для заохочення лікаря, деякі виявилися успішними, а інші просто не працюють.

Стратегії, які не працюють

- **Надихаючі промови.** Промови можуть бути відмінними для старту, але слова з промови скоро будуть забуті.
- **Призначення лікарів на ключові керівні посади.** Це не обов'язково неправильний підхід, але якщо система охорони здоров'я ставить лікаря на керівну посаду, він або вона повинні бути навчені. Без цього навчання лікар не зможе ефективно організувати всіх інших навколо себе і бути переконливим лідером.
- **Фінансові стимули.** Звичайно, лікарі хочуть, щоб платять за свій час, але за великим рахунком, лікарі альтруїстична група людей. Крім того, якщо єдиним заохоченням до поліпшення догляду є фінансово мотивований, це не найкращий підхід.

- **Обмін кращими практиками.** Хоча це добре, щоб поділитися кращими практиками, це може бути переважною, щоб поділитися кожною найкращою практикою, яка приходить разом, особливо коли доглядачі вже настільки зайняті наданням допомоги пацієнтам.

Стратегії, які працюють

Маючи велике лідерство і створюючи акцент на спільному баченні, є критично важливими компонентами для заохочення лікаря до покупки. Замість того, щоб розглядати проблеми охорони здоров'я як саме це-проблеми- вони повинні розглядатися як виклики, які можна подолати. Щоб зробити це ефективно, хтось повинен прийти разом, вказати на зір, а потім привести лікарів в правильному напрямку.

На додаток до великого керівництва, лікарі також повинні бачити організацію в якості партнера, партнера, в який вони можуть вірити. Партнер, який їм допоможе.

6 кроків, щоб отримати лікар buy-in

Без плану, стратегія отримання викупу може бути важко досягти. Інститут поліпшення охорони здоров'я зібрав 6 елементів заохотити лікаря купувати для спільного порядку денного якості. Структура охоплює наступні цілі і пояснює, чому вони важливі:

1. **Відкрийте для себе спільну мету.** Це змушує культурний зсув, де кожен в організації починає думати як система. Але не всі системи готові до такого значного зсуву, тому корисно спочатку завершити оцінку готовності до покращення. Це системний аналіз здатності організації досягати та підтримувати підвищення ефективності на основі трисистемного підходу. Результати можуть показати, що є багато недовіри, яку потрібно подолати, перш ніж вся організація зможе об'єднатися під спільною метою.

2. **Прийняти привабливий стиль і говорити про нагороди.** Визначте ранніх усиновлювачів, реальних керівників лікарів, і представити цю нову роль керівництва в якості кар'єрної можливості для них. Це полегшує розмову про інші корисними зусиллями, які вони могли б

очікувати побачити, наприклад, клініцист або адміністратор рекламного треку і підтримки сертифікатів. А потім спілкуватися відверто і часто.

3. Перефразувати цінності та переконання, щоб перетворити лікарів на партнерів, а не клієнтів. Включити лікарів до процесу прийняття рішень. Наприклад, нехай лікарі очолюватимуть етапи планування та команди, які відповідають за реалізацію конкретних ініціатив з підвищення якості. Потім заряджають їх побудовою якісної програми та визначенням пріоритетів зусиль з покращення. Крім того, займатися їх інтелектом.

4. Сегментуйте план залучення та надайте освіту. Ідіть вперед і визначити чемпіонів для ініціативи з підвищення якості. Знайти прифронтних людей, які розглядаються як лідери з точки зору догляду вони надають. Потім виховувати їх про цілі для поліпшення зусиль. Крім того, надати їм підтримку і навчання вони повинні будуть отримати навички підвищення якості.

5. Використовуйте "привабливі" методи вдосконалення за допомогою даних. Одним з ключових частин для збільшення викупу лікаря є використання даних розумно і зосередитися на цілі продуктивності системи в першу чергу. Потім зробити його легким, щоб спробувати зусилля з поліпшення, які не повинні бути вдосконалені на початку. Лікарі перфекціоністи. Але якщо система охорони здоров'я може показати користь для поліпшення в безпечний спосіб, навіть якщо поліпшення ще не були досконалими, лікарі зрозуміють, що поліпшення якості є ітераційним процесом. При такому підході лікарі дізнаються, що це нормально зазнати невдачі, тому вони можуть вчитися і вносити корективи для поліпшення.

6. Проявіть мужність і забезпечіть резервне копіювання

Нехай лікарі знають, генеральний директор візьме свої пропозиції плану поліпшення до ради для затвердження, і рада і генеральний директор зрозуміють, що це ініціатива під керівництвом лікаря [29].

Адміністратори охорони здоров'я планують, організовують і наглядають за функціями закладів охорони здоров'я, в яких вони працюють, а

також інших членів персоналу, які там працюють, включаючи лікарів і медсестер. Таким чином, вони відіграють життєво важливу роль у забезпеченні того, щоб пацієнти отримували якісне та етичне лікування.

Хоча адміністратори охорони здоров'я зобов'язані мати ступінь бакалавра, щоб вступити на поле, ступінь випускника допоможе встановити кандидатів один від одного і подальшого просування в їх кар'єрі. Магістр з управління охорони здоров'я підвищує знання та навички людей, які вже працюють в управлінні охорони здоров'я або які зацікавлені у виході на поле. Інструктори з різних галузей під широкою парасолькою охорони здоров'я вносять свої знання з етики охорони здоров'я для створення практичної програми, яка відповідатиме викликам сьогоденної медичної системи.

Хоча лікарі та медсестри безпосередньо наглядають за здоров'ям кожного пацієнта, адміністратори охорони здоров'я відіграють важливу роль у сприянні рішенням щодо догляду за пацієнтами, особливо коли ситуація така, яка може містити моральні та етичні дилеми, такі як генетичне тестування до народження або закінчення життя. Оскільки наука і технології ще більше підвищують здібності лікарів і просунуть сферу охорони здоров'я, роль етики охорони здоров'я зміниться і тільки продовжить зростати в важливості. Таким чином, життєво важливо, щоб адміністратори охорони здоров'я були належним чином навчені для задоволення поточних і майбутніх проблем етичної допомоги пацієнтам отримати найкращий догляд.

ВИСНОВКИ

За окремими показниками і організаційно-функціональною конструкцією найвищі рейтингові місця систем охорони здоров'я серед економічно розвинутих країни світу у 2020 р. належать Франції, Італії, Іспанії, Португалії, Великій Британії, Ірландії, Швеції, Німеччині, Канаді.

Україна посідає посеред 100 країн 79-е рейтингове місце у цій галузі господарювання.

Основні рейтингові місця займають країни, з так званими, універсальною чи безкоштовною системами охорони здоров'я. Ці місця не є сталими і можуть варіювати з року в рік, при розгляді цієї галузі за іншими показниками та за моніторингом інших організацій, що здійснюватимуть аналіз.

Підходи і теоретико-методологічну сутність кожної з досліджених держав, відображених у рейтингу, до резидентів країн, до тих має право на постійне помешкання, до туристів та громадян інших держав сильно відрізняються як за доступністю, видом медичної допомоги та за її обсягами.

За рівноцінними індикаторами визначено охорону здоров'я шести останніх країн світу, сюди увійшли Панама, Фіджі, Бенін, Науру, Румунія та Сент-Кітс і Невіс.

За здійсненою нашою державою реформи системи охорони здоров'я, як показує світовий досвід, слід очікувати: поліпшення управління медичними закладами й установами, поліпшення медичної допомоги, надання ефективних послуг, зниження витрат на охорону здоров'я, забезпечення пацієнтспрямованої допомоги, поглиблення досвіду пацієнта і його використання в адмініструванні лікарень, проведення регулярного моніторингу й аналізу для опрацювання доцільних управлінських рішень.

Визначення перспективи і ролі державної та місцевої політики України у функціонуванні галузі охорони здоров'я полягає як у роздержавленні і надання самостійності медичним закладам й, одночасно, у централізованому

теоретико-методологічному управлінні з урахуванням кращих практик світу, що постійно змінюється.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. French Healthcare System . URL:
<https://www.internationalinsurance.com/health/systems/france.php> (дата звернення: 13.12.2020).
2. Healthcare System in Italy – Servizio Sanitario Nazionale. URL:
<https://www.internationalinsurance.com/health/systems/italy.php> (дата звернення: 13.12.2020).
3. Gross Domestic Product (GDP) Definition . URL:
<https://www.investopedia.com/terms/g/gdp.asp> (дата звернення: 12.12.2020).
4. Spain Health Care System: Spanish Health Advice. URL:
<https://www.internationalinsurance.com/health/systems/spain.php> (дата звернення: 16.12.2020).
5. Japans Healthcare System - An Overview for Expats. URL:
<https://www.internationalinsurance.com/health/systems/japan.php> (дата звернення: 16.12.2020).
6. Healthcare System in Portugal: Options for Expats. URL:
<https://www.internationalinsurance.com/health/systems/portugal.php> (дата звернення: 11.12.2020).
7. UK Healthcare System: What Foreigners Need to Know. URL:
<https://www.internationalinsurance.com/health/systems/uk.php> (дата звернення: 11.12.2020).
8. Medical cards. URL: <https://www2.hse.ie/medical-cards/> (дата звернення: 11.12.2020).
9. GP visit cards. URL:
<https://www2.hse.ie/services/gp-visit-cards/gp-visit-cards.html#General-GP-visit-card> (дата звернення: 12.12.2020).
10. Health Insurance Comparison - Irish Life Health. URL:

<https://www.irishlifehealth.ie/compare-results?nbrAdults=1&coverLvl=2>

(дата звернення:12.12.2020).

11.Health Insurance | Health Insurance Quotes | Laya Healthcare Ireland .

URL:

<https://www.layahealthcare.ie/> (дата звернення:16.12.2020).

12.Health Insurance, Irish Health Insurance & Healthcare Ireland | VHI.

URL:

<https://www1.vhi.ie/home> (дата звернення:13.12.2020).

13.Healthcare System in Ireland: What is the Medical Card/GP Visit Card?

URL: <https://www.internationalinsurance.com/health/systems/ireland.php>

(дата звернення:14.12.2020).

14.The European health Insurance Card. URL:

<https://www.internationalinsurance.com/health/europe/ehic.php> (дата

звернення:12.12.2020).

15.Sweden's Healthcare System - International Citizens Insurance. URL:

<https://www.internationalinsurance.com/health/systems/sweden.php> (дата

звернення:15.12.2020).

16.German Healthcare System – GKV. URL:

<https://www.internationalinsurance.com/health/systems/germany.php> (дата

звернення:14.12.2020).

17.Medicare (Canada). URL:

[https://en.wikipedia.org/wiki/Medicare_\(Canada\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Medicare_(Canada)) (дата звернення:10.12.2020).

18.Copayment - Wikipedia <https://en.wikipedia.org/wiki/Copayment>

Ranking Best Health Care Systems in the World by Country. URL:

<https://www.internationalinsurance.com/health/systems/> (дата

звернення:10.12.2020).

19.Paula Hartman Cohen How health care reform can improve public health.

URL:

<https://www.kevinmd.com/blog/2009/10/health-care-reform-improve-public-health.html> (дата звернення:12.12.2020).

20. Health Care Around the World. URL:
<https://www.globalissues.org/article/774/health-care-around-the-world> (дата звернення: 16.12.2020).
21. Health Care Around the World. URL:
<https://www.globalissues.org/article/774/health-care-around-the-world> (дата звернення: 10.12.2020).
22. Role of Hospitals in Improving Healthcare System. URL:
<http://ehealthmedia.in/role-of-hospitals-in-improving-healthcare-system/>
(дата звернення: 16.12.2020).
23. How States Can Improve the Health Care System. URL:
<https://www.americanprogress.org/issues/healthcare/reports/2010/09/17/8347/how-states-can-improve-the-health-care-system/> (дата звернення: 14.12.2020).
24. Role of Hospitals in Improving Healthcare System. URL:
<http://ehealthmedia.in/role-of-hospitals-in-improving-healthcare-system/> :
(дата звернення: 16.12.2020).
25. Can Sharing Patient Experiences Help in Improving Healthcare System?
URL:
<http://ehealthmedia.in/can-sharing-patient-experiences-help-in-improving-healthcare-system/> (дата звернення: 16.12.2020).
26. Role of Hospitals in Improving Healthcare System. URL:
<http://ehealthmedia.in/role-of-hospitals-in-improving-healthcare-system/>
(дата звернення: 16.12.2020).
27. Якість медичної допомоги пацієнту - якість життя медика. URL:
<https://z-1.com.ua/ua/article/75> (дата звернення: 14.12.2020).
28. Мартиненко Л.В. Якість медичної допомоги пацієнту - якість життя медика. Жіночий лікар №1 2006, стор.36. URL:
<https://z-1.com.ua/ua/article/75> (дата звернення: 16.12.2020).
29. Bryan Oshiro. 6 Proven Strategies for Engaging Physicians—and 4 Ways to Fail. URL: <https://www.healthcatalyst.com/proven-physician-engagement-strategies> (дата звернення: 16.12.2020).