

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

Смоляр Віктор Андрійович
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК 351.77
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ЯК СКЛАДОВА МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ
(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

В. А. Смоляр
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи:
Довженко Валентина Анатоліївна
(прізвище, ім'я, по батькові)

Кандидат економічних наук, доцент
(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

Смоляр В.А. Управління якістю надання медичної допомоги як складова медичної реформи. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». – Поліський національний університет, Житомир, 2021.

Розкрито теоретико-методичні особливості, структура та види якості медичної допомоги. Аргументовано розкриті актуальні питання державного нормативно-правового керівництва системи охорони здоров'я у процесі медичної реформи в Україні. Визначено керівні принципи, які сповідує дефініція «якість медичної допомоги», досліджено тенденції розвитку медичної законотворчої діяльності. З'ясовано вплив політики реформування на систему охорони здоров'я країни. Сформульовано обґрунтовані перспективи розвитку цієї надважливої соціальної сфери держави.

Ключові слова: якість медичної допомоги, громадське здоров'я, державне регулювання, законодавча база, система охорони здоров'я.

SUMMARY

Smoliar V. Medical Care Quality Management as a Component of Medical Reform. - 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, 2021.

Theoretical and methodological features, structure and types of quality of medical care are revealed. The topical issues of the state regulatory and legal management of the health care system in the process of medical reform in Ukraine are substantiated. The guiding principles professed by the definition of "quality of medical care" are determined; the tendencies of development of medical legislative activity are investigated. The impact of the reform policy on the country's health care system has been clarified. Substantiated prospects for the development of this important social sphere of the state are formulated.

Keywords: quality of medical care, public health, state regulation, legal framework, health care system.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	
РОЗДІЛ 1.	ТЕОРЕТИЧНІ І МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ТА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ЗМІСТ ЯКОСТІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я....
	ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ
РОЗДІЛ 2.	НОРМАТИВНО-ПРАВОВА СИСТЕМА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ, УПРАВЛІННЯ ТА КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....
	ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ
РОЗДІЛ 3.	ШЛЯХИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ.....
ВИСНОВКИ
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	
ДОДАТКИ.....	

ВСТУП

Актуальність теми.

Скоріше понад усе Україна утрачає чоловіче працездатне населення. Цей показник смертності серед чоловіків нині сягає ступеня таких країн, як Бенін, Гвінея, Гана і Того, себто близько 70% смертей внаслідок хвороб органів серцево-судинної системи, що у 14 разів понад рівень Франції. У жінок цього ж 65-ти річного віку аналогічний індикатор є вищим у 25 разів. Цьому сприяють такі чинники як: гіпертонія, цукровий діабет, гіперхолестеринемія, схильність до ожиріння, зловживання алкоголем, гіподинамія, паління і нездоровий харчовий раціон с високим вмістом жирів..

Коло 30% мешканців сходу і близько 47,5% західних регіонів України віком до 40 років недужі на гіпертензію. 20% чоловіків віком 18 до 25 років мають ознаки гіпертонії (проти Румунії - 8,75%). Що становить їх під загрозу ішемічної та інших хвороб серця, ішемічного інсульту та ін. Внаслідок надмірної ваги виникнення діабету збільшується у 100 разів, а відтак цей фактор порушення підшлункової залози становить 80% [1].

Враховуючи вищенаведене стає очевидною роль галузі охорони громадського здоров'я у збереженні та відновленні здоров'я української нації. Найважливішим аспектом серед усіх складових цієї системи вбачається саме забезпечення і управління якісною медичною допомогою на усіх етапах її забезпечення.

Проблемою якості медичної допомоги та послуг опікуються у всіх демократичних державах світу. Це стосується рівною мірою і економічно розвинутих країн з високими відрахуваннями від ВВП на охорону здоров'я. Тому і для України питання якості забезпечення медичною допомогою і послугами системи охорони здоров'я. Також на розв'язання цієї проблеми в Україні спрямовано і таку нову гілку нормативно-правових відносин як «медичне право» шляхом систематизації усіх юридичних актів, спрямованих на функціонування та регулювання взаємин у загальному законодавстві держави.

Це і спричинило тему нашого дослідження.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблема методичних і практичних площин діяльності вітчизняної системи якості надання медичної допомоги присвячені наукові пошуки багатьох вчених як: *Вороненко Ю.В., Радиш Я.Ф., Гладун З.С., Любінець О.В., Сенюта І.Я, Лехан В.М., Рудий В.М., Стеценко С.Г., Третьяков В.М., Махмудов Е.Ю., Ціборовський О.М.* та ін. В умовах швидкозмінних перемін в Україні, вельми необхідно добавляти труди науковців та досвід медичних працівників-практиків сьгоднішніми розвідками стану устрою якості забезпечення медичною допомогою та послугами.

Важливість та актуальність проблеми, що досліджено, недостатня розробленість теоретичних, методологічних і практичних проблем, призвели до вибору теми кваліфікаційної роботи, її мету, завдання і методи дослідження.

Метою кваліфікаційної роботи є теоретичне і методологічне опрацювання обґрунтованих прикладних рекомендацій щодо застосування і поступового розвитку системи якості галузі охорони здоров'я України.

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

1. Вивчити теоретичні і методичні аспекти та структурно-функціональний зміст якості медичної допомоги системи охорони здоров'я;
2. Дослідити методи оцінки та чинники вдосконалення системи забезпечення якості ;
3. Описати нормативно-правову базу регулювання якості;
4. Класифікувати нормативно-правову систему України в царині забезпечення, управління та контролю якості;
5. Встановити ключові критерії якості;
6. Обґрунтувати та запропонувати шляхи подолання проблем у покращенні показників якості.

Об'єктом дослідження є державна система забезпечення медико-санітарною допомогою народу України.

Предметом даного дослідження є вивчення теоретико-методичних, юридичних, практичних аспектів кращих світових практик побудови системи якості охорони здоров'я.

Методологічну та теоретичну основу розвідок становило критичне та позитивне вивчення архітектури побудови державної політики і наукових пошуків чільних вітчизняних та закордонних учених в розроблюванні за проблемою розвитку найсучасніших перемін складових системи забезпечення якості охорони здоров'я, спеціальної монографічної і періодичної наукової літератури, нормативно правових актів України.

Для розв'язання поставлених роботою завдань використано ряд таких наукових методів як загально наукові, зокрема: наукової абстракції, діалектичний, аналізу і синтезу, системного, бібліосемантичного, правового аналізу, індукції і дедукції та ін., а також методи емпіричного рівня: монографічний, описування, а також специфічні методи: порівняльного аналізу, структурно-логічний, тощо.

Особистий внесок автора. Кваліфікаційна робота - завершене дослідження. Презентовані автором наслідки наукового дослідження отримано власноручно автором. Висновки і пропозиції, одержані в ході дослідницького пошуку, цілеспрямовані на покращання системи охорони здоров'я, а відтак на укріплення і збереження здоров'я населення нашої держави.

Кваліфікаційна робота складається зі вступу; теоретичного розділу 1, в якому схарактеризовано функціональний зміст якості меддопомоги, законодавчі засади діяльності системи охорони громадського здоров'я; аналітичного розділу 2, де здійснено аналіз принципів і класифікації видів якості, положень законодавчої бази системи охорони здоров'я України, що потребують удосконалення та досліджено окремі особливості її функціонування; розділу 3, в якому представляємо різні методи піднесення якості. Зокрема бенчмаркінга та сутність кожного з його видів, правового регулювання галузі у частині її якості. Насамкінець, вивчено досвід і знання розвинутих країн, отримані за багато років під час реалізації поліпшених проектів у області якості медичного забезпечення. Визначено перспективи та обґрунтовано шляхи покращення функціонування якості системи охорони здоров'я країни; загальних висновків; списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ І МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ТА СТРУКТУРНО- ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ЗМІСТ ЯКОСТІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Якість охорони здоров'я – це рівень вартості, що надається будь-яким ресурсом охорони здоров'я, який визначається деякими вимірюваннями. Як і якість в інших сферах, це оцінка того, чи достатньо щось хороше і чи підходить воно для його призначення. Метою охорони здоров'я є надання якісних медичних ресурсів усім, хто їх потребує; тобто, щоб забезпечити хорошу якість життя, вилікувати хвороби, коли це можливо, продовжити тривалість життя, і так далі. Дослідники використовують різні якісні заходи, щоб спробувати визначити якість медичного обслуговування, включаючи підрахунки зменшення або зменшення захворювань, визначених медичною діагностикою, зменшення кількості факторів ризику, які люди мають після профілактичної допомоги, або обстеження показників здоров'я у населення, які мають доступ до певних видів допомоги.

Якість медичної допомоги може бути точно визначена і виміряна зі ступенем наукової точності, порівнянної з більшістю заходів, що використовуються в клінічній медицині. [2]

Якість охорони здоров'я – це ступінь, до якої медичні послуги для окремих осіб та населення збільшують ймовірність бажаних результатів у галузі охорони здоров'я. [3]

Якість медичної допомоги відіграє важливу роль в описі залізного трикутника відносин охорони здоров'я між якістю, вартістю та доступністю медичної допомоги в громаді. Дослідники вимірюють якість охорони здоров'я, щоб виявити проблеми, викликані надмірним використанням, недоцільовим використанням або неправильним використанням ресурсів охорони здоров'я. [4]

У 1999 році Інститут медицини, який є американською некомерційною неурядовою організацією випустив шість доменів для вимірювання та опису якості медичного обслуговування: [5]

безпе́чність – уникнення травмування пацієнтів від лікування, яке призначене їм для допомоги у виздоровленні;

результативність – уникнення поліпрагмазії та неправильного використання лікарських засобів та інших методів лікування;

пацієнтоцентри́чність – надання допомоги, унікальної для потреб конкретного пацієнта;

своєчасність – скорочення часу очікування та шкідливі затримки для пацієнтів та постачальників медичної допомоги;

ефективність – уникнення витрат обладнання, витратних матеріалів, ідей та енергії;

справедливість – надання допомоги, яка не варіюється в різних особистих характеристиках різних людей.

Хоча це важливо для визначення ефекту дослідницьких заходів у галузі охорони здоров'я, вимірювання якості медичного обслуговування створює певні проблеми через обмежену кількість результатів, які вимірні. [6]

Структурні заходи описують здатність постачальників надавати високоякісну допомогу, технологічні заходи описують дії, вжиті для підтримки або поліпшення здоров'я громади, а результати заходів описують вплив втручання в охорону здоров'я. Крім того, через суворі правила, що накладаються на дослідження медичних послуг, джерела даних не завжди завершені. [7]

Оцінка якості охорони здоров'я може відбуватися на двох різних рівнях: індивідуального пацієнта і населення. На рівні окремого пацієнта, або мікро-рівня, оцінка фокусується на послугах в точці пологів і її подальших наслідках. На рівні населення, або макро-рівня, оцінки якості охорони здоров'я включають такі показники, як тривалість життя, рівень дитячої смертності, захворюваність та поширеність певних станів здоров'я. [8]

Оцінки якості вимірюють ці показники у відповідності до встановленого стандарту. Заходи можуть бути важко визначити в охороні здоров'я.

Методи оцінки та вдосконалення

Донабедська модель є загальною основою для оцінки якості охорони здоров'я та визначає три області, в яких можна оцінити якість охорони здоров'я: структуру, процес та результати.

Всі три домени тісно пов'язані між собою. Поліпшення структури і процесу часто спостерігаються в результатах. Деякі приклади вдосконалення процесу: клінічні рекомендації практики, аналіз ефективності витрат та управління ризиками, який складається з проактивних кроків для запобігання медичних помилок.

Ефективність ефективності витрат або економічної ефективності визначає, чи перевищують переваги послуги витрати на надання послуги.

Медична послуга іноді не є економічно ефективною через надмірну або недооціненню. Переоціненню, або надмірне використання, виникає, коли цінність охорони здоров'я розбавляється даремно ресурсами. Отже, позбавляючи когось іншого потенційної вигоди від отримання послуги. Витрати або ризики лікування переважають переваги в надмірному охороні здоров'я. На відміну від цього, недооціненню або недоумок відбувається, коли переваги лікування переважають ризики або витрати, але він не використовується. [8]

Існують потенційні несприятливі наслідки для здоров'я при недооціненні. Одним із прикладів є відсутність раннього виявлення раку та лікування, що призводить до зниження рівня виживання раку.

Критичні шляхи критичних шляхів – це інструменти управління справами, орієнтовані на результат, та інструменти управління справами, орієнтовані на пацієнтів, які приймають міждисциплінарний підхід, «сприяючи координації догляду між кількома клінічними відділеннями та піклувальниками». Менеджери охорони здоров'я використовують критичні

шляхи як метод зменшення зміни догляду, зменшення використання ресурсів та підвищення якості медичного обслуговування. [9]

Використання критичних шляхів для зниження витрат та помилок покращує якість, надаючи систематичний підхід до оцінки результатів у галузі охорони здоров'я. Зменшення варіацій практики сприяє поліпшенню співпраці міждисциплінарними гравцями в системі охорони здоров'я. [8]

Професійна перспектива охорони

Про якість медичної допомоги, наданої медичним працівником, можна судити за її результатами, технічними показниками догляду та міжособистісними відносинами. [10]

"Результат" – це зміна здоров'я пацієнтів, така як зменшення болю, рецидиви [11] або смертність. [12]

Великі відмінності в результатах можна виміряти для окремих медичних працівників, а менші відмінності можна виміряти, вивчаючи великі групи, такі як лікарі з низьким і великим об'ємом. Були проведені значні ініціативи щодо покращення результатів у сфері охорони здоров'я, які включають рекомендації щодо клінічної практики, ефективності витрат, критичних шляхів та управління ризиками. [8]

Керівництво клінічної практики «Технічні показники» – це ступінь, до якої медичний працівник відповідає найкращим практикам, встановленим медичними рекомендаціями. [10]

Рекомендації щодо клінічної практики, або рекомендації щодо медичної практики, є науково обґрунтованими протоколами, які допомагають постачальникам у прийнятті підходу «найкращої практики» у наданні допомоги за заданим станом здоров'я. [8]

Стандартизація практики медицини покращує якість медичного обслуговування, одночасно сприяючи зниженню витрат та кращим результатам. Презумпція полягає в тому, що постачальники, дотримуючись медичних рекомендацій, надають найкращий догляд і дають найбільшу надію на хороший результат. Технічні показники оцінюються з точки зору якості без

урахування фактичного результату - так, наприклад, якщо лікар надає допомогу відповідно до рекомендацій, але здоров'я пацієнта не покращується, то за цим показником якість «технічних показників» все ще висока. [12]

Наприклад, огляд Cochrane виявив, що комп'ютерні нагадування покращили дотримання лікарями керівних принципів та стандартів догляду; але не було доказів, щоб визначити, чи дійсно це вплинуло на результати здоров'я пацієнтів.

Управління ризиками складається з «активних зусиль для запобігання несприятливих подій, пов'язаних з клінічною допомогою» і зосереджене на уникненні медичних зловживань.

Медичні працівники не застраховані від судових позовів; тому організації охорони здоров'я вжили ініціатив щодо встановлення протоколів спеціально для зменшення неправомірних судових процесів. [8]

Зловживання можуть призвести до захисної медицини або загрози неправомірних судових процесів, які можуть поставити під загрозу безпеку та догляд пацієнтів, шляхом додаткового тестування або лікування. Однією з широко використовуваних форм оборонної медицини є замовлення дорогих зображень, які можуть бути марнотратними. Однак інша захисна поведінка може фактично зменшити доступ до догляду та становити ризики фізичної шкоди. Багато спеціалізованих лікарів повідомляють, що роблять більше для пацієнтів, наприклад, використовують непотрібні діагностичні тести через ризики зловживання. [13]

У свою чергу, особливо важливо, щоб підходи до управління ризиками застосовували принципи ефективності витрат зі стандартизованими принципами практики та критичними шляхами. [8]

Керівництво клінічної практики

«Технічні показники» – це ступінь, до якої медичний працівник відповідає найкращим практикам, встановленим медичними рекомендаціями. [10]

Рекомендації щодо клінічної практики, або рекомендації щодо медичної практики, є науково обґрунтованими протоколами, які допомагають постачальникам у прийнятті підходу «найкращої практики» у наданні допомоги за заданим станом здоров'я. [8]

Стандартизація практики медицини покращує якість медичного обслуговування, одночасно сприяючи зниженню витрат та кращим результатам. Презумпція полягає в тому, що постачальники, дотримуючись медичних рекомендацій, надають найкращий догляд і дають найбільшу надію на хороший результат. Технічні показники оцінюються з точки зору якості без урахування фактичного результату - так, наприклад, якщо лікар надає допомогу відповідно до рекомендацій, але здоров'я пацієнта не покращується, то за цим показником якість «технічних показників» все ще висока. [10]

Наприклад, огляд Cochrane виявив, що комп'ютерні нагадування покращили дотримання лікарями керівних принципів та стандартів догляду; але не було доказів, щоб визначити, чи дійсно це вплинуло на результати здоров'я пацієнтів. [16]

Управління ризиками складається з «активних зусиль для запобігання несприятливих подій, пов'язаних з клінічною допомогою» і зосереджене на уникненні медичних зловживань. Медичні працівники не застраховані від судових позовів; тому організації охорони здоров'я вжили ініціатив щодо встановлення протоколів спеціально для зменшення неправомірних судових процесів. [8]

Зловживання можуть призвести до захисної медицини або загрози неправомірних судових процесів, які можуть поставити під загрозу безпеку та догляд пацієнтів, шляхом додаткового тестування або лікування. Однією з широко використовуваних форм оборонної медицини є замовлення дорогих зображень, які можуть бути марнотратними. Однак інша захисна поведінка може фактично зменшити доступ до догляду та становити ризики фізичної шкоди. Багато спеціалізованих лікарів повідомляють, що роблять більше для

пацієнтів, наприклад, використовують непотрібні діагностичні тести через ризики зловживання. [13]

У свою чергу, особливо важливо, щоб підходи до управління ризиками застосовували принципи ефективності витрат зі стандартизованими принципами практики та критичними шляхами. [8]

Перспектива пацієнта

Обстеження задоволеності пацієнтів є головною якісною мірою перспективи пацієнта. Пацієнти можуть не мати клінічного судження лікарів і часто судити якість на основі занепокоєння практикуючих і поведінки, серед іншого. [14]

Як наслідок, опитування задоволеності пацієнтів стали дещо суперечливим заходом якісного догляду. Прихильники стверджують, що обстеження пацієнтів можуть надати необхідний зворотний зв'язок лікарям, щоб допомогти поліпшити свою практику. Крім того, задоволеність пацієнтів часто корелює із залученням пацієнтів до прийняття рішень і може покращити догляд, на який центрується пацієнт. Оцінка допомоги пацієнтам може визначити можливості для поліпшення догляду, скорочення витрат, моніторингу виконання планів охорони здоров'я та забезпечити порівняння між закладами охорони здоров'я. Противники опитувань задоволеності пацієнтів часто непереконливі в тому, що дані достовірні, що витрати не виправдовують витрати, і що те, що вимірюється, не є хорошим показником якості. [15]

Департамент охорони здоров'я та соціальних служб базує 30 відсотків відшкодування Medicare лікарень за результатами опитування задоволеності пацієнтів, відомого як Оцінка споживачів лікарні постачальників медичних послуг та систем (HCAHPS). [16]

«Починаючи з жовтня 2012 року, Закон про доступне медичне обслуговування запровадив політику, яка утримує 1 відсоток від загальної суми відшкодувань Medicare - приблизно 850 мільйонів доларів США - від лікарень (цей відсоток подвоїться в 2017 році). Щороку тільки лікарні з високими показниками задоволеності пацієнтами і мірою певних базових стандартів

догляду будуть заробляти ці гроші назад, а топові виконавці отримують бонуси з пулу». [17]

Технологія та перспективи безпеки

Технологія також може вплинути на сприйняття пацієнтами якості медичного обслуговування. [17]

Опитування онкохворих у 2015 році показує, що ті, хто має більш позитивне ставлення до інформаційних інструментів охорони здоров'я від своїх постачальників, більше використовують інструменти і згодом мають більш високу якість догляду від свого постачальника. Це ж опитування також показує, що ті, хто вважає, що їхній постачальник діє більш безпечно і мають більш низький рівень конфіденційності, швидше за все, позитивно ставляться до інформаційних інструментів охорони здоров'я від своїх постачальників і, таким чином, більш високе сприйняття отриманої допомоги.

У 90-ті роки ХХ ст. 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, 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.

РОЗДІЛ 2.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВА СИСТЕМА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ, УПРАВЛІННЯ ТА КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Нормативно-правову систему України в царині забезпечення, управління та контролю якості виконання завдань галузі охорони здоров'я згідно медичного права загалом і зокрема, слід розглядати як таку, що відповідає загальній ієрархії переліку юридичних актів, що складають 5 шаблів правових документів:

1) Конституція України (ст. 49 – право на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування);

2) галузеві кодекси, які містять загальні норми, що застосовуються в медичній сфері (Цивільний і Кримінальний, Кодекс про адміністративні правопорушення, Кодекс законів про працю тощо);

3) Основи законодавства України про охорону здоров'я як основний (базовий) спеціальний закон у цій сфері;

4) спеціальні закони, що регулюють окремі сфери медичної діяльності (донорство, психічна допомога, окремі інфекційні захворювання тощо);

5) акти центральних і місцевих владних інститутів державної виконавчої (укази та розпорядження Президента України, постанови і розпорядження КМУ, накази і розпорядження Мінохорони здоров'я України, нормативно-правові документи других органів влади).

Основоположна роль ревізуванню простежується в законодавчих і нормативно-правових актах, що ладять керування якістю медичної допомоги в Україні:

Основним (базовим) спеціальним законодавчим актом в Україні в цій сфері є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р., який визначає правові основи організації охорони здоров'я, забезпечення здорових і безпечних умов життя, лікувально-профілактичної допомоги [18].

Окремі сектори системи охорони здоров'я, такі як психіатрична допомога, регулювання донорства, деякі інфекційні і неінфекційні хвороби унормовуються спецзаконами. Так законом України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги», що вступив в силу із січня 2012 року встановлено правовий статус акредитації закладів охорони здоров'я. [19]

Програма економічних реформ в Україні на 2010 – 2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава передбачає низку задач з підняття доброякісності медичного сервісу, наприклад, опрацювання порядку показників якості діяльності лікувальних закладів, створення самостійних осередків оцінки якості медичної допомоги та послуг, [20]

Наступний розвій вказаної практиці системи охорони здоров'я сформовано у наказах Міністерства охорони здоров'я України.

Таких як, «Про організацію клініко–експертної оцінки якості медичної допомоги», [21] «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги», [22] «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», [23] «Про порядок контролю якості медичної допомоги», [24] «Про внесення змін до наказу МОЗ від 02.02.2011 р. № 49 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики», [25] «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року». [26].

Цією концепцією, приміром, означено аудит закладу невідривною складовою руху вдосконалення якості медичної допомоги, а плановий вплив на якість та ефективність медичного забезпечення, адекватно принципам акту, вимагає розроблювання як статистичних індикаторів так і показників, одержаних впродовж експертизи, що могли б дозволити забезпечення об'єктивної оцінки, відслідковування та реальне визначення питань

забезпечення якості, наказу МОЗ України «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року», [27] «Галузева програма стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року», [28] «Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони здоров'я», [29] «Про затвердження Порядку контролю за додержанням Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики». [30]

Адміністративне право України передбачає контроль функціонування в будь-якій царині, що відбувається шляхом позавідомчого, суспільного та відомчого контролю. Відтак, у системі керівництва якістю медичної допомоги наявні усі вказані види контролю.

Виконавцями зовнішнього контролю являються уповноважені органи поза межами медичного закладу, внутрішній же контроль здійснюють адміністрація лікарні й завідувачі відділень і керівники інших структурних підрозділів безпосередньо в закладах охорони здоров'я.

Обов'язки осіб позавідомчого контролю якості медичної допомоги у полі охорони прав її набувачів у межах своєї компетенції реалізують Прокуратура України та органи, функція яких проходить з повноваженням на владні рішення. Страхові товариства на підставі укладених договорів з виробниками та споживачами медичних послуг також мають право на виконання позавідомчого контролю якості медичної допомоги.

До суспільного контролю діяльності закладів охорони здоров'я у частині якості меддопомоги залучаються неурядові неприбуткові організації, окремі активісти з громадян, а також окремі жителі у випадку їх письмових чи усних звернень в означених питаннях якості до владних структур та керівників органів охорони здоров'я й очільників медичних закладів, фахові медичні спілки й асоціації. Громадський контроль носить консультативно дорадчий характер.

Здійснення зовнішнього галузевого нагляду, згідно з наказом МОЗ України «Про порядок контролю якості медичної допомоги» покладено на

повноваження Мінохорони здоров'я України, а також на відповідний Департамент, МОЗ АР Крим, а за вертикальним підпорядкуванням на структурні підрозділи охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій. Діапазон прав цих управлінських суб'єктів облягає ділянки здійснення акредитації і ліцензування підпорядкованих установ охорони здоров'я, стандартизації меддопомоги, атестації лікарів та інших спеціалістів, розгляду звернень і скарг мешканців, і вбачає право опрацювання і прийняття владних рішень приписів і розпоряджень обов'язкових до виконання. [25]

Внутрішньолікарняний контроль якості, згідно діючих відомчих нормативно-правових актів, ведеться власне керівниками та створеними у закладах охорони здоров'я медичними радами. Звична практика побудови роботи передбачає делегування директором комунального медичного закладу права контролюючих функцій заступникам за відповідними напрямками роботи та завідувачам відділеннями та іншим очільникам підрозділів. Новітні заходи з внутрішнього контролю якості вбачають і уведення системи аудиту та самооцінювання управління якістю. Рисою суб'єкту контролю в управлінні якістю, в порядку самоконтролю, слід неодмінно допускати включення до цієї роботи лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою (медичних сестер).

Наказ МОЗ України «Про порядок контролю якості медичної допомоги» предметами контролювання зокрема такі конкретні структури, процеси та результати, як кваліфікація, організація, реалізація управлінських рішень, наслідування стандартів, протоколів меддопомоги, дефекти, негативні наслідки лікування та скарги громадян, права та безпека хворих, дослідження їх міркувань відносно наданої медичної допомоги. [25]

У 2011 р. наказом МОЗ України затверджено Єдиний термінологічний словник з питань управління якістю медичної допомоги. [31] (Див. дод. А). Розглянемо деякі основні з них.

Аудит – безперервне зовнішнє спостерігання показників якості для визначення відповідності до планів роботи у галузі для висновку щодо зв'язку планів і встановлених цілей у реалізації на практиці.

Бенчмаркінг - вимірювання ефективності діяльності закладу в порівнянні з ефективністю практики кращих у своєму класі закладів і визначення власної можливості досягти чи перевершити цю практику, що є можливим за умови покращення результативності операцій, процесів.

Контроль - вимірювання, вивчення, перевірка деяких властивостей послуги та порівняння наслідків з визначеними правилами для досягнення рівня за кожною із характеристик.

Моніторинг - постійний хід збирання даних про результати всіх видів діяльності систем. Цей засіб є періодичним чи безперервним. Він застосовується до встановлених питань, що потребують перевірки ключових ділянок роботи.

Оцінка якості меддопомоги - дефініція відповідності медичної допомоги стандартам, очікуванням і попитам хворих і груп мешканців.

Результативність - щабель, на якому лікувальні втручання (враховуючи сучасний рівень знань) покращують здоров'я у пересічних прагматичних умовах.

Цілі в сфері якості – встановлені на наукових даних показники до яких спрямовано намагання персоналу у сфері якості.

Якість медичного обслуговування - медичне обслуговування, при якому наявні ресурси зорганізуються так, щоб досягнути максимальної результативності наряду із забезпеченням потреби з максимальною безпечністю задоволити потреби у здоров'ї без непотрібних витрат у досягненні вимог максимального рівня.

Окрім вже вказаного є цікавим розглянути і деякі з окремих індикаторів якості медичної допомоги в рамках програми державних гарантій

Критеріями доступності та якості медичної допомоги є:

Показники здоров'я населення:

- смертність населення (число померлих на 1000 осіб населення);
- смертність населення від хвороб системи кровообігу (число померлих від хвороб системи кровообігу на 100 тис. чоловік населення);
- смертність населення від новоутворень, в тому числі від злоякісних (число померлих від новоутворень, в тому числі від злоякісних, на 100 тис. чоловік населення);
- смертність населення від туберкульозу (випадків на 100 тис. чоловік населення);
- смертність населення в працездатному віці (число померлих в працездатному віці на 100 тис. чоловік населення);
- смертність населення працездатного віку від хвороб системи кровообігу (число померлих від хвороб системи кровообігу в працездатному віці на 100 тис. чоловік населення);
- материнська смертність (на 100 тис. народжених живими);
- дитяча смертність (на 1000 народжених живими);
- смертність дітей у віці 0 - 4 років (на 100 тис. чоловік населення відповідного віку);
- смертність дітей у віці 0-17 років (на 100 тис. чоловік населення відповідного віку);
- частка пацієнтів, які прожили 5 і більше років після встановлення діагнозу злоякісного новоутворення, від загальної кількості пацієнтів із злоякісними новоутвореннями;
- частка пацієнтів, які прожили 5 і більше років після перенесеного гострого інфаркту міокарда, від загальної кількості пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда;
- частка пацієнтів, які прожили 5 і більше років після перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу, від загальної кількості пацієнтів, які перенесли гостре порушення мозкового кровообігу;

Показники використання ресурсів охорони здоров'я:

- частка медичних організацій, що здійснюють автоматизовану запис на прийом до лікаря з використанням інформаційно-телекомунікаційної мережі «Інтернет», та інформаційно-довідкових сенсорних терміналів від загальної кількості медичних організацій;

- забезпеченість населення лікарями (на 10 тис. осіб населення), в тому числі надають медичну допомогу в амбулаторних і стаціонарних умовах;

- забезпеченість населення середніми медичними працівниками (на 10 тис. осіб населення), в тому числі надають медичну допомогу в амбулаторних і стаціонарних умовах;

- середня тривалість лікування в медичних організаціях, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах (в середньому по суб'єкту Російської Федерації);

- ефективність діяльності медичних організацій на основі оцінки виконання функції лікарської посади, показників раціонального і цільового використання ліжкового фонду;

- частка витрат на надання медичної допомоги в умовах денних стаціонарів від всіх витрат на територіальну програму;

- частка витрат на надання медичної допомоги в амбулаторних умовах в невідкладній формі від всіх витрат на територіальну програму;

- частка витрат на надання швидкої медичної допомоги поза медичної організації від усіх витрат на територіальну програму;

- частка витрат на надання паліативної медичної допомоги від усіх витрат на територіальну програму;

Показники доступності та якості медичної допомоги:

- задоволеність населення медичною допомогоюю (відсотків відрахували опитаних);

- питома вага числа пацієнтів із злоякісними новоутвореннями, виявлених на ранніх стадіях, в загальній кількості пацієнтів з вперше виявленими злоякісними новоутвореннями;

повнота охоплення профілактичними медичними оглядами дітей;

рівень госпіталізації населення, прикріпивши до медичної організації, яка надає первинну медико-санітарну допомогу (на 1000 осіб населення);

- питома вага числа госпіталізацій в екстреної формі в загальному обсязі госпіталізацій населення, прикріпленого до медичної організації, яка надає первинну медико-санітарну допомогу;

- питома вага числа пацієнтів, які отримали спеціалізовану медичну допомогу в стаціонарних умовах в федеральних медичних організаціях, в загальній кількості пацієнтів, яким була надана допомога. [32]

Адміністратори охорони здоров'я планують, організують 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 посаду і ступінь випускника допоможе встановити кандидатів кращих один від одного і для подальшого просування в їх кар'єрі. Магістр з управління охорони здоров'я 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.

РОЗДІЛ 3.

ШЛЯХИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Якість та ефективність діяльності медичних закладів належать до числа найбільш актуальних проблем в управлінні охороною здоров'я, безпосередньо пов'язаних з кінцевими результатами та використанням обмежених ресурсів галузі.

Ключовими критеріями якості є:

1. Ефективна і своєчасна допомога.
2. Ефективне використання ресурсів.
3. Задоволеність потреби пацієнта.
4. Результативність лікування.

Існує чіткий зв'язок між цими критеріями. Так, результатами своєчасної і ефективної медичної допомоги буде більш повне задоволення потреб пацієнта і висока результативність лікування. Так само, якщо лікування є ефективним, то, мається на увазі, що воно повинно бути результативним.

Актуальність проблеми якості медичної допомоги визначається необхідністю додаткових матеріальних витрат у зв'язку з ускладненням технологій в умовах обмежених ресурсів, недостатньої ефективності медичної допомоги і задоволеності нею населенням

Класичний підхід, запропонований незаперечним авторитетом з питань забезпечення якості медичної допомоги А. Донабедьяном, передбачає для цілей управління і оцінки виділити в медичній допомозі три складові: структуру або ресурси, процес або технологію допомоги і вихід або результат.

Структура безпосередньо пов'язана з діяльністю закладів охорони здоров'я, у тому числі з такими факторами, як рівень підготовки персоналу, наявність відповідних технологій і стандартів надання медичної допомоги (клінічних протоколів). При застосуванні методу оцінки процесу оцінюється, що конкретно було зроблено для хворого, тобто, термін від періоду часу

визначення діагнозу і моменту початку лікування чи уживання відповідних способів терапії чи лікарських засобів (виконання стандартів/клінічних протоколів).

Результативність свідчить про ступінь досягнення результатів лікування, які очікувались (відповідність моделям кінцевих результатів). Власне лише ці методи не можуть оцінювати якість медичної допомоги, оскільки наявність високих технологій та високопрофесійного персоналу не гарантує досягнення високих результатів. Процес оцінки відповідності лікувально-профілактичного закладу мінімуму вимог стандартів щодо структури та ресурсів, які може забезпечити безпечно надання медичної допомоги, проводиться за допомогою процесу ліцензування. Центральною ідеєю ліцензування є визнання того факту, що існує рівень якості медичної допомоги, нижче якого діяльність неможлива і повинна бути призупинена.

Інтегральна оцінка діяльності закладу із застосуванням методів оцінки структури, процесу і кінцевих результатів використовується при проведенні акредитації закладів охорони здоров'я. Загальнодержавна система ліцензування та акредитації на основі використання стандартів структури, процесу і кінцевого результату системи надання медичної допомоги запроваджується як система контролю і оцінки якості медичної допомоги та як система розповсюдження передових методів, які можна використовувати при існуючих ресурсах. Заклади, які не пройшли ліцензування та акредитацію, повинні бути вилучені з ринку медичних послуг. [33]

Дієвим засобом підвищення якості медичної допомоги є бенчмаркінг. Батьківщиною бенчмаркінгу є США і при цьому вирішальну роль зіграла корпорація XEROX (виробник копіювальної техніки). До 80-х років частка корпорації на світовому ринку знизилася з 80% до 40%. Це було викликано сильною конкуренцією японських фірм Canon і Minolta. У ті ж роки була розроблена концепція комплексного управління якістю (Total Quality Management –TQM), яка придбала величезну популярність протягом наступного десятиліття [34].

Принципи, що лежать в основі бенчмаркінгу, чудово відповідають концепціям TQM, причому деякі фахівці навіть розглядають бенчмаркінг у своєму інструменті, необхідному для досягнення TQM. У будь-якому випадку саме орієнтованість на високу якість у масштабі всієї організації, її бізнес-процесів, послуг та виробництва лежить на основі концепції TQM, так і бенчмаркінга. TQM та бенчмаркінг є частиною корпоративної культури безперервного вдосконалення, вовлечення співробітників у роботу компаній та орієнтацію на клієнта.

Бенчмаркінг (англ. benchmarking – еталонне оцінювання) - порівняльний аналіз на основі еталонних показників. Постійний процес, у ході якого змінюються дані щодо продуктів, послуг, процесів та виробничих технологій на провідних підприємствах [35].

Бенчмаркінг, здавалось би, відповідає терміну «маркетингова розвідка», яка збирає таємні дані дій конкурента проти бенчмаркінгу, який має на меті узагальнення інформації у відкритому доступі, або такої, що неможливо утаємничити [36].

У цьому ключові ідеї бенчмаркінга знаходяться в наступному: Виявлення найкращих у своєму класі організацій Отримання необхідних повідомлень за допомогою відповідних методологічних зборів інформації для самооцінки. Робота над самовдосконаленням за рахунок реалізації змін, направлених на досягнення та перевиконання встановлених норм. Метод бенчмаркінга не обмежується лише бізнес-процесами або продукцією. На самому делегуванні прошедших років компанії продемонстрували високу виробленість при виборі елементів бізнесу, що розглядаються при бенчмаркуванні. При цьому важливо не забувати, що для успішного бенчмаркінгу потрібно виявити основні причини високої ефективності. Якщо розпочати корисну співпрацю з громадською інформацією про те, чим займаються інші компанії, то кінцева мета входить у виявлення методів їх роботи. Термін «інструмент реалізації» визначає в рамках маркування основних факторів, що дозволяє отримувати в компаніях високу ефективність,

наприклад, у галузях виробництва продукції, бізнес-процесів або використання ресурсів.

Компанія, що надає послугу, надає провідне еталонне співставлення з пропозицією конкурентів, за умови ефективності послуг так само легко виробляє, як у випадку з матеріальною продукцією. Тому успішний бенчмаркінг послуг часто вимагає проведення великого числа інтерв'ю та польових досліджень.

Бенчмаркінгове дослідження передбачає виявлення еталону ведення бізнесу за допомогою загальноприйнятих, стандартних оцінок діяльності підприємств. Таким еталоном стають методи роботи кращих компаній, які визнають такими, що заслуговують поширення і впровадження на інших підприємствах. Конкретизація об'єктів, цілей, партнерів дозволяє говорити про різні його формах [35].

Форми бенчмаркінгу

Внутрішній бенчмаркінг - порівняння схожих видів діяльності (процесів), що відносяться різних організаційних одиниць однієї компанії. У цьому виді можуть брати участь окремі виробничі лінії, цехи, підприємства і відділення даної компанії або групи компаній.

Зовнішній бенчмаркінг буває в формі галузевого (орієнтованого на конкурентів). Для порівняння залучаються підприємства-партнери всередині даної галузі. При цій формі досягається високий ступінь порівняння, можливо швидке навчання кращого досвіду і отримання високої результативності. Однак дані і показники тут виходять за допомогою значних витрат, так як підприємства-партнери не зацікавлені в передачі досвіду потенційним конкурентам.

При зовнішній формі для порівняння залучаються підприємства-партнери за межами власної компанії. При порівнянні з підприємствами при схожих продуктах або схожих областях підприємництва спостерігається схожа загальна тенденція, для виявлення еталонних прикладів і розкриття можливого потенціалу покращень.

Функціональний бенчмаркінг охоплює порівняння типових функціональних зв'язків, процесів, галузей діяльності підприємств різних сфер. Через галузевих відмінностей вимоги до ступеня зіставлення тут нижчі, тому дані можуть бути отримані з меншими витратами. При цьому впровадження результатів функціонального виду може в високого ступеня вплинути на результативність ключових компетенції і порівнюваних функцій, процесів, областей діяльності підприємства.

Загальний бенчмаркінг - зіставлення даних про роботу компаній, що стосуються інших сфер. Мета - провести широкі аналогії та зіставлення оцінки продукту, процесів, технологій кращих компаній, чий досвід заслуговує впровадження.

Стратегічний бенчмаркінг - дослідження, яке орієнтоване на зміну загальних принципів ведення організацією свого бізнесу. Об'єкти вивчення - стратегічна спрямованість бізнесу; організаційна структура та управління підприємством; рішення щодо інвестицій в основний фонди або в НДДКР; рішення менеджменту щодо позиціонування підприємства в цілому або окремих його виробництв; застосовувані підходи до вибору стратегії управління зміни ми і їх впровадження (наприклад, впровадження ERP-технологій, процесів реінженірінга, трансформаційних виробничих систем, «бережливого» виробництва і т.д.).

Етапи бенчмаркінгу:

Систематичне порівняння результативності продуктів, послуг, процесів, технологій на основі об'єктивних критеріїв.

Оцінка слабких і сильних сторін підприємства по відношенню до еталонних стандартів, що визначаються при аналізі продуктивності.

Ідентифікація найкращого досвіду, а також причин відмінностей у результативності.

Формулювання, планування і реалізація заходів, які ведуть до постійного підвищення результативності [37].

Правове регулювання якості

В державі існує струнка чинна система нормативно-правового регулювання такої надважливої складової сфери громадського здоров'я якою є якість надання медичної допомоги і послуг. Але в додаток до вищевикладеного медичного правового базису до п'яти визначених медичним правом України юридичних документів ми вважаємо за доцільне до структури загалу нормативно-правових актів щодо управління і контролю якості системи охорони здоров'я слід додати міжнародну нормативно-правову базу та власне нормативні, методичні та розпорядчі документи саме закладів охорони здоров'я, які у період медичного реформування отримали статус комунальних некомерційних, а відтак і відповідну самостійність. Сюди слід віднести і рекомендаційні документи, що опрацьовуватимуться і госпітальними радами.

Класифікувати акти законодавства України в сфері охорони здоров'я можна за різними критеріями: за ієрархією нормативно-правових (закони, підзаконні нормативно-правові акти), за предметом правового регулювання тощо. В юридичній літературі в Україні найбільшого поширення набула класифікація за предметом правового регулювання, згідно з якою нормативно-правові акти в сфері охорони здоров'я поділяють на шість груп. До шостої групи належать закони, які гарантують безпечні умови життєдіяльності. Закон України «Про рекламу». Однак науковці вважають за доцільне розробити і прийняти Закон України «Про рекламу у сфері охорони здоров'я», який би визначив порядок рекламування лікарських виробів, виробів медичного призначення, методів профілактики, діагностики і лікування, а також рекламування тютюнових виробів та алкогольних напоїв [38].

Аналіз підтверджує, що системних законів про організацію та управління охороною здоров'я в Україні немає. До восьмої групи пропонується відносити закони, які регулюватимуть питання біоетики, тобто морально-етичні, правові, соціально-економічні та філософські питання здоров'я і хвороб, життя і смерті людини та пошуку гідних моральних шляхів виходу з таких ситуацій [39].

В Україні вже було розроблено проект закону «Про правові основи біоетики і гарантії її забезпечення», який був зареєстрований у ВР ще 08.06.2005 р. за № 7625 але він так і залишився проектом [40].

Дійсне законодавство у царині охорони громадського здоров'я не є однозначним у його тлумаченні, не має узгодженості всіх норм галузевого права, у разі потреби нездатне адекватно і своєчасно реагувати на ситуаційні зміни, не здібне на юридичну гнучкість у випадку очолити політичну ініціативу у реформі, містить неясні за контекстом формулювання та суперечності. На думку дослідників, якої дотримуємось і ми, у державі не існує системи охорони здоров'я як такої, натомість є порядок надання медичних дій за фактом хвороби, [41]

яку сьогодні, згідно вимог медичної реформи, слід переорієнтувати на рівень первинного надання медичної допомоги, а на чільне місце, окрім інших нагальних потреб, вимагається висунути юридичну площину її якісних характеристик [42].

Враховуючи великий масштаб і проблематичну конструкцію законодавства у галузі охорони здоров'я, основоположним фактором результативності юридичного керування є запит на поєднання всього загалу законодавчих актів та їх систематизація в єдиний документ, і як один з найвлучніших варіантів базового документа – Медичний кодекс України. На превалюючу думку спільноти юристів кодекс має всебічно і комплексно врегулювати усі площини охорони здоров'я, як у всезагальному так і локальному аспектах [43, 44, 45].

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 хронічну допомогу. 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 нарівні 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 р.р. для навчання та 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.

Перевірені стратегії залучення лікарів і 4 способи провалу

Сполучені Штати ведуть світ у сфері витрат на охорону здоров'я, присвячуючи майже 18 відсотків свого валового внутрішнього продукту витратам на охорону здоров'я, і цей відсоток планується продовжувати зростати. 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 обіти без залучення лікаря, однак. Їм потрібні лікарі, щоб бути на борту. Чому? Реальність така, що лікарі відіграють велику роль у складних механізмах надання медичної допомоги. Від надання прифронтової 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 Gallup підкреслює 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 процесі підвищення 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 догляду на основі цінностей. У доповіді McKinsey висвітлено чотири інші ключові проблеми та бар'єри:

- Лікарі відчувають 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, IT-відділу).
- Організації мають хибне уявлення про те, що компенсація є одним з найважливіших драйверів для лікарів.
- Лікарі погано розуміють модель оплати на основі ризику, а також ризикують.

Через багато невизначеності, що стоять перед лікарями, легко зрозуміти, чому так багато хто відчуває гнів і смуток прямо зараз. Більш детальну інформацію про різні етапи горе лікарі відчувають можна прочитати в цій статті Harvard Business Review. [46]

Поліпшення надання допомоги та скорочення витрат мають вирішальне значення в сучасному світі ціннісний догляд. Але досягнення цих 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, аналітику даних та звітність, а також тренінг, необхідний для змістовної роботи з удосконалення. Прислухайтесь 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 поліпшенні догляду за пацієнтами. Така мета має більше значення для лікарів, ніж цілі щодо скорочення витрат і поліпшення стандартизації та відходів.

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.

Досі не для ефективних стратегій купівлі-в

Хоча існують різні типи стратегій, які організація може використовувати для заохочення лікаря до покупки, 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. Партнер, який буде не тільки працювати над поліпшенням життя своїх пацієнтів, але все життя організація вступає в контакт з, в тому числі життя лікарів. Згідно з дослідженнями Gallup, партнер охорони здоров'я, як це буде сприяти залученню лікаря, надаючи лікарям наступне: впевненість, що системі охорони здоров'я можна довіряти, щоб доставити свої обіцянки; віра в те, що система охорони здоров'я буде діяти чесно і ставитися до них справедливо; Ми також забезпечуємо прозорість щодо статусу публікації наданого вмісту. і робоче місце, про яке вони можуть бути захоплені.

6 кроків, щоб отримати лікар buy-in

Без плану, стратегія отримання викупу може бути важко досягти. Інститут поліпшення охорони здоров'я зібрав рамки з шести елементів, щоб 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, а не в силосах. 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. Дитяча лікарня штату Вісконсін заручилася зі своїми лікарями за допомогою аналітичного додатку під назвою Key Process Analysis application. Додаток дозволив групі неонатології зануритися глибоко в свої дані, щоб ізолювати певні умови, де була дійсно зміна в догляді в порівнянні з варіаціями, притаманними пацієнтам, про яких вони піклувалися. Але лікарям потрібно було дозволити брати участь у цьому діалозі разом і пройти через дані, щоб перевірити його самі.

4. Сегментуйте план залучення та надайте освіту. Ідіть вперед і визначити чемпіонів для ініціативи з підвищення якості. Знайти прифронтових 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 розуміють, що поліпшення якості є ітераційним процесом. При такому підході лікарі дізнаються, що це нормально зазнати невдачі, але швидко зазнають невдачі, тому вони можуть вчитися і вносити корективи для поліпшення. Наприклад, North Memorial Healthcare прийняла склад даних підприємства (EDW) з можливостями візуалізації, щоб лікарі могли отримати відповіді в реальному часі на свої питання клінічного підвищення якості. Потім лікарі могли побачити, як їхні рішення вплинули на тривалість перебування (LOS) і як конкретні зміни в клінічних процесах покращать LOS. Accessing дані, було легше переконати лікарів внести необхідні зміни. Суть в такому підході: тим більше лікарів можна зробити, щоб відчувати, що зміна - це їх ідея, тим швидше вони посадять на борт.

6. Проявіть мужність і забезпечіть резервне копіювання аж до дошки. Нехай лікарі знають, генеральний директор візьме свої пропозиції плану поліпшення до ради для затвердження, і рада і генеральний директор розуміють, що це ініціатива під керівництвом лікаря [46].

ВИСНОВКИ

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.

В рамках проведеного дослідження вивчено теоретичні і методичні аспекти та структурно-функціональний зміст якості меддопомоги галузі охорони здоров'я.

У дослідженні описано основні методи оцінки та фактори, що впливатимуть на вдосконалення системи забезпечення якості.

Представлено повну нормативно-правову базу управління якістю;

Класифіковано юридичну систему України в царині забезпечення, управління та контролю якості, визначено її ключові критерії.

Обґрунтовано та запропоновано шляхи подолання проблем у покращенні показників якості. 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.

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, економічно та юридично обґрунтованої системи охорони здоров'я, яка задовольнила б усім характеристикам її функцій.

В українському законодавстві у сфері охорони здоров'я: висвітлено питання медичного права системи та систематизації як складових правової системи України. Досліджено питання систематизації та класифікації нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я. Проаналізовано необхідність створення Медичного кодексу та зведення законів як форми законодавства у систематизації сфери охорони здоров'я. Висловлено думку про те, що прийняття Медичного кодексу як складного нормативно-правового акту відповідатиме сучасним традиціям законотворчості та правового застосування кодексів, що мають подібний об'єкт правового регулювання. Звертається увага на сукупність законів як оптимальний спосіб систематизації правових норм у сфері охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Trends in health systems in the former Soviet countries. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/261271/Trends-in-health-systems-in-the-former-Soviet-countries.pdf / (дата звернення: 27.02.2021).
2. Health care quality - Wikipedia. URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_quality#cite_ref-:1_5-0 (дата звернення: 27.02.2021).
3. Understanding Quality Measurement | Agency for Healthcare Research and Quality (ahrq.gov). URL: <https://www.ahrq.gov/patient-safety/quality-resources/tools/ chtoolbx/understand/ index.html> (дата звернення: 27.02.2021).
4. The Urgent Need to Improve Health Care Quality: Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality | JAMA | JAMA Network. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/187987> (дата звернення: 27.02.2021).
5. Types of Health Care Quality Measures | Agency for Healthcare Research and Quality (ahrq.gov). URL: <https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/types.html> (дата звернення: 27.02.2021).
6. Health care quality - Wikipedia. URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_quality#cite_ref-:1_5-0 (дата звернення: 27.02.2021).
7. Laws & Regulations | HHS.gov. URL: <https://www.hhs.gov/regulations/index.html> (дата звернення: 27.02.2021).
8. Health care quality - Wikipedia. URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_quality#cite_ref-Shi_and_Singh_7-0 (дата звернення: 27.02.2021).
9. Critical Pathways | Circulation (ahajournals.org). URL: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.CIR.101.4.461> (дата звернення: 27.02.2021).
10. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? | JAMA | JAMA Network. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/374139> (дата звернення: 27.02.2021).

11.[Effect of mutation in *phoB* and *phoM* genes for the positive control of alkaline phosphatase biosynthesis on *Escherichia coli* envelope proteins] - PubMed (nih.gov) . URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3534547/> (дата звернення: 27.02.2021).

12.[PDF] Surgeon volume and operative mortality in the United States. | Semantic Scholar. URL: <https://www.semanticscholar.org/paper/Surgeon-volume-and-operative-mortality-in-the-Birkmeyer-Stukel/0136b6c024e1230483c6002e eb4de5b00166cf32> (дата звернення: 27.02.2021).

13.Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment | Law and Medicine | JAMA | JAMA Network. URL: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/200994> (дата звернення: 27.02.2021).

14.Patients' needs, satisfaction, and health related quality of life: Towards a comprehensive model (nih.gov) . URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC471563/> (дата звернення: 27.02.2021).

15.Measuring Patient Satisfaction: How to Do It and Why to Bother -- FPM (aafp.org) . URL: <https://www.aafp.org/fpm/1999/0100/p40.html> (дата звернення: 27.02.2021) (дата звернення: 27.02.2021).

16.The Problem With Satisfied Patients - The Atlantic. URL: <https://www.theatlantic.com/health/archive/2015/04/the-problem-with-satisfied-patients/390684/> (дата звернення: 27.02.2021).

17.The Effectiveness of Health Care Information Technologies: Evaluation of Trust, Security Beliefs, and Privacy as Determinants of Health Care Outcomes (nih.gov) . URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5917085/> (дата звернення: 27.02.2021).

18.Основи законодавства Україн... | від 19.11.1992 № 2801-ХІІ (rada.gov.ua). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 20.02.2021).

19. Закон України від 7 липня 2011 р. № 3611-VI | Еженедельник АПТЕКА (apteka.ua). URL: <https://www.apteka.ua/article/90135> (дата звернення: 20.02.2021).

20. Програма економічних реформ в Україні на 2010 – 2014 роки | Українська правда (pravda.com.ua). URL: <https://www.pravda.com.ua/articles/2010/06/2/510233720> (дата звернення: 20.02.2021).

21. Положення, Наказ № 693 от 06.08.2013, Про організацію клініко-експертної оцінки якості медичної допомоги (ligazakon.ua). URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE24249.html (дата звернення: 20.02.2021).

22. Наказ МОЗ України від 11.09.2013 р. № 795 | Еженедельник АПТЕКА (apteka.ua). URL: <https://www.apteka.ua/article/271376> (дата звернення: 22.02.2021).

23. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751 | Еженедельник АПТЕКА (apteka.ua). URL: <https://www.apteka.ua/article/244837> (дата звернення: 22.02.2021).

24. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 752 | Еженедельник АПТЕКА (apteka.ua). URL: <https://www.apteka.ua/article/217387> (дата звернення: 22.02.2021).

25. Про затвердження Ліцензійних умо... | від 02.03.2016 № 285 (rada.gov.ua). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF#Text> (дата звернення: 25.02.2021).

26. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року (mozdocs.kiev.ua). URL: <https://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=12655> (дата звернення: 24.02.2021).

27. Наказ МОЗ України від 01.08.2011 р. № 454 | Еженедельник АПТЕКА (apteka.ua). URL: <https://www.apteka.ua/article/91912> (дата звернення: 23.02.2021).

28.Наказ № 597 від 16.09.2011 Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року. Редакція від 23.05.2014 | ZakonOnline - Право знати!. URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/31483___486275 (дата звернення: 28.02.2021).

29.Наказ МОЗ України від 22.07.2009 р. № 529 | Еженедельник АПТЕКА (apteka.ua). URL: <https://www.apteka.ua/article/20652> (дата звернення: 26.02.2021).

30.Наказ МОЗ України від 10.02.2011 р. № 80 | Еженедельник АПТЕКА (apteka.ua). URL: <https://www.apteka.ua/article/95751> (дата звернення: 27.02.2021).

31.Наказ МОЗ України від 20.07.2011 р. № 427 | Еженедельник АПТЕКА (apteka.ua). URL: <https://www.apteka.ua/article/90269> (дата звернення: 28.02.2021).

32.Показатели качества помощи (rsp-ufa.ru). URL: <http://www.rsp-ufa.ru/services/pokazатели-kachestva-pomoshchi.php> (дата звернення: 28.02.2021).

33.Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я уроки для України. . URL: https://eeas.europa.eu/archives/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_uk.pdf (дата звернення: 28.02.2021).

34.[Бенчмаркинг: основные понятия и процесс реализации.](https://www.cfin.ru/management/controlling/benchmarking_meths.shtml) URL: https://www.cfin.ru/management/controlling/benchmarking_meths.shtml (дата звернення: 28.02.2021).

35.бенчмаркинг это - Bing. URL: <https://www.bing.com/search?q=%D0%B1%D0%B5%D0%BD%D1%87%D0%BC%D0%B0%D1%80%D0%BA%D0%B8%D0%BD%D0%B3+%D1%8D%D1%82%D0%BE&form=ANSPH1&refig=47d6ae83ec13434a8e439957ce136d13&pc=U531&sp=2&q=AS&pq=%D0%B1%D0%B5%D0%BD%D1%87%D0%BC%D0%B0%D1%80%D0%BA%D0%B8%D0%BD%D0%B3&sk=AS1&sc=3-11&cvid=47d6ae83ec13434a8e439957ce136d13> (дата звернення: 28.02.2021).

36.Что такое бенчмаркинг простыми словами: примеры, методы, виды и цели инструмента (kakzarabativat.ru) . URL: <https://kakzarabativat.ru/marketing/>

benchmarking/ (дата звернення: 28.02.2021).

37. Бенчмаркинг: основные понятия и процесс реализации . URL: https://www.cfin.ru/management/controlling/benchmarking_meths.shtml (дата звернення: 28.02.2021).

38. Сенюта І.Я. Медичне право: право людини на охорону здоров'я : монографія. Львів, 2007. 224 с.

39. Силуянова І.В. Біоетика в Росії : цінності і закони. М., 2001. 177 с.

40. Майданик Р. Законодавство України в сфері охорони здоров'я: система і систематизація. URL: [file:///C:/Users/Asus/AppData/Local/Temp/Microsoft EdgeDownloads/f4fa67f2-ab36-4e2e-b12c-10b380085fd2/ edpr_2013_2_ 8%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Asus/AppData/Local/Temp/Microsoft%20EdgeDownloads/f4fa67f2-ab36-4e2e-b12c-10b380085fd2/edpr_2013_2_8%20(1).pdf) (дата звернення: 01.03.2021).

41. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / за заг. ред. В.М. Лехан, В.М. Рудого. К., 2005. 168 с.

42. Медичне право України : нові грані . URL: <http://health-ua.com/> (дата звернення: 28.02.2021).

43. Любінець О.В., Сенюта І.Я. Медичний кодекс як основа в реформуванні охорони здоров'я України. URL: <http://www.umj.com.ua./arhiv/53/1683.asp> (дата звернення: 28.02.2021).

44. Третьяков В.М., Махмудов Е.Ю. Нормотворча діяльність Всесвітньої організації охорони здоров'я і формування в Україні галузі медичного права та її правових інститутів // Економіка та держава. 2006. № 3. С. 69–70.

45. Вороненко Ю.В., Радиш Я.Ф. Медичне право в системі права України: стан і перспективи розвитку // Український медичний часопис. – 2006. – № 5 (55). – IX/X. – С. 5–10.

46. Bryan Oshiro. 6 Proven Strategies for Engaging Physicians—and 4 Ways to Fail. URL: <https://www.healthcatalyst.com/proven-physician-engagement-strategies> (дата звернення: 28.02.2021).