

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

БОРЩІВСЬКИЙ ВІКТОР МИХАЙЛОВИЧ
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК 338
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**РОЛЬ ПРИВАТНОЇ МЕДИЧНОЇ УСТАНОВИ В ПІДВИЩЕННІ
ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ**
(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. М. БОРЩІВСЬКИЙ
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи
ЗІНЧУК Тетяна Олексіївна
(прізвище, ім'я, по батькові)

доктор економічних наук, професор
(науковий ступінь, вчене звання)

Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

за результатами попереднього захисту: **БОРЩІВСЬКИЙ Віктор Михайлович**
допущений до захисту

Протокол засідання кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління № _____ від «___» січня 2023 р.

Завідувач кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

к. е. н., професор
(науковий ступінь, вчене звання) _____ (підпис)

Валентина ЯКОБЧУК
(власне ім'я та прізвище)

«___» січня 2023 р.

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти **БОРЩІВСЬКИЙ Віктор Михайлович** захистив
(прізвище ,ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:
сума балів за 100-бальною шкалою _____
за шкалою ECTS _____
за національною шкалою _____

Секретар ЕК

(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

Настасія ПУГАЧОВА
(власне ім'я та прізвище)

АНОТАЦІЯ

Борщівський В. М. Роль приватної медичної установи в підвищенні якості надання медичних послуг. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 281 – Публічне управління та адміністрування – Поліський національний університет, 2023.

Проілюстровано загальні тенденції становлення вітчизняної системи охорони здоров'я. окреслено функції медичних установ та специфіку надання ними послуг. Автором акцентовано увагу на показниках якості медичних послуг та чинниках їх забезпечення. Розкрито сутність, місце та роль приватних медичних закладів у системі охорони здоров'я України. Акцентовано увагу на специфічних характеристиках недержавних медичних організацій у забезпеченні доступності та якості медичної допомоги. Окреслено напрями та перспективи удосконалення державного управління закладами приватної медицини з позиції підвищення якості наданими ними послуг.

Ключові слова: публічне адміністрування, державне регулювання, охорона здоров'я, політика, недержавні медичні організації, якість послуг.

SUMMARY

Borshchivskiy V. M. The role of a private medical institution in improving the quality of medical services. – Qualification work on the rights of the manuscript.

Qualification work for a master's degree in specialty 281 – Public administration and administration. – Polissia national university, 2023.

The general trends in the formation of the national healthcare system are illustrated. the functions of medical institutions and the specifics of their provision of services are outlined. The author focuses on indicators of the quality of medical services and factors of their provision. The essence, place and role of private medical institutions in the healthcare system of Ukraine is revealed. Attention is focused on the specific characteristics of non-governmental medical organizations in ensuring the availability and quality of medical care. The directions and prospects for improving the state management of private medicine institutions from the point of view of improving the quality of services provided by them are outlined..

Keywords: public administration, state regulation, healthcare, politics, non-governmental medical organizations, quality of services.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ГЛОБАЛЬНА ВИМОГА – НАДАННЯ ЯКІСНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	7
Висновки до розділу 1	17
РОЗДІЛ 2. РОЛЬ НЕДЕРЖАВНИХ МЕДИЧНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ДОСТУПНОСТІ ТА ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	18
Висновки до розділу 2	30
РОЗДІЛ 3. ПЕРСПЕКТИВИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ПРИВАТНОЇ МЕДИЦИНИ З ПОЗИЦІЇ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ НАДАНИМИ НИМИ ПОСЛУГ	32
Висновки до розділу 3	41
ВИСНОВКИ.....	43
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	45
ДОДАТКИ.....	49

ВСТУП

Актуальність теми. На сучасному етапі розвитку людства здоров'я (і фізичне, і психічне) є не лише категорією медичної галузі, а й визначальною економічною характеристикою (лише індивід з високими показниками здоров'я спроможний підвищувати продуктивність праці, а отже, забезпечувати конкурентоспроможність бізнес-структури). З усіх позицій (політико-економічних, моральних, соціальних тощо) країна зацікавлена мати здорове населення. Як стверджує всесвітня організація охорони здоров'я, надання якісних послуг охорони здоров'я є обов'язковою умовою загального охоплення послугами охорони здоров'я на світовому рівні (*Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage* [29]). Саме рівень здоров'я населення та якість наданих медичних послуг визначають основні напрями сучасного соціально-економічного розвитку країни, є основою якості життя соціуму, чинником, який визначає цінність людського капіталу та його здатність забезпечувати реалізацію інтелектуального потенціалу, сприяти фізичному прояву якості робочої сили. Екологічні умови, стреси, пандемія, військовий стан спричинили додаткове навантаження на людський організм, тому на перше місце виходить система відновлення здоров'я та заклади, спроможні забезпечити надання якісних послуг охорони здоров'я.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Питання інструментарію, механізмів державного та публічного управління закладами охорони здоров'я, практики наданих ними послуг розкривають у своїх працях А. Барзилович, В. Дудка, В. Карлаш, Г. Урсол, Д. Рябець, І. Голованова, І. Леган, І. Парубчак, Н. Карпишин, Н. Меловатская, О. Крикун та ніші вітчизняні та зарубіжні автори. Питання управління сферою охорони здоров'я є у сфері інтересів системи державної влади та органів місцевого самоврядування. Ситуація пандемії на Covid-19 та військовий стан в Україні загострили наявний стан у системі охорони здоров'я, що потребує додаткового вивчення.

Метою дослідження є вивчення ролі та практичних засад надання якісних послуг закладами приватної медицини України. Досягнення мети передбачило реалізацію завдань дослідження: 1) дослідити умови та чинники

надання якісних медичних послуг; 2) розкрити роль приватних закладів охорони здоров'я у забезпеченні доступності та якості медичної допомоги; 3) обґрунтувати напрями удосконалення державного управління закладами приватної медицини з позиції підвищення якості наданими ними послуг.

Об'єктом дослідження є публічне управління та функціонування закладів приватної медицини у процесі надання ними послуг охорони здоров'я. **Предметом дослідження** є теоретичні, практичні та організаційно-правові засади управління системою якості наданими послуг закладами приватної медицини. **Методи дослідження.** Матеріалами дослідження базуються на системних підходах в управлінні. Методами дослідження були загальнонаукові та спеціальні методи, системно-структурного аналізу, статистичні методи, соціологічний, графічний. *Джерелами інформації* – закони та підзаконні нормативно правові акти, зокрема, постанови Верховної Ради України, укази Президента, Кабінету Міністрів, дані Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, Міністерства фінансів України, Міністерства юстиції України, Державної аудиторської служби України, Державної фіскальної служби України, Антимонопольного комітету України, інших учасників суспільних відносин, у тому числі Державного комітету статистики, закладів охорони здоров'я різних форм власності, вітчизняних та зарубіжних вчених.

Апробація результатів дослідження. Дослідження представлені на таких науково-практичних конференціях «Механізми управління розвитком територій» (м. Житомир, 26–28.10.2022 р.) на тему «Управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні»; Науково-практичної конференцій «Без коріння саду не цвісти» (Житомир, 14.10.2022 р.) на тему «Особливості медичного закладу як об'єкта управління», «Студентські наукові читання – 2022» (15 грудня 2022 р.) на тему «Роль приватної медичної установи в підвищенні якості надання медичних послуг».

Обсяг і структура кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота підготовлена у відповідності до кваліфікаційних вимог спеціальності «Публічне управління та адміністрування». Має обсяг 42 сторінки, містить вступ, основну частину з трьох розділів, висновки, анотацію, додатки та список літературних джерел (37 найменувань), додатки (6 додатків), 5 рисунки та 4 таблиці.

РОЗДІЛ 1

ГЛОБАЛЬНА ВИМОГА – НАДАННЯ ЯКІСНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

На жаль, проблема якості наданих медичних послуг знайома українським пацієнтам. Так, за даними рейтингу процвітання (*The Legatum Prosperity Index*), складеного аналітичним центром «*the Legatum Institute*» (Великобританія), за цим показником в 2013 р. Україна була на 86-му місці, в 2014 р. – на 77-му, в 2015 р. – на 79-му, а в 2016 р. перемістилася на 111-е місце, у 2017 р. – 135, а у 2021 р. – на 156 [29] за показником рівня охорони здоров'я (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Заклади охорони здоров'я України

Показник	в середньому за рік				Відхилення (+/-)
	1990-1999	2000-2009	2010-2019	2020-2021	
Кількість закладів, тисяч	3,71	2,98	2,04	1,53	-2,18
Кількість лікарняних ліжок – разом, тисяч	611,50	450,30	349,72	247,27	-364,2
у тому числі на 10 тис. населення	119,69	95,65	80,59	64,99	-54,70
Кількість лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів, тисяч	7,13	7,88	9,67	10,32	3,19
Планова ємність амбулаторно-поліклінічних закладів – кількість відвідувань за зміну, тисяч	949,60	986,80	967,52	982,84	33,24
у тому числі на 10 тис. населення	186,24	209,75	221,47	234,81	48,57
Кількість лікарів усіх спеціальностей – разом, тисяч	228,30	224,25	222,71	221,77	-6,53
у тому числі на 10 тис. населення	44,76	47,64	46,46	47,62	2,86
Кількість середнього медичного персоналу – разом	586,90	505,10	402,27	345,18	-241,72
у тому числі на 10 тис. населення	115,04	107,25	92,36	86,04	-29,00
Кількість уперше зареєстрованих випадків захворювань, млн – разом	32,22	32,75	29,97	29,88	-2,34
у тому числі новоутворення	0,34	0,40	0,38	0,39	0,05
хвороби нервової системи ²	2,78	0,75	1,08	0,57	-2,22
хвороби системи кровообігу	1,46	2,42	1,89	2,07	0,61
хвороби органів дихання	15,25	13,89	13,76	13,57	-1,67
хвороби шкіри та підшкірної клітковини	2,03	1,94	1,74	1,67	-0,36
хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини	1,48	1,58	1,36	1,36	-0,12
хвороби сечостатевої системи	1,57	2,10	1,78	1,86	0,30
уроджені аномалії (вади розвитку), деформації та хромосомні порушення	0,05	0,05	0,05	0,05	0,00
травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	2,70	2,26	2,11	2,01	-0,69

Джерело: сформовано за даними Державного комітету статистики України.

Станом на 31 грудня 2021 р. 33 млн осіб обрали лікарів первинної ланки (ЛПЛ), включаючи 259 приватних та 1,25 тисяч комунальних закладів, з 577 ФОП (1,15 тисяч сімейних лікарів). Пакет послуг ПМД є чітко визначеними,

включаючи формула оплати; уніфіковані ставки/тарифи [17]. Віяння часу є становлення електронної системи охорони здоров'я, як централізованої бази даних, включаючи приватні заклади охорони здоров'я та лікарів. Так, наразі розвиваються приватні медичні ІТ-продукти амбулаторної та шпитальної допомоги, ERP системи, телемедичні сервіси та сервіси медичних зображень, тощо. Розширюється співпраця МОЗ на рівні областей і територіальних громад, з представниками недержавного сектора. В умовах децентралізованої системи Міністерству та іншим національним інституціям у сфері охорони здоров'я надзвичайно важливо налагодити механізми тісної співпраці з представниками обласних та міських рад і ТГ задля спільного досягнення цілей розвитку системи охорони здоров'я.

У десятку країн з найнижчим рівнем охорони здоров'я входять Демократична Республіка Конго, Ангола, Уганда, Нігерія, Мозамбик, Сьєрра-Леоне, Бенін, Ліберія, Гвінея, Чад і Центральноафриканська Республіка. Лідуючі місця займають: Сінгапур, Люксембург, Швейцарія, Норвегія, Гонконг, Японія, Австрія, Швеція та Нідерланди [32]. Оцінка цього показника враховує такі чинники: рівень фізичного і психічного здоров'я, інфраструктура охорони здоров'я, профілактичний догляд [27]. Рівень охорони здоров'я безпосередньо пов'язаний з політичною та економічною ситуацією. При цьому, якщо загальний показник рівня життя низький і доступ до якісного медичного обслуговування для більшості пацієнтів утруднений. За даними рейтингу процвітання, рівень життя українців стрімко знижується. За останній рік за цим показником Україна посіла 112-е місце зі 149, опинившись у списку після Бангладеш [33]. До 2030 р Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) рекомендує досягти повного охоплення медико-санітарними послугами. Для оптимального медичного обслуговування достатньо забезпечити наявність інфраструктури, лікарських засобів, медичних виробів та медичних працівників. Поліпшення показників здоров'я вимагає акцентувати увагу на якості послуг. Це передбачає забезпечення ефективного лікування, орієнтованого на пацієнта, своєчасного і рівноправного. Якість допомоги з охорони праці – це рівень надання медичних

послуг для населення, що підвищує ймовірність бажаних результатів і відповідає сучасним знанням [17]. Дані звіту ВООЗ «*Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage*» свідчать, що якість обслуговування, особливо в країнах з низьким і середнім рівнем доходу, до яких входить Україна, знаходиться нижче оптимального рівня [19].

Найближчі цілі ВООЗ спрямовані на те, щоб всі принципи надання медичної допомоги базувалися на основі якості та ефективності. Розробка національної політики у сфері забезпечення якості є пріоритетним завданням, оскільки країни прагнуть планомірно покращувати роботу системи охорони здоров'я. Забезпечення якісного медичного обслуговування є утрудненою, але залишається найважливішим завданням, вирішення якого уможливорює поліпшення здоров'я людей. Приділяючи особливу увагу якості медичних послуг, країни зможуть домогтися значного прогресу в досягненні Цілей сталого розвитку (*Sustainable Development Goals — SDGs*), [20]. Відповідно до Цілей сталого розвитку світова охорона здоров'я спрямована на загальне охоплення медико-санітарними послугами та доступ до основних медичних послуг [30]. Це дозволяє перейти до більш продуктивного і справедливого розвитку суспільства і економіки. Медична допомога повинна бути якісною та ефективною навіть у найбільш біднішому регіоні. Інакше економіка держави несе колосальні збитки на подолання наслідків неякісного лікування і витрачає даремно цінні фінансові, технічні та людські ресурси (табл. 1.2, структура витрат наведена у табл. 1.3).

Це підриває довіру населення до сучасної медицини. У цьому контексті слід звернути увагу на наступні факти: більшість пацієнтів не отримують лікування на основі доказової клінічної практики [12]; відзначається підвищення рівня антибіотикорезистентності через нераціональне і надмірне використання протимікробних препаратів в охороні здоров'я [9]; у глобальному масштабі сума, пов'язана з помилками в призначенні лікарських засобів, оцінюється в 42 млрд дол. США щороку [7]. Субстандартна якість медичної допомоги призводить до значних фінансових втрат для систем охорони здоров'я [19]. При цьому великий обсяг ресурсів охорони здоров'я витрачається неефективно (табл. 1.3).

Таблиця 1.2

Поточні витрати на охорону здоров'я за провайдерами, млрд. грн.

Провайдери (постачальники послуг)	Рік									
	2003	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<i>Лікарні</i>	6,78	10,45	33,46	52,70	55,40	71,91	86,43	100,1	113,8	127,5
<i>Сестринські / лікарняні заклади довгогравалого перебування</i>	1,40	1,92	3,92	4,25	5,01	6,40	7,27	8,26	9,25	10,24
<i>Заклади, що надають амбулаторні медичні послуги</i>	1,88	3,20	11,23	18,51	22,37	27,20	33,21	38,68	44,15	49,62
<i>у тому числі кабінети лікарів у поліклініках</i>	1,04	1,81	6,54	8,02	9,99	11,51	14,32	16,56	18,80	21,04
<i>стоматологічні кабінети (відділення)</i>	0,26	0,40	1,29	2,18	2,55	3,08	3,77	4,38	4,99	5,60
<i>інші заклади, що надають амбулаторні медичні послуги</i>	0,57	0,99	3,40	8,31	9,83	12,62	15,12	17,74	20,36	22,97
<i>Роздрібний продаж та інші організації, що надають медичні товари</i>	6,10	8,91	25,90	57,00	71,25	79,18	99,74	116,4	133,1	149,8
<i>Забезпечення управління програмами громадського здоров'я</i>	0,54	0,78	2,07	1,14	1,20	1,47	1,70	1,84	1,98	2,13
<i>Загальне управління охороною здоров'я та медичне страхування</i>	0,61	0,88	2,07	11,55	13,61	19,70	22,39	26,48	30,57	34,66
<i>у тому числі державне управління охороною здоров'я та медичне страхування</i>	0,36	0,46	1,67	9,87	11,88	16,97	19,42	23,00	26,59	30,18
<i>фонди соціального страхування</i>	0,00	0,01	0,02	0,02	0,02	0,08	0,07	0,08	0,09	0,10
<i>всі інші організації управління охороною здоров'я</i>	0,24	0,41	0,38	1,66	1,71	2,65	2,90	3,39	3,89	4,38
<i>Всі інші сектори економіки</i>	0,02	0,01	0,04	0,22	0,39	0,61	0,64	0,77	0,89	1,01
<i>Заклади, що надають послуги, пов'язані з охороною здоров'я, у тому числі дослідницькі установи, заклади освіти, інші заклади, що надають послуги, пов'язані з охороною здоров'я</i>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<i>Інший світ</i>	0,08	0,08	0,20	0,53	1,06	1,94	1,91	2,27	2,63	2,99
<i>Провайдери, що не визначені за типом</i>	0,25	0,63	1,95	3,26	4,18	5,93	6,74	7,89	9,05	10,20
<i>Поточні витрати на охорону здоров'я</i>	17,64	26,86	80,83	149,2	174,5	214,3	260,0	302,7	261,2	303,8

Джерело: сформовано за даними Державного комітету статистики України.

Дані, отримані в ході 15 оглядів якості національних систем охорони здоров'я, проведених Організацією економічного співробітництва та розвитку (*Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD*) у період 2012–2020 рр., свідчать про необхідність підвищення прозорості щодо якості та ефективності послуг, що надаються і результатів лікування [8]. При цьому

інформація повинна бути доступна всім зацікавленим особам, включаючи пацієнтів, фахівців охорони здоров'я, регуляторні органи.

Таблиця 1.3

Структура витрат на охорону здоров'я за провайдерами, %

Провайдери (постачальники послуг)	Рік									
	2003	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<i>Лікарні</i>	38,44	38,90	41,39	35,33	31,75	33,55	31,60	31,23	38,59	41,99
<i>Сестринські / лікарняні заклади довгогрозивалого перебування</i>	7,95	7,13	4,85	2,85	2,87	2,99	3,34	4,23	3,53	3,37
<i>Заклади, що надають амбулаторні медичні послуги</i>	10,63	11,90	13,89	12,41	12,82	12,69	16,64	22,67	19,40	16,33
<i>у тому числі кабінети лікарів у поліклініках</i>	5,90	6,75	8,10	5,38	5,73	5,37	10,52	11,70	10,06	6,93
<i>стоматологічні кабінети (від ділення)</i>	1,47	1,48	1,59	1,46	1,46	1,43	1,38	1,24	1,13	1,84
<i>інші заклади, що надають амбулаторні медичні послуги</i>	3,26	3,67	4,20	5,57	5,64	5,89	4,74	9,73	8,21	7,56
<i>Роздрібний продаж та інші організації, що надають медичні товари</i>	34,57	33,18	32,04	38,21	40,84	36,94	38,20	35,16	32,15	49,30
<i>Забезпечення управління програмами громадського здоров'я</i>	3,04	2,92	2,56	0,77	0,69	0,69	1,04	0,76	1,39	0,70
<i>Загальне управління охороною здоров'я та медичне страхування</i>	3,44	3,27	2,56	7,74	7,80	9,19	5,94	3,22	2,44	11,41
<i>у тому числі державне управління охороною здоров'я та медичне страхування</i>	2,05	1,72	2,06	6,61	6,81	7,92	3,53	3,07	2,18	9,93
<i>фонди соціального страхування</i>	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01	0,04	0,05	0,04	0,02	0,03
<i>всі інші організації управління охороною здоров'я</i>	1,37	1,52	0,47	1,12	0,98	1,24	2,36	0,11	0,25	1,44
<i>Всі інші сектори економіки</i>	0,09	0,04	0,05	0,15	0,22	0,28	0,25	0,32	0,29	0,33
<i>Заклади, що надають послуги, пов'язані з охороною здоров'я, у тому числі дослідницькі установи, заклади освіти, інші заклади, що надають послуги, пов'язані з охороною здоров'я</i>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<i>Інший світ</i>	0,44	0,31	0,25	0,36	0,61	0,91	0,75	0,68	0,34	0,98
<i>Провайдери, що не визначені за типом</i>	1,39	2,35	2,42	2,18	2,40	2,77	2,23	1,73	1,89	3,36
<i>Поточні витрати на охорону здоров'я</i>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Джерело: сформовано за даними Державного комітету статистики України.

У період 2000–2021 рр. завдяки цілям розвитку, сформульованим в «Декларації тисячоліття» (*Millennium Development Goals – MDGs*) ООН, вдалося досягти глобального прогресу в галузі охорони здоров'я для країн з

низьким і середнім рівнем доходу – дитяча смертність знизилася на 53%, материнська – на 43%, а частота нових випадків ВІЛ – більш ніж на 38% [22]. Однак прогрес вкрай неоднозначний. У бідних, сільських та важкодоступних регіонах смертність, яку можна запобігти, залишається високою [11].

У 2015 р. Генеральна Асамблея ООН прийняла новий Порядок денний: «*Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*» [21]. *SDGs* включають широкий спектр економічних, соціальних та екологічних цілей та нову мету в галузі охорони здоров'я – забезпечити здоровий спосіб життя та підвищити добробуту людей. Медичне страхування вважається основоположним фактором для її досягнення [24]. Забезпечення якості медичної допомоги має сприяти поліпшенню показників здоров'я населення, а не просто привести до збільшення витрат на обслуговування. Це стосується як лікувальних, так і профілактичних послуг. Впровадження цього розуміння особливо важливо в країнах, де збільшується кількість неінфекційних захворювань, до них відноситься і Україна.

Сучасна медицина неможлива без високих технологій та висококваліфікованих кадрів, які вміють ефективно користуватися досягненнями сучасної медичної науки і результатами технічного прогресу. Саме тому значні кошти, в першу чергу, повинні бути спрямовані на розвиток первинної медико-санітарної допомоги та на забезпечення населення високотехнологічною медичною допомогою. Починаючи з 2005 р., ми проводимо комплексні соціологічні дослідження щодо вивчення якості життя населення Житомирської області. Результати досліджень дозволяють визначити основні напрямки поліпшення системи регіональної охорони здоров'я. Цільовою аудиторією для виявлення проблем охорони здоров'я стала та частина населення (респондентів) регіону, яка час від часу і часто хворіє. Цього року, як і в попередні роки, приблизно третина населення є практично здоровими і вкрай рідко звертається до медичних закладів (32,4% у 2021 р.). Основна маса – близько половини населення (у 2021 р. – 47,5 %) відвідують медичні установи час від часу, а

близько 20% (в 2021 р. – 20,1 %, в 2020 р. – 18,9 %, в 2019 році – 21,7 %, в 2005 році 17,1%) – це часто хворіють громадяни з ослабленим здоров'ям (рис. 1.1).

Однією з найбільш гострих проблем в системі охорони здоров'я залишається проблема якості медичних послуг, яка резонує з результативністю праці медичних працівників. Розглядаючи проблему задоволеності населення якістю медичного обслуговування в динаміці, можна відзначити, що, як і в попередні роки, приблизно близько половини опитаних задоволені якістю наданих медичних послуг (51,7%), а третя частина опитаних (в 2021 р. – 29,7%, у 2020 р. – 33,6%, в 2019 р. – 32,4 %) висловила свою незадоволеність (рис. 1.1).

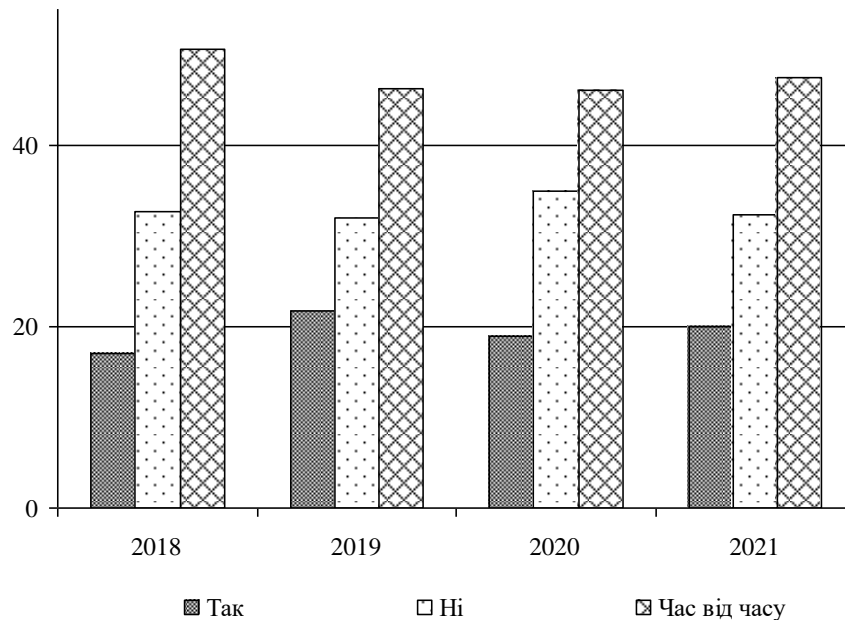


Рис. 1.1. Відповідь на питання «Чи часто ви звертаєтесь у заклади охорони здоров'я по допомогу»

Медичні послуги населення отримує у сімейного лікаря, у закладах ПМД, стаціонарах і у приватних, недержавних медичних установах. Оцінюючи якість медичних послуг, які надаються у комунальних закладах, близько половини опитаних (44,7%) відмітили, що задоволені їх якістю. Серед проблем, які викликають найбільше незадоволення населення, можна назвати черги на прийом до сімейного лікаря (30,6% опитаних). Наступне місце в рейтингу проблем займає неможливість потрапити на прийом до вузьких фахівців (невропатолога, хі-

ругра тощо) – 21,2%. Подолання цих проблем передбачає укомплектування медичних установ необхідними фахівцями, підвищення їх кваліфікації, а також забезпечення закладів ПМД фахівцями широкого профілю – так званими «сімейними лікарями». Це особливо важливо для жителів села, вимушених звертатися за допомогою в районні поліклініки, і не завжди мають можливість кілька днів поспіль відвідувати медичні установи. Незважаючи на те, що держава спрямовує досить значні фінансові ресурси на підтримку і розвиток системи охорони здоров'я, частина медичних послуг в ПМД надається на комерційній основі, що не завжди є доступним. Особливо відчутною дана проблема є для соціально незахищених верств населення. Так, 17% учасників опитування висловили незадоволення тим, що деякі послуги у ПМД є платними (рис. 1.2).

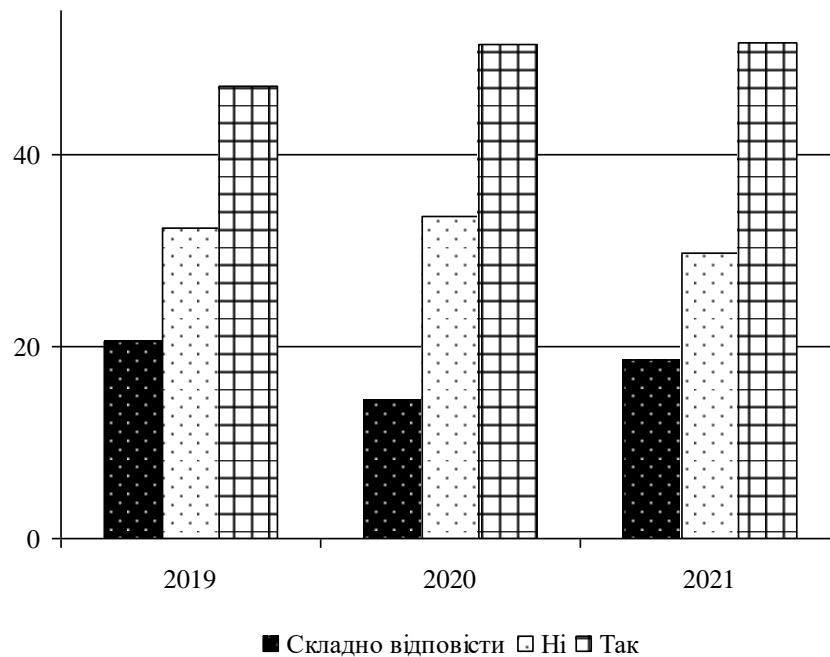


Рис. 1.2. Рівень задоволення населення якістю медичного обслуговування

Якість медичної допомоги (Додаток А) залежить від професійної підготовки та перепідготовки лікарів загальної практики, сімейних лікарів. У 2021 р. з бюджету надійшло 6,97 млн. грн, і професійне удосконалення та перепідготовку пройшли 231 лікар первинної ланки [36]. Незважаючи на це, 16,8% респондентів, які брали участь в опитуванні, скаржаться на недостатню кваліфікацію медичного персоналу, а 14,4% – на неухвалюване ставлення з боку співробітників.

ків медичних установ. Оцінюючи проблеми в системі стаціонарного обслуговування населення в медичних установах, близько половини опитаних відзначили, що не мають претензій до якості послуг – 49,8 % (рис. 1.3).



Рис. 1.3. Проблеми медичного обслуговування населення у закладах ПМД

А серед тих, хто висловив свою незадоволеність якістю медичного обслуговування населення в стаціонарах, думки розподілилися наступним чином. Незважаючи на зусилля по оснащенню медичних установ обладнанням і ліками і наявні позитивні тенденції в цьому напрямку, перше місце в рейтингу проблем займає нестача обладнання та ліків в стаціонарах – 26,6 %. Лише у 2021 р. на надання високотехнологічної медичної допомоги населенню було витрачено коштів у розмірі 53,98 млн. грн, в результаті цього 852 жителя лише

протягом минулого року отримали медичну допомогу з використанням сучасних технологій та обладнання [27]. Побутова корупція залишається однією з проблем і в сфері охорони здоров'я. Часто населення змушене вдатися до неформальної оплати послуг медичному персоналу і підношення подарунків в обмін на доброзичливе ставлення з боку медичного персоналу під час отримання медичної допомоги. 19,5% респондентів, які отримали лікування в умовах стаціонарів, скаржаться на те, що за послуги потрібно робити подарунки, презенти медичному персоналу. На думку 15,2% респондентів, в стаціонарах не вистачає місць для госпіталізації хворих і внаслідок цього відсутня можливість отримання своєчасної допомоги. Залишається бажати кращого і саме утримання хворих в стаціонарах. У деяких випадках лікування може не давати бажаного результату, якщо не створені умови перебування хворих в установах. Так, на думку 11,2% учасників опитування, в медичних стаціонарах погана якість харчування. А 7,2% респондентів скаржаться на незадовільні санітарні умови, при цьому в деяких лікарнях потрібен ремонт. 10,5% респондентів вважають, що кваліфікація співробітників лікарень незадовільна, а 9,2 % (Додаток Г).

Система охорони здоров'я повинна забезпечувати доступність медичних послуг протягом життя пацієнта, включаючи зниження ризику виникнення захворювання, скринінг, лікування, реабілітацію та паліативну допомогу [25]. Доказова база щодо ефективності різних методів лікування і профілактики захворювань постійно збільшується, тому для досягнення якості медичної допомоги необхідно забезпечити систематичне включення нових даних в схеми лікування. Підтримка прийняття клінічних рішень (*Clinical decision support-CDS*) – це своєчасне надання інформації для підвищення ефективності надання допомоги [6]. Грамотність населення у сфері охорони здоров'я – це здатність отримувати та розуміти медичну інформацію, необхідну для прийняття відповідних рішень пацієнтами, сім'ями та громадами. Оцінка медичних технологій (*Health technology assessment*) проводиться з метою з'ясування того, як технології охорони здоров'я допомагають підтримувати і покращувати

здоров'я [34]. Вони застосовуються для прийняття рішень, пов'язаних з впровадженням нових технологій охорони здоров'я. Оцінка тенденцій глобального стану якості медичної допомоги вимагає визначення та вимірювання показників якості, порівнянних між країнами. Однак таких глобальних даних немає, і угода про мінімальний набір стандартних показників якості медичної допомоги для моніторингу прогресу не досягнута.

Висновки до розділу 1

1. Реформування системи охорони здоров'я започаткувало інститут лікаря загальної практики та низку заходів щодо підвищення якості наданих послуг, підвищення престижу фаху лікаря, зокрема первинної ланки, а також забезпечення послугами за принципом «єдиного вікна», залучаючи вузькоспеціалізованих фахівців лише у разі особливо складних випадків. Проведене опитування не підтвердило, що вжиті заходи сприяли однозначному підвищенню якості послуг населенню. В той же час, респонденти відмічають, що поява недержавних, зокрема приватних закладів охорони здоров'я створила вибір щодо можливості отримання медичних послуг та відмітили їх вищий рівень якості (43,8% опитаних).

2. Наразі проводиться велика робота щодо підвищення якості послуг та забезпечення населення високотехнологічною та своєчасною медичною допомогою. Система забезпечення якості повинна бути вбудована в основу системи охорони здоров'я, незалежно від стану медицини. Система охорони здоров'я повинна забезпечувати обмін інформацією на всіх рівнях ієрархії з метою якісної співпраці та обізнаності. Ця трансформація відносин повинна поєднуватися з новими механізмами, що дозволяють уряду та лідерам системи охорони здоров'я враховувати та зміцнювати довіру громадян до медичних послуг.

РОЗДІЛ 2

РОЛЬ НЕДЕРЖАВНИХ МЕДИЧНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ДОСТУПНОСТІ ТА ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Верховна Рада України (далі – ВРУ) ратифікувала Угоду з ЄС щодо участі України у програмі *EU4Health*. Міністерство охорони здоров'я України (далі – МОЗ) подало заявки на участь у грантах спільної дії та прямих грантах. Програму *EU4Health* створено у відповідь на виклики пандемії *Covid-19* з метою посилення готовності відповідати на кризові ситуації у сфері охорони здоров'я [35]. Метою програми є зміцнення (покращення) здоров'я, сприяння здоровому способу життя; захист людей від серйозних транскордонних загроз, запобігання поширенню захворювань; сприяння розширенню доступності медичних виробів та лікарських засобів; зміцнення систем охорони здоров'я тощо. Бюджет програми на 2021–2027 рр. склав 5,3 млрд євро. Ратифікація Угоди передбачає: 1) можливість для українських органів державної влади, місцевого самоврядування, неурядових організацій, бізнесових структур скористатися фінансуванням у межах програми *EU4Health* на рівних з країнами – членами ЄС, Норвегією та Ісландією [37]; 2) створення умов для забезпечення покращення та зміцнення здоров'я населення в Україні; 3) підтримка здорового способу життя та запобігання поширенню захворювань; 4) покращення цінової доступності та наявності медичних виробів та лікарських засобів [26]. Участь у програмі дозволить підготувати систему охорони здоров'я України до стандартів ЄС та полегшить з ним секторальну інтеграцію [35]. Підготовка майбутніх робочих програм представникам України передбачатиме політичні дебати з країнами ЄС, що зміцнить співпрацю та координацію [36].

Одним з напрямів конкуренції в галузі та стимулюванню якості наданих послуг є сприяння підвищенню ролі приватного сектора, у тому числі через надання експертизи, передового досвіду та ресурсів до системи охорони здоров'я. Зважаючи на те, що поліклінічна модель застаріла, а комунальні заклади мають суттєві обмеження діагностики й лікування, цю нішу активно займає приватний

сектор, особливо зважаючи на те, що вузькопрофільні фахівці, часто працюючи і в комунальному, й у приватному закладах. Наразі приватні надавачі послуг заповнюють прогалини в послугах, де роль державного та комунального сектору є недостатньою, у тому числі розширюючи пропозиції щодо добровільного медичного страхування, стимулюючи приватні інвестиції у сферу охорони здоров'я. Успішне залучення приватного сектора Кабінетом Міністрів України планується забезпечити за рахунок такого нормативно-правового акту як Проєкт 23 лютого 2022 року, погоджений членами Міжсекторальної робочої групи, яка розробляла Стратегію розвитку системи охорони здоров'я до 2030 р. зокрема в основу документа покладено захист суспільних цінностей та інтересів, забезпечення рівного доступу до послуг, зменшення перешкод у наданні медичних послуг приватними надавачами та сприяння державно-приватному партнерству. Окремо на національному рівні розглядається модель державно-приватного партнерства, зокрема у дворівневій електронній системі охорони здоров'я, яка складається з компонентів автоматизованого обміну інформацією через відкритий програмний інтерфейс (державного центрального = центральної бази даних та периферійної = інформаційно-комунікаційної системи), що забезпечують автоматизовані накопичення, передачу та збереження даних (накопичення у центральній базі та обробку на периферійному рівні, у тому числі приватно-комунікаційно-інформаційному). На перспективу Міністерство охорони здоров'я працює у напрямі забезпечення залучення приватного медичного сектора на правах рівноправного учасника системи охорони здоров'я, для чого планується розробити відповідну нормативно-правову базу та забезпечити роботу наглядових рад, у тому числі з представників місцевої спільноти, бізнесу, пацієнтів тощо, стимулюючи громадську підзвітність, прозоре прийняття рішень, вимірність впливу ініціатив, міжнародну технічну допомогу.

Станом на 1 січня 2022 р. видано 32 тисячі ліцензій на впровадження господарської діяльності у сфері охорони здоров'я, з яких 22% закладам державної та колективної форм власності (у тому числі державної 3,5%, колективної – 15%, а також банків клітин, тканин та пуповидної крові).

Загальна кількість ліцензіатів (81%) належить приватним медичним закладам, значна кількість яких (14%) спеціалізується на стоматології, терапії, ультразвуковій діагностиці, гінекології та акушерстві, неврології. У приватній медицині 53% надавачів послуг – це приватні підприємці (фізичні особи), 65% відсотків з них стоматологи, 5,3% – фахівці з ультразвукової діагностики, 4,3% акушери-гінекологи, 3% – дерматологи, 1,2% – урологи, 0,7% – хірурги. Отримуючи сотні мільйонів гривень приватні медичні заклади мають своїх лідерів, серед яких (від найвищої позиції до найнижчої сходинки) ввійшли ТОВ «Сінево Україна», (дохід у 2021 р. склад понад 1,1 млрд грн), ТОВ «Медікс-рей Інтернешнл Груп» (лікарня ізраїльської онкології LISOD), ТОВ "Медичний центр «Меді кап» (Медичний центр «INTO-SANA»), (додаток В).

Наявні в Україні реформа системи охорони здоров'я супроводжується розвитком недержавної медицини, яка наразі не має спеціального закону, який би регламентував та стимулював її діяльність. У першу чергу, питання реформування охоплюють систему фінансування закладів охорони здоров'я та посилення автономії лікарських закладів. Важливим чинником стимулювання активності у цій сфері є добровільне медичне страхування. Відповідно до законодавства для медичних організацій будь-якої організаційно-правової форми встановлені однакові умови участі в системі обов'язкового медичного страхування (ОМС – додаток А) наразі розглядаються у форматі законопроектів. Діяльність державних та недержавних медичних організацій регламентується Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [11].

Наразі в Україні діють 34, включаючи лабораторії, якими створено 10 тисяч робочих місць та станом на 01.01.2022 р. здійснюється обслуговування 7,0 млн пацієнтів. Дохід недержавних медичних закладів у 2016 р. становив 11 млрд грн., у 2017 р. – 24 млрд грн., у 2018 р. – 37, 2019 р. – 52, у 2020 р. – 67, у 2021 р. – 89 млрд грн. приватні медичні заклади об'єдналися у відповідну асоціацію з метою сприяння удосконаленню чинного законодавства у сфері охорони здоров'я, забезпечення рівних умов закладам охорони здоров'я України (ЗОЗУ) різних форм власності та господарювання, зокрема однією з

проблем на всіх рівнях визнається наявність тіньового сектору, оборот якого сягає понад 50 млрд грн., що характеризує у тому числі наявність корупції.

Перевагами приватного медичного закладу є його клієнтоорієнтованість, більш раціональне (порівняно з державними та комунальними закладами) використання ресурсів, наявність сучасних інфраструктури та обладнання, забезпечення довгострокового характеру планування, формування засад мотиваційного характеру для персоналу, зацікавленість у підвищенні якості послуг, наразі вищі результати співвідношення ціна/якість, сприяння наповненню регіонального та державного бюджетів, створення робочих місць, залучення інвестицій в економіку. Існування альтернативних до державних та комунальних закладів охорони здоров'я забезпечує функціонування механізму підвищення їх конкурентоспроможності внаслідок існування вибору медичної установи з боку пацієнта за одночасного збереження формату дотримання однакових правил та умов роботи лікувальними закладами різних форм власності. Наявність умов для аутсорсингу медичних послуг сприяє економії бюджетних коштів за отримання медичних послуг кращої якості.

Враховуючи, що згідно Закону України [11] діяльність у сфері охорони здоров'я підлягає ліцензуванню (аналогічне зазначено у Законі України «Про ліцензування...» [13]), держава одночасно створює пом'якшення для отримання ліцензії особою, яка не має спеціальної освіти (передбачається, що така особа не надає медичні послуги, а лише здійснює організаційно-господарську діяльність у сфері охорони здоров'я). за цих умов мало не на перше місце виходить питання кадрового забезпечення та мотивації персоналу Додаток Б.

В межах реалізованого в Україні Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2023 року та Плану відновлення системи охорони здоров'я [16–18] передбачено низку заходів щодо зміцнення вітчизняної системи охорони здоров'я та ліквідації наслідків, зокрема спричинених війною, якими задекларовано надання рівних можливостей для надання послуг закладами державної та недержавної системи охорони здоров'я, у тому числі у питаннях відшкодування вартості лікарських засобів за електронним рецептом, сприяння підвищенню рівня

замученості приватного сектора, консолідації зусиль та забезпечення партнерства з приватним сектором у питаннях урядування системи охорони здоров'я, з цією метою удосконалення вітчизняного законодавства, ширшого доручення структур приватного сектора до розробки політики у системі охорони здоров'я, запобігаючи конфлікту інтересів, спрощуючи процедуру відкриття приватних практик лікарям, активізуючи системи державно-приватного партнерства у цій сфері, у тому числі у форматі координаційної ради з питань відновлення системи охорони здоров'я (до ради включити представників ВРУ, МОЗ, КМУ (міністерства), ОПУ, НСЗУ, науково-освітні державні та недержавні заклади, громадські та донорські організації). Впроваджувати дію механізму збору даних у галузі охорони здоров'я, включаючи приватні медичні заклади, шляхом активізації роботи інформаційно-комунікаційної системи контролю якості. Забезпечити імплементацію плану розвитку національної інфраструктури системи охорони здоров'я у сфері проведення клінічних досліджень, включаючи державно-приватне партнерство.

Більш детальний розгляд питань управління якістю медичних послуг проведено з урахуванням досвіду ТОВ «МЕДІБОР ПЛЮС» як приватний медичний центр, який надає послуги пацієнтам різного віку відповідно до направлення відділення (дорослу, дитяче, діагностики, з виїздом до дому тощо). Центр має 6 філіалів, розміщених у м. Житомир. Практикується як діагностика, постійний супровід (лікар загальної практики), хірургічна допомога, так і прийом вузьких спеціалістів на вимогу пацієнта (табл. 2.1). Як багатопрофільний медичний центр, Medibor об'єднує поліклініку для дітей, поліклініку для дорослих, Центр естетичної медицини Medibor Beauty. Заклад діє у м. Житомир вже понад 15. Позитивним є досвід повторного звернення до фахівців установи та використання стратегії партизанського маркетингу (80% пацієнтів є запрошеними за рекомендацією рідних та знайомих). Проголошена Місія: «Поєднуючи професійні компетенції лікарів і високі стандарти медичної допомоги з використанням новітніх технологій діагностики, лікування та профілактики захворювань, ми допомагаємо людям зберегти і відновити найцінніше – здоров'я та жити повноцінним щасливим життям» [19].

Загальна інформація про діяльність ТОВ «Медібор»

Показник	2019 р.	2020 р.	2021 р.	2021 р. до 2019 р., (+/-)
Загальна кількість відділень (кабінетів) за напрямками діяльності у амбулаторно-поліклінічних закладах та лікувально-діагностичні структурні підрозділи	18	20	21	3
Кількість посад у закладі				
у тому числі штатних	44,25	40,0	48,50	4,25
занятих	34,5	27,75	35,75	1,25
Середній медперсонал – всього				
у тому числі штатних	50,0	47,0	54,0	4
занятих	44,75	40,0	47,0	2,25
Молодший персонал				
у тому числі штатних	15	12	16	1
занятих	13	8	15	2
Інший персонал				
у тому числі штатних	50,75	40,25	42,0	-8,75
занятих	44,25	33,00	39,0	-5,25
Усього посад				
у тому числі штатних	160,0	140,25	160,5	0,5
занятих	136,5	109,75	136,75	0,25
Кількість відвідувань лікарів – всього	63487	58826	30461	-33026
у тому числі дітьми до 17 років	4586	24356	2001	-2585
Кількість відвідувань лікарями пацієнтів удома	319	262	151	-168
у тому числі дітьми до 17 років	36	45	58	22
Усього операцій стаціонару		312	95	95
у тому числі дітьми до 17 років		36		0
Кількість операцій сільським жителям		43	58	58
Кількість операцій амбулаторно-поліклінічного закладу			82	82
у тому числі дітьми до 17 років			20	20
Кількість операцій сільським жителям			48	48
Кількість жінок, оглянутих профілактично	1713	2531		-1713
Кількість апаратів УЗД	9	9	3	-6
Ультразвукові дослідження – всього	21963	18205	21569	-394
у тому числі дітьми до 17 років	509	709	2663	2154
Кількість проведених аналізів		2531	35696	35696
Кількість осіб, обстежених у кабінеті функціональної діагностики	3562	3742	3020	-542
Кількість, пролікованих у фізіотерапевтичному відділенні		230		0
Логопедична допомога		40		0

Джерело: сформовано за даними ТОВ «Медібор».

Медібор на регіональному рівні асоціюється з комплексною експертною медичною допомогою за такими напрямками: консультаційна допомога для дорослих і дітей; апаратна діагностика (кольпоскопія, ендоскопія, ректороманоскопія); функціональна діагностика (УЗД, ЕКГ, холтер); лабораторна діагностика (всі види аналізів); малоінвазивна хірургія (лазерна

гінекологія, естетична гінекологія, лазерна отоларингологія); лікування хребта і суглобів (комплексні програми лікування захворювань опорно-рухового апарату, порушень постави та відновлення після травм); масаж, фізіотерапія, озонотерапія; виклик лікаря, медсестри додому; естетична медицина та косметологія (Центр естетичної медицини Medibor Beauty).

Якщо виходити з такого критерію якості медичних послуг як їх відповідність очікуванням пацієнта та доступність в умовах неперервного процесу оновлення технологій, то діяльність ТОВ «Медібор» повною мірою відповідає цим критеріям. Згідно законодавства під якістю розуміють своєчасне надання допомоги, правильність вибору методів профілактики, діагностики, лікування та реабілітації, ступінь досягнення запланованого результату. Специфікою діяльності ТОВ «Медібор» є її соціальний людино орієнтований характер за одночасної відповідності стандартам медичних послуг. Іншими словами, якісна медична допомога – це своєчасна медична допомога, надана кваліфікованими медичними працівниками, яка відповідає вимогам нормативних правових актів, стандартів надання медичної допомоги (протоколів ведення хворих), умовам договору та очікуванням пацієнтів (Додаток А). особливістю дослідження є аналіз кількісних та якісних методів збору інформації (проведене анкетне опитування населення (опитано доросле населення у віці від 18 років, у опитуванні прийняли участь 27% чоловіків та 73% жінок; 34% у віці 50–65 років та по 29% у віці 25–35 та 35–50 років; опитування проведено у 6 поліклініках ТОВ «Медібор»), а інформація від експертів отримана засобом напівструктурованого інтерв'ю (опитано 30 експертів – керівників, співробітників лікувальних закладів). Порівняння результатів дослідження зі статистичними даними, що характеризують стан здоров'я населення і діяльність медичних установ міста, дозволило виявити збіги та суперечливі тенденції. Аналізуючи дані анкет пацієнтів, можна виділити наступні проблеми, ранжуючи їх за ступенем важливості для прийняття управлінського рішення:

1. *Компетенція лікарів.* За оцінкою якості медичного обслуговування не виявлено значних розбіжностей між оцінками населення та експертів – оцінюючи її як задовільну, експерти характеризують рівень задоволеності клієнтів якіс-

тю медичного обслуговування у 2019–2021 рр. як такий, що незначно знизився внаслідок пандемії та військового стану в Україні, люди прагнуть до більш уважного ставлення до них. Експерти вважають таке невдоволення обґрунтованим, але підкреслюють, що воно далеко не завжди викликане об'єктивними факторами, багато що залежить від очікувань пацієнтів, які, на їхню думку, вельми завищені. За результатами анкетування про якість обслуговування, більше третини респондентів вважають, що медичне обслуговування ведеться на належному, якісному рівні, причому для пацієнтів у віці від 18 до 25 років якість обслуговування або надання медичних послуг забезпечується на вищому рівні. Незважаючи на це, 50% респондентів вважають, що медичні послуги задовольняють очікуванням пацієнтів, але хотілося б їх поліпшити у сфері соціально-професійних навичок лікарів (тобто ставлення лікарів до пацієнтів). В процесі анкетування виявлено помірний коефіцієнт кореляції – 0,67 між задоволеністю обслуговуванням та соціально-професійними навичками лікарів.

2. *Доступність*. Головним вважається своєчасне отримання допомоги, адекватної потреби та здатності отримати найкращі з можливих результатів для здоров'я за умови, що особисті витрати на неї не повинні стати непосильним тягарем для сімейного або особистого бюджету. Показово, що думка експертів з цього питання безпосередньо залежить від їх статусу (керівники поліклінік у більшості своїй вважають, що медичні послуги доступні, а представники практичної медицини, що говорити про загальну доступність передчасно). Для порівняння у комунальних закладах наразі має місце неоптимальний розподіл пацієнтів за часом та недостатня кількість вузьких фахівців, наприклад ендокринологів, хірургів, невропатологів, окулістів тощо (запис на прийом до лікаря здійснюється на 14 днів вперед, а талони розбирають протягом 3 днів), що проковує надмірну завантаженість лікарів (з нею стикалися 70% респондентів) та можливості отримати послугу третиною пацієнтів, провокуючи самолікування. Така ситуація актуалізується особливо для пацієнтів віком від 65 до 80 років, які не отримують медичну допомогу своєчасно. Альтернативою вказаної ситуації є електронне консультування, запис особисто, за телефоном або на сайті, які пропонують приватні медичні заклади, у тому числі ТОВ «Медібор», що дозво-

ляє знизити навантаження на фахівця та своєчасно отримати послугу (труднощі щодо онлайн консультування та залишаються для людей старших 65 років внаслідок недостатніх навичок користуватися комп'ютерними технологіями та нижчим ступенем довіри до них. Всього 16% серед таких опитаних вдалося записатися за телефоном. За результатами анкетування, 50% пацієнтів, які не отримали медичну допомогу у комунальному закладі своєчасно, підуть проводити діагностику та лікування платно у приватні медичні заклади, 46% займуться самолікуванням. Не останні позиції технології медичних послуг є матеріально-технічна база закладу (26% респондентів надають перевагу приватним медичним закладам внаслідок відсутності оновлення обладнання у комунальних установах; на думку 60% респондентів в деяких поліклініках періодично з'являється нове обладнання, але, незважаючи на це, проблеми все одно залишаються). За результатами опитування існує коефіцієнт кореляції (0,7) між навичками медичного персоналу та використанням обладнання.

Не останню роль при організації доступності медичної допомоги грає місце розташування закладів. Згідно з проведенням анкетування головними критеріями місця розташування медичних центрів є знаходження близько з будинком, що склало 56% і можливість дістатися на будь-якому виді транспорту, що склало 30%. Так, для пацієнтів у віці від 18 до 25 років важливим критерієм вибору місця розташування поліклініки є близьке розташування з роботою або навчанням. Для пацієнтів у віці від 65 до 80 років важливо, щоб до поліклініки можна було дістатися на будь-якому виді транспорту. Варто відмітити, що всі медичні заклади ТОВ «Медібор» розміщені на відстані 100 м від зупинок громадського транспорту. При оцінці медичних послуг величезну роль відіграють комп'ютерні технології, під якими мають на увазі медичну інформаційну систему, від якої не безпосередньо, а побічно залежить час обслуговування пацієнта. Але існує ризики, які необхідно враховувати при впровадженні комп'ютерних технологій: технічний (проявлятися у формі неполадок або збоїв програм в системі, що загострилося сучасною ситуацією в країні) та кадровий. Подолання першого ризику ТОВ «Медібор» реалізується за рахунок посилення спроможності та самодостатності систем, у тому числі електронних та електричних. Підвищення

якості наданих послуг та подальший розвиток закладів охорони здоров'я пов'язаний з системним підвищенням кваліфікації кадрів, удосконаленням використовуваного обладнання, оптимізацією вартості послуг, зокрема за рахунок розробки їх нових пакетів, удосконалення організації праці лікарів (у тому числі за рахунок їх співпраці), посилення ролі цифровізації, реалізації практики «єдиного вікна», коли всі послуги можна отримати в одному закладі, що значною мірою реалізовано ТОВ «Медібор», зокрема за рахунок цілодобового функціонування кол-центру.

Метою здійснення контролю якості є забезпечення прав пацієнтів на отримання медичної допомоги необхідного обсягу і належної якості на основі оптимального використання кадрових і матеріально-технічних ресурсів [34] та застосування досконалих медичних технологій. Об'єктом контролю якості є медична допомога як комплекс лікувально-діагностичних, реабілітаційних та профілактичних заходів, що проводяться за певною технологією з метою досягнення конкретних результатів. Система контролю якості медичної допомоги включає наступні елементи: 1) оцінка стану і використання кадрових та матеріально-технічних ресурсів; 2) експертиза процесу надання медичної допомоги конкретним пацієнтам; 3) вивчення задоволеності пацієнтів від їх взаємодії; 4) виявлення та обґрунтування дефектів лікарських помилок та інших факторів, що спричинили негативну реакцію та продемонстрували зниження якості та ефективності медичної допомоги; 5) підготовка рекомендацій для керівників, спрямованих на попередження лікарських помилок і дефектів в роботі, які сприяють підвищенню якості та ефективності медичної допомоги; 6) вибір найбільш раціональних управлінських рішень та проведення оперативних коригуючих впливів; 7) контроль за реалізацією управлінських рішень. Системі управління якістю медичного центру можна представити у вигляді триступеневого процесу (рис. 2.1). Відомчий контроль якості та ефективності медичної допомоги є основним видом контролю, найбільш наближеним до виконавцям медичних послуг. Згідно з програмою відомчого контролю якості медичної допомоги ви експертного контролю є такі: плановий, позаплановий, разовий (за конкретним випадком) та системний (за підрозділами).

<p>I сходинка: фахівець Мета: самоконтроль за відповідністю виконання набору лікувальних заходів відповідно до стандарту, оформлення медичної документації, підвищення кваліфікації, самооцінка роботи</p>	<p>II сходинка: директор Мета: оцінка якості роботи лікарів та об'єктивності самоконтролю, оцінка якості ведення медичної документації, виявлення дефектів лікування та їх удосконалення</p>	<p>III сходинка: головний фахівець з експертизи Мета: оцінка якості роботи медичних центрів, виявлення дефектів процесу лікування та його удосконалення, оцінка якості ведення медичної документації, оцінка кваліфікації співробітників</p>
--	--	--

Рис. 2.1. Сходинки контролю якості медичної допомоги ТОВ «Медібор»

Визначимо відносний показник ТОВ «Медібор» у якості медичних послуг у його найбільш загальному вигляді (він відображає медичну ефективність – коефіцієнт медичної результативності – K_{mp}), (1):

$$K_{mp} = 22846 : 30461 = 0,75 \quad (1)$$

де 22846 – кількість пацієнтів з позитивним медичним результатом («поліпшення»); 30461 – всього кількість пацієнтів за звітний період.

Цей показник – 0,75 – свідчить про досить високу медичну результативність діяльності ТОВ «Медібор». Загальний показник якості життя до лікування, розрахований на основі результатів опитувальника – 63 (Здл), після лікування – 82 (Зпл), (рис. 2.2). Медична результативність з позиції якості життя (2):

$$K_{rk} = (82 - 63) / 63 = 0,3 \quad (2)$$

Показник також досить високий, якщо враховувати, що середній показник медичної результативності з позиції якості життя за медичними установами Житомирської області сягає 0,36. Таким чином, отримані показники ефективності медичної діяльності ТОВ «Медібор» можна віднести до високих, як для організації, так і для регіону в цілому.

Для більш детальної оцінки якості медичних послуг ТОВ «Медібор» була проведена інтегральна кількісна оцінка зовнішнього іміджу організації. Оцінка проводилася за допомогою анонімного опитування представників різних громадських груп: споживачів медичних послуг; постачальників та партнерів; медичних працівників інших установ; представників органів управління охорони здоров'я на рівні регіону. Кожна експертна група складала від 5 до 10 осіб.

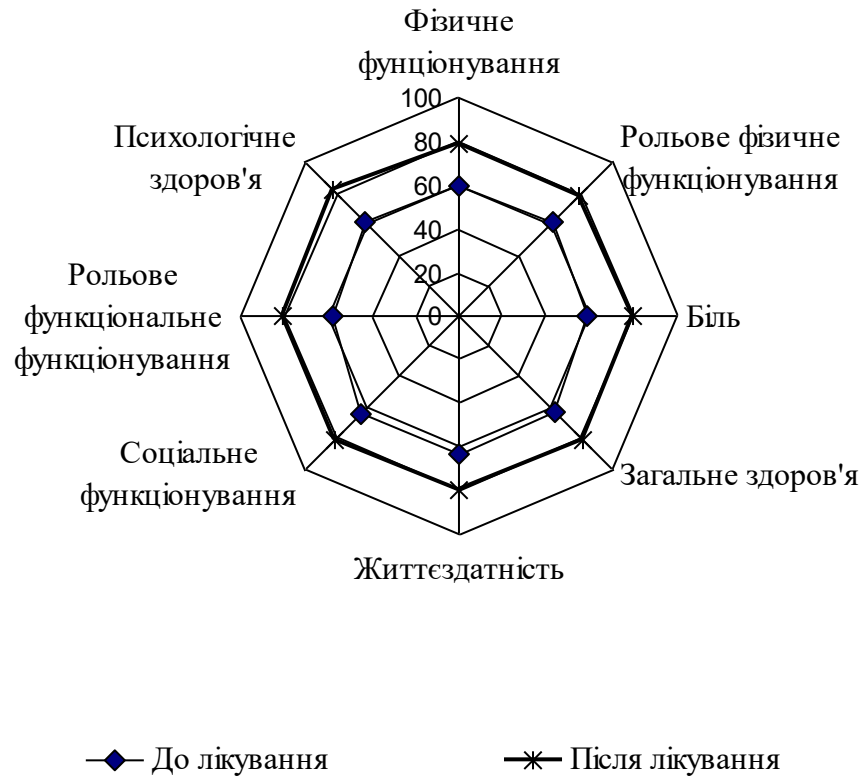


Рис. 2.2. Профілі якості життя за опитуванням пацієнтів ТОВ «Медібор» до і після лікування

Для виявлення стану іміджу медичного закладу експертам пропонується оцінити ступінь відповідності кожного параметра (додаток А.5) всіх компонентів іміджу позитивному і виставити оцінки:

«5» – якщо стан даного параметра повністю відповідає позитивному іміджу;

«4» – якщо стан даного параметра відповідає не повністю позитивному іміджу;

«3» – якщо стан даного параметра слабо відповідає позитивному іміджу;

«2» – якщо стан даного параметра абсолютно не відповідає позитивному іміджу.

Оцінка іміджу ТОВ «Медібор» і кожної його компоненти визначалася як середнє значення (3):

$$b_s = \frac{1}{\min} \sum_{i=1}^m \sum_{j=1}^n b_{ij} \quad (3)$$

де b_{ij} – бальна оцінка j – того експерта ступеня відповідності i – того параметра позитивному іміджу;

n – кількість експертів;

m – кількість розглянутих параметрів.

На підставі отриманого середнього значення були зроблені висновки про ступінь відповідності реального іміджу ТОВ «Медібор». Так, на думку експертів зовнішній візуальний імідж закладу (будівля, дизайн, обладнання) та імідж медичного персоналу (культура, зовнішній вигляд) є важливою компонентою медичної установи і повною мірою відповідає позитивному іміджу. Водночас експерти зазначали потребу подальшого вдосконалення компетентності медичних працівників. Також відмічені недостатня кількість груп, яка стимулює ріст продажів, соціальний імідж та ділову репутацію закладу. Оцінка задоволення споживачів послугами ТОВ «Медібор» (питання задавалося під час першого відвідування та після двох місяців після відвідування закладу – повторне опитування більшою мірою переслідувало мету оцінки якості медичних послуг з позиції їх результативності, об'єктивного покращення здоров'я пацієнтів та їх якості життя) в цілому відмічала загальний рівень задоволення якістю послуг ТОВ «Медібор». Також 54,4% опитаних побажали повторно відвідати медичний центр. Основними побажаннями щодо поліпшення організації лікувального процесу стали: 1) більш точне регламентування часу медичних процедур; 2) введення міжнародних стандартів обслуговування; 3) зниження рівня комерціалізації надання медичних послуг.

Висновки до розділу 2

1. Абстрагуючись від психологічних особливостей керівництва та персоналу у сфері сприйняття та обробки інформації, можна стверджувати, що формалізація багатьох управлінських процесів приватних закладів охорони здоров'я можлива. Для цього потрібен системний аналіз та вимірювання кількісних даних для прийняття рішень, заснованих на фактах. Керівництву ТОВ «Меді-

бор», підприємства, чий досвід було вивчено більш повно, слід забезпечувати ефективне вимірювання, збір і валідацію даних під час їх виявлення та максимально усувати наслідки психологічних особливостей сприйняття та інтерпретації інформації, щоб переконатися в результативній роботі організації та задоволеності зацікавлених сторін. Ця процедура включає аналіз цілей і адекватності їх кількісного та якісного вимірювання, а також використання даних щодо підвищення ефективності діяльності закладів охорони здоров'я.

2. Проаналізовані проблеми якості надання медичних послуг з боку пацієнта потрібно наразі вирішуються у такій послідовності «компетентність–доступність–технології», а в розумінні експертів поліклінік в послідовності «компетентність–технології–доступність». Найважливішим резервом підвищення якості надання медичних послуг є підвищення якості прийнятих рішень, яке досягається шляхом вдосконалення процесу прийняття рішень. На підставі виявлених проблем в управлінні якістю медичних послуг ТОВ «Медібор» розроблена і запропонована до впровадження система менеджменту якості, яка представлена у вигляді процесної моделі і розглядає підприємство як цілісну систему, включає принципи управління якістю медичних послуг, зокрема такі: орієнтація на споживача, лідерство керівника, постійне поліпшення, залучення працівників, процесний та системний підхід до менеджменту, прийняття рішень, засноване на фактах.

3. Підвищення рівня комп'ютеризації та забезпечення швидкісного підключення до мережі Інтернет, стимулювання ріст цифрової компетентності працівників системи охорони здоров'я, сприятиме, у тому числі у приватних закладах, більш широкому спектру надання електронними медичними інформаційними системами послуг у сфері охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 3

ПЕРСПЕКТИВИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ПРИВАТНОЇ МЕДИЦИНИ З ПОЗИЦІЇ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ НАДАНИМИ НИМИ ПОСЛУГ

Характеристики якісного медичного обслуговування включає наступні принципи: ефективність (лікар зобов'язаний дотримуватися принципів лікування, заснованих на доказах), безпека (негативний вплив призначеного лікування знаходиться на 14-му місці серед джерел глобального тягаря захворювань – в основному проблема безпеки стосується країн з низьким і середнім рівнем доходів – дані ОЕСД свідчать, що до 83% випадків виникнення негативних наслідків лікування можна запобігти), людина в центрі уваги (потреби та уподобання пацієнтів повинні враховуватися системою охорони здоров'я – у країнах з середнім та низьким рівнем доходу увага, співчуття та соціальна допомога залишаються на низькому рівні [27]), своєчасність (скорочення часу очікування планових і невідкладних процедур сприяє зниженню частоти ускладнень, побічних реакцій і смертності), справедливість (у країнах, в яких існує класова ієрархія, соціальне розшарування і дискримінація за статевою приналежністю, можна спостерігати негативну динаміку по фактору справедливого надання медичної допомоги [5]), інтегрованість (існують значні прогалини в координації медичної допомоги, навіть у країнах з високими доходами, наприклад, буває так, що лікарі не мають доступу до призначень інших фахівців, даних про надання спеціалізованої медичної допомоги), продуктивність (згідно з даними доповіді ВООЗ 2020 р., близько 20–40% всіх ресурсів охорони здоров'я витрачаються марно внаслідок неналежного застосування лікарських засобів, субоптимальної комплектації персоналу, надмірного або недостатнього застосування медичного обладнання, корупції та недостатнього використання інфраструктури [31]).

Надання неякісних послуг підриває авторитет системи охорони здоров'я в суспільстві. Ресурси для забезпечення, моніторингу та постійного підвищення

якості повинні бути вбудовані в основи систем охорони здоров'я. До них можна віднести медичних працівників та установи; лікарські засоби, прилади і технології; Інформаційні системи та фінансування. Наразі спостерігається глобальний дефіцит медичних працівників, особливо в бідних країнах. Забезпечити систему охорони здоров'я кваліфікованими медичними працівниками можна шляхом розробки Національної стратегії, спрямованої на усунення прогалин у чисельності, розподілі та збереженні медичних кадрів. Необхідно провести модернізацію навчальних програм і забезпечити безперервний професійний розвиток. Доступність і готовність медичних служб до роботи – необхідна умова для якісного лікування. Воно повинно оцінюватися за такими показниками, як чиста вода, надійна поставка електроенергії, санітарія і безпечна утилізація відходів [31]. Але адекватна інфраструктура не обов'язково прирівнюється до якісної медичної допомоги. Необхідно впроваджувати систему мотивації медпрацівників для зацікавленості в результативності лікування та уваги до пацієнтів. Акредитація, перевірки та інші форми зовнішнього контролю широко використовуються для оцінки медичних установ на предмет відповідності стандартам.

Національна політика щодо лікарських засобів і медичних виробів допомагає забезпечити систему охорони здоров'я ефективною продукцією гарантованої якості з високим профілем безпеки в достатній кількості і за доступними цінами. Для надійного доступу до безпечних і ефективних лікарських засобів, пристроїв і технологій необхідна розробка національної політики щодо лікарських засобів і виробів. Обмеження використання небезпечних та неефективних препаратів має вирішальне значення для безпеки пацієнтів. За оцінками ВООЗ, в 30% країн відсутнє ефективне регулювання ринку лікарських засобів, в тому числі через відсутність регуляторного органу, який функціонує належним чином [33]. Через низьке фінансування систем інформаційного забезпечення охорони здоров'я часто дані про якість і результати лікування не фіксують взагалі або збір проводиться таким чином, що інформацію не можна аналізувати або порівнювати через відсутність

стандартизованої термінології. Тому важливо забезпечити ефективність цих систем шляхом створення надійної реєстрації даних і національної системи ідентифікаторів пацієнтів для підтримки контролю якості в ході надання медичної допомоги. Слід розробити та впровадити перехід від паперових записів, які часто не надають достовірних даних про якість та результати лікування, до електронного документообігу. Необхідна розробка національного законодавства, яке захищає конфіденційність, дозволяючи використовувати особисті дані про здоров'я для досліджень і поліпшення якості надання медичної допомоги. Впровадження інформаційних технологій допоможе у проведенні збору та аналізу інформації для поліпшення якості та ефективного інформування громадськості про те, як ці дані використовуються.

ВООЗ звертає увагу на необхідність впровадження системи обов'язкового медичного страхування, що дозволить скоротити «оплату з кишені пацієнта» і перейти на форму попередньої оплати та об'єднання коштів, при цьому субсидуючи тих, хто не в змозі забезпечити свій внесок. Досвід ілюструє, що зобов'язання «де-юре» часто не дозволяють «де-факто» переходити на якісне лікування [34]. Важливим кроком вперед є створення національного органу, відповідального за моніторинг та покращення якості охорони здоров'я. В ідеалі він повинен бути незалежним від лікарів та страхових компаній. При цьому важливо прийняти визначення поняття якості, провести ситуаційний аналіз поточного стану [33]. Забезпечення клінічної ефективності лікування реалізовується за рахунок співпраці між професійними організаціями, пацієнтами та регуляторними органами. Впровадження принципу пацієнт-орієнтованості необхідно розширює можливості та права пацієнтів [15]. Контроль за впровадженням національної політики в області якості передбачає моніторинг результатів лікування.

Характеристики якісного медичного обслуговування включає наступні принципи: ефективність (лікар зобов'язаний дотримуватися принципів лікування, заснованих на доказах), безпека (негативний вплив призначеного лікування знаходиться на 14-му місці серед джерел глобального тягаря захворювань – в основному проблема безпеки стосується країн з низьким і

середнім рівнем доходів – дані OECD свідчать, що до 83% випадків виникнення негативних наслідків лікування можна запобігти), людина в центрі уваги (потреби та уподобання пацієнтів повинні враховуватися системою охорони здоров'я – у країнах з низьким та середнім рівнем доходу увага, співчуття та соціальна допомога залишаються на низькому рівні [27]), своєчасність (скорочення часу очікування планових і невідкладних процедур сприяє зниженню частоти ускладнень, побічних реакцій і смертності), справедливість (у країнах, в яких існує класова ієрархія, соціальне розшарування і дискримінація за статевою приналежністю, можна спостерігати негативну динаміку по фактору справедливого надання медичної допомоги [5]), інтегрованість (існують значні прогалини в координації медичної допомоги, навіть у країнах з високими доходами, наприклад, буває так, що лікарі не мають доступу до призначень інших фахівців, даних про надання спеціалізованої медичної допомоги), продуктивність (згідно з даними доповіді ВООЗ 2020 р., близько 20–40% всіх ресурсів охорони здоров'я витрачаються марно внаслідок неналежного застосування лікарських засобів, субоптимальної комплектації персоналу, надмірного або недостатнього застосування медичного обладнання, корупції та недостатнього використання інфраструктури [31]).

Надання неякісних послуг підриває авторитет системи охорони здоров'я в суспільстві. Ресурси для забезпечення, моніторингу та постійного підвищення якості повинні бути вбудовані в основи систем охорони здоров'я. До них можна віднести медичних працівників та установи; лікарські засоби, прилади і технології; Інформаційні системи та фінансування. Наразі спостерігається глобальний дефіцит медичних працівників, особливо в бідних країнах. Забезпечити систему охорони здоров'я кваліфікованими медичними працівниками можна шляхом розробки Національної стратегії, спрямованої на усунення прогалин у чисельності, розподілі та збереженні медичних кадрів. Необхідно провести модернізацію навчальних програм і забезпечити безперервний професійний розвиток. Доступність і готовність медичних служб до роботи – необхідна умова для якісного лікування. Воно повинно оцінюватися за такими

показниками, як чиста вода, надійна поставка електроенергії, санітарія і безпечна утилізація відходів [31]. Але адекватна інфраструктура не обов'язково прирівнюється до якісної медичної допомоги. Необхідно впроваджувати систему мотивації медпрацівників для зацікавленості в результативності лікування та уваги до пацієнтів. Акредитація, перевірки та інші форми зовнішнього контролю широко використовуються для оцінки медичних установ на предмет відповідності стандартам.

Національна політика щодо лікарських засобів і медичних виробів допомагає забезпечити систему охорони здоров'я ефективною продукцією гарантованої якості з високим профілем безпеки в достатній кількості і за доступними цінами. Для надійного доступу до безпечних і ефективних лікарських засобів, пристроїв і технологій необхідна розробка національної політики щодо лікарських засобів і виробів. Обмеження використання небезпечних та неефективних препаратів має вирішальне значення для безпеки пацієнтів. За оцінками ВООЗ, в 30% країн відсутнє ефективне регулювання ринку лікарських засобів, в тому числі через відсутність регуляторного органу, який функціонує належним чином [33]. Через низьке фінансування систем інформаційного забезпечення охорони здоров'я часто дані про якість і результати лікування не фіксують взагалі або збір проводиться таким чином, що інформацію не можна аналізувати або порівнювати через відсутність стандартизованої термінології. Тому важливо забезпечити ефективність цих систем шляхом створення надійної реєстрації даних і національної системи ідентифікаторів пацієнтів для підтримки контролю якості в ході надання медичної допомоги. Слід розробити та впровадити перехід від паперових записів, які часто не надають достовірних даних про якість та результати лікування, до електронного документообігу. Необхідна розробка національного законодавства, яке захищає конфіденційність, дозволяючи використовувати особисті дані про здоров'я для досліджень і поліпшення якості надання медичної допомоги. Впровадження інформаційних технологій допоможе у

проведенні збору та аналізу інформації для поліпшення якості та ефективного інформування громадськості про те, як ці дані використовуються.

ВООЗ звертає увагу на необхідність впровадження системи обов'язкового медичного страхування, що дозволить скоротити «оплату з кишені пацієнта» і перейти на форму попередньої оплати та об'єднання коштів, при цьому субсидуючи тих, хто не в змозі забезпечити свій внесок. Досвід ілюструє, що зобов'язання «де-юре» часто не дозволяють «де-факто» переходити на якісне лікування [34]. Важливим кроком вперед є створення національного органу, відповідального за моніторинг та покращення якості охорони здоров'я. В ідеалі він повинен бути незалежним від лікарів та страхових компаній.

Послуги низької якості, навіть надані за низькою ціною, перешкоджають досягненню ефективного загального охоплення послугами охорони здоров'я [13], тому що люди не будуть ними користуватися, адже не довіряють тощо, що їх не є корисним. Механізми забезпечення, моніторингу та постійного підвищення якості має стати базовим процесом систем охорони здоров'я [11]. Найважливішими аспектами надання якісної послуги охорони здоров'я є медичні кадри; організації охорони здоров'я; ліки, пристрої та інші технології; інформаційні системи; фінансування. Водночас лише наявності ресурсів недостатньо. Необхідна усвідомлена постійна робота, яка забезпечить їх використання ефективним і безпечним чином відповідно до індивідуальних потреб пацієнтів.

Комплексна система охорони здоров'я дозволяє людям отримувати допомогу безперервно протягом усього життя і включає процеси зміцнення здоров'я, профілактики захворювань, діагностики, лікування захворювань, реабілітації, емоційної та духовної підтримки та паліативної допомоги. Під час розробки системи охорони здоров'я необхідно враховувати такі аспекти: послуги повинні відповідати потребам місцевого населення; основою всіх послуг повинна бути доступна і високоякісна первинна допомога; окремі особи та спільноти повинні брати участь у розробці, наданні, оцінці та покращенні кожного виду послуг. Вся діяльність – від рівня безпосереднього контакту з населенням до рівня системи – повинна будуватися за принципом підвищення якості.

Окрім кількості та високого рівня професіоналізму медичних працівників, інші важливі аспекти, які забезпечують якість включають: 1) *доступність*, тобто наскільки легко людям потрапити на прийом або переговорити з медичним фахівцем, який володіє необхідними навичками, особисто або за допомогою відео – або телефонного зв'язку; 2) *прийнятність*, тобто чи відчують люди, що до них поставилися з повагою і що їх думка була прийнята до уваги під час прийняття рішень щодо їх здоров'я; 3) *якість*, тобто знання, навички та ставлення медичних працівників відповідно до прийнятих норм з точки зору користувачів послуг; 4) *наявність фахівців різного профілю і командна робота*, тобто група медичних фахівців (або, непрофесійних працівників) сукупно володіють знаннями і навичками, які дозволяють регулювати тенденції смертності та захворюваності на місцевому рівні; 5) *сприятливе середовище*, тобто фізичні, законодавчі, фінансові, організаційні, політичні та культурні умови, які сприяють наданню високоякісної допомоги. Понятійна схема стандарту якості медичних послуг наведена у Додатку А.3. Принципами менеджменту якості медичних послуг для ТОВ «Медібор» є такі: 1) орієнтація на споживача (створення «Школи пацієнта» та забезпечення зворотного зв'язку зі споживачем, що забезпечує активну участь пацієнтів у процесі реабілітації через моніторинг нюансів стану та своєчасного інформування лікаря, ведення щоденника самоконтролю, забезпечення функціонування скриньки зворотного зв'язку, тестування послуг, розміщення телефону топ-менеджера, готового вислухати, здійснення дзвінків пацієнтів в разі їх відсутності у закладі рік і більше з метою покращення якості послуг та підвищення лояльності споживачів медичних послуг), 2) лідерство керівника, 3) залучення працівників (через планування їх кар'єри, професійної підготовки, визначення повноважень, індивідуальних та групових цілей, заохочення нововведень, визнання та справедливої винагороди, виявлення причин найму та звільнень 4) процесний підхід, 5) системний підхід до менеджменту (виявлення вузьких місць з метою підвищення продуктивності та якості праці окремих дільниць), 6) постійне поліпшення (виявлення причин

невідповідностей, їх аналіз та попередження, оцінка ефективності вжитих заходів), 7) прийняття рішень, засноване на фактах.

Кожна країна має власну культуру, потреби населення та історичну спадщину, яка формує систему охорони здоров'я. ВООЗ виділяє 6 основних ідей у медичній сфері, які допоможуть підвищити якість послуг охорони здоров'я: 1) переконання, що безпечна, якісна, пацієнт-орієнтована охорона здоров'я є суспільним благом, яке має бути забезпечене для всіх громадян [8]; 2) визнання того, що кращий доступ до медичної допомоги без уваги до її якості не призведе до бажаних результатів; 3) визнання, що стратегія підвищення ефективності системи охорони здоров'я має враховувати обмежені ресурсні можливості [23]; 4) необхідність забезпечення високої ефективності надання державних і приватних послуг охорони здоров'я [7]; 5) усвідомлення того, що якість медичних послуг є життєво важливою для стійкості національної безпеки; 6) усвідомлення, що необхідно задовольнити суспільний попит на прозорий вибір лікування та його ефективні результати [15]. Національна політика в області підвищення якості охорони здоров'я передбачає розробку законодавчої бази, створення нових адміністративних та державних інституцій, формування нових механізмів регулювання (наприклад акредитація та перевірка), [35]. Єдиного правильного способу не існує, але для забезпечення якості медичного обслуговування, уряд, керівники систем охорони здоров'я, пацієнти і лікарі повинні діяти спільно.

Першим кроком у створенні високоякісного кадрового складу з необхідним набором спеціалізації і кваліфікації повинна бути розробка комплексної Національної стратегії розвитку кадрів, яка була б спрямована на усунення дефіциту фахівців і забезпечувала б їх належний розподіл і утримання як в короткостроковій, так і в довгостроковій перспективі.

Перспективними напрямками розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я, такими, що найбільшою мірою наразі впроваджуються на державному рівні, є цифровізація та інформатизація (зокрема з питань моніторингу та обліку стану здоров'я населення), а також впровадження на національному рівні

більш дієвих механізмів фінансування, які сприяють підвищенню якості допомоги (зокрема мова йде про прийняття Закону України «Про обов'язкове медичне страхування»). Основний принцип організації системи охорони здоров'я – розвиток високоякісних послуг первинної допомоги. Вивчення 22 ініціатив по зміцненню первинної медико-санітарної допомоги в 12 країнах світу на національному та субнаціональному рівні визначили 8 принципів високоефективної системи первинної медико-санітарної допомоги: первинна медико-санітарна допомога як перший рівень контакту для більшості медичних потреб; функціонуючі багатoproфільні медико-санітарні бригади; вертикальна інтеграція послуг; горизонтальна інтеграція послуг; передові інформаційно-комунікаційні технології; інтегровані клінічні маршрути і функціонуючі системи подвійних напрямків; стандарти оцінки і зворотний зв'язок; а також сертифікація [33]. Орієнтація на людей передбачає, що системи охорони здоров'я забезпечують: 1) *безперервність* надання допомоги від профілактики до паліативу, між службами (наприклад, інтенсивна терапія та Рентгенологія), а також між рівнями допомоги (від первинної до спеціалізованої) протягом усього життя; 2) *координацію* між різними рівнями і установами допомоги таким чином, який буде відповідати конкретним потребам окремих людей і тим, хто їх доглядає; 3) *комплексність*, тобто розширення видів допомоги – від зміцнення здоров'я до паліативу, – яку можуть отримати окремі особи і спільноти.

Часто системи охорони здоров'я не можуть надавати допомогу, орієнтовану на людей, оскільки вони приділяють занадто багато уваги лікуванню захворювань замість профілактики та зміцнення здоров'я та благополуччя. У зв'язку з інвестиціями і концентрацією ресурсів пріоритет в системі віддається спеціалізованій допомозі. Система первинної допомоги може виступати посередником між спільнотою з його потребами і системою охорони здоров'я, тобто виконувати розширену роль координатора, яка необхідна для надання особистісно-орієнтованої допомоги (Додаток Д). Важливий спосіб зберегти орієнтованість допомоги на людей і забезпечити

баланс первинних і вторинних послуг – це публікація регулярних звітів про результативність системи охорони здоров'я в цілому.

Допомога, орієнтована на потреби людей, – критично важлива точка входу в систему охорони здоров'я, через яку можливе підвищення якості послуг. Завдяки їй пацієнти залучаються до прийняття рішень щодо наданої їм допомоги та мають можливість висловити свою думку про її результати. Вона дає можливість проаналізувати розбіжності в показниках здоров'я населення, що обслуговується різними постачальниками, і сприяє зростанню інвестицій в розвиток єдиних систем електронного обліку. Крім того, вона забезпечує прозорість і можливість вивчення досвіду у випадках, коли допускаються помилки під час надання допомоги, і сприяє реалізації інших заходів щодо підвищення якості медико-санітарної допомоги.

Висновки до розділу 3

1. Розвиток сучасної системи охорони здоров'я реалізується через кілька механізмів: плата за надані послуги, плата з розрахунку на одного пацієнта або фіксований річний бюджет (який переводиться лікарням або клінікам на основі попередніх або прогнозованих даних про витрати). Кожен з варіантів має свої сильні та слабкі сторони залежно від того чи заохочуються профілактика замість реагування). Єдино вірного рішення не існує. На практиці зазвичай використовують комбінацію різних механізмів. При цьому в контексті якості допомоги важливо, щоб така комбінація була розумною, максимально відповідала потребам місцевого населення, сприяла координації допомоги для осіб з комплексними потребами, забезпечувала необхідні інвестиції в первинну допомогу та профілактику, заохочувала якісну допомогу та передбачала стягнення у випадках, коли допомога не відповідає мінімальним стандартам. Відповідно, системи охорони здоров'я все активніше розробляють механізми,

які оплачували б пакети або маршрути допомоги, і випробують системи оплати послуг в залежності від рівня їх якості.

2. Якість може вбудовано в основи систем охорони здоров'я незалежно від того, який прогрес досягнутий тією чи іншою системою в досягненні загального охоплення послугами охорони здоров'я. На всіх етапах розвитку підхід до медичних працівників, закладів охорони здоров'я, ліків, пристроїв та інших технологій, інформаційних систем та фінансування повинен бути орієнтований на якість. Першочерговим завданням планування і політики має бути створення основ якісних систем охорони здоров'я. Але для досягнення цієї мети необхідно терміново активізувати роботу. Системи охорони здоров'я повинні відмовитися від вертикальної ієрархії на користь горизонтальних маршрутів і мереж, заснованих на співпраці та взаємодії, в яких відправною точкою буде первинна допомога, а в центрі уваги будуть люди. Дана перебудова відносин повинна доповнюватися новими механізмами підзвітності державних органів і керівництва систем охорони здоров'я і зміцнення довіри з боку громадян.

ВИСНОВКИ

Основні результати проведеного дослідження є такі:

1. З'ясовано, що якість – це сукупність властивостей і характеристик продукції або послуги, які надають їм здатність задовольняти обумовлені або передбачувані потреби. Виходячи з цього, управління якістю – це ступінь відповідності сукупності властивих характеристик (відмінних властивостей) вимогам (потребам або очікуванням). Як процес, управління якістю – це діяльність з управління всіма етапами життєвого циклу продукції (послуг), а також взаємодією із зовнішнім середовищем. Управління якістю послуг обумовлено специфічністю самих послуг: невідчутність, нероздільність надання послуги та їх споживання, гетерогенність, незбережуваність, відсутність прав власності на послуги.

2. Якість – це складне, багатогранне поняття. Для його поліпшення необхідно розробляти і застосовувати комплекс певних заходів. Розуміння цього взаємозв'язку дуже важливо під час планування роботи систем охорони здоров'я. Наприклад, розробка стандартів надання послуг є частиною процесу поліпшення якості, але для того, щоб ці стандарти застосовувалися належним чином, потрібні додаткові заходи, такі як навчання та контроль, моніторинг відповідності та зворотній зв'язок з постачальниками медичних послуг.

3. Медична послуга – це захід або комплекс заходів, які проводять в разі захворювання або за безпосередньої загрози розвитку захворювання, спрямована на відновлення здоров'я або на попередження хвороби, що має самостійне, закінчене значення та певну вартість. Якість медичних послуг являє сукупність елементів, що забезпечують задоволення потреб людей, збереження та підтримку належного рівня здоров'я, сприяють відновленню працездатності у довгостроковій та короткостроковій перспективі. Поняття сутності управління якістю лікувально-оздоровчої послуги включає організаційно-економічні, соціальні заходи, професійно-медичні, фінансові та інші заходи, спрямовані на вдосконалення процесу надання такого виду послуг.

4. Монографічно більш детально досвід управління якістю надання медичних послуг розглянуто на прикладі діяльності ТОВ «Медібор», яке діє у м.

Житомир понад 15 років. Медичний центр виконує / надає наступні види робіт/ послуг: прийом, реєстрація та запис пацієнтів, акушерська справа, медичний масаж, медсестринство, фізіотерапія, педіатрія, терапія, дерматовенерологія, гінекологія тощо. Медичний центр є комерційною організацією і пропонує медичну допомогу своїм пацієнтам на платній основі. Згідно зі штатним розкладом, середньооблікова кількість посад склала 160,5, з них зайнято – 136,75. Результати дослідження вказують в цілому на позитивну динаміку всіх показників фінансово-господарської діяльності (якщо провести коригування на стан пандемії та військові дії на території країни). Це свідчить про значний потенціал динамічний розвиток підприємства, Отримані показники ефективності медичної діяльності ТОВ «Медібор» можна віднести до досить високих, як для організації, так і для регіону в цілому. Для більш детальної оцінки якості медичних послуг ТОВ «Медібор» проведена інтегральна кількісна оцінка зовнішнього іміджу організації, яка продемонструвала перспективи росту позитивного іміджу за такими критеріями: «ціна-якість»; інформаційна підтримки діяльності підприємства; компетентність медичних працівників; соціальний імідж та ділова репутація медичного закладу.

5. Результатом оцінки задоволеності споживачів медичних послуг основними побажаннями щодо поліпшення організації лікувального процесу стали: а) більш точне регламентування часу медичної процедур; б) введення міжнародних стандартів обслуговування; в) зниження рівня комерціалізації надання медичних послуг. На підставі виявлених проблем в управлінні якістю медичних послуг ТОВ «Медібор» розроблено і запропоновано до впровадження систему менеджменту якості медичних послуг для діяльності ТОВ «Медібор». Система, представлена у вигляді процесної моделі та розглядає МП як цілісну систему, включаючи принципи управління якістю медичних послуг: орієнтація на споживача, лідерство керівника, системний та процесний підхід до менеджменту, постійне поліпшення, залучення працівників, прийняття рішень, засноване на фактах. Принцип «орієнтація на споживача» рекомендується реалізувати у таких напрямках: створення «школи пацієнта», створення системи зворотного зв'язку зі споживачем.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Щербина І. Бюджетні аспекти реформування системи охорони здоров'я в Україні URL: [http:// www.minfin.gov.ua](http://www.minfin.gov.ua).
2. Антонов С. Договір про надання платних медичних послуг: від укладення до виконання. *Управління закладом охорони здоров'я*. 2017. №3. С. 18–23.
3. Бедрик І. О. Договір про надання платних медичних послуг та інформована згода пацієнта на медичне втручання: реалії у приватній стоматологічній практиці (за матеріалами українських дослідників). *Економіка та держава*. 2017. № 11. С. 92–94.
4. Бедрик І., Буравльов Л. Державне регулювання приватної медичної діяльності: організаційно-правові засади. *Економіка та держава*. 2018. №6. С. 94–96.
5. Буравльов Л.О. Правове регулювання державного управління у сфері приватної медичної діяльності (теоретико-методологічні засади). *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 1 (5). С. 62–64.
6. Григорович В. Удосконалення управлінських механізмів державної підтримки системи охорони здоров'я в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2010. №2. URL: [http://www. dy.nauka.com.ua/? op=1&z=93](http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=93)
7. Дячук Д. Наукові основи та концептуальні підходи до удосконалення системи управління закладом охорони здоров'я. *Головний лікар*. 2014. №4. С. 13–21.
8. Майданик Р. Договір про надання медичних послуг. *Медичне право*. 2020. № 5. С.52–66.
9. Некрасенко Л., Семеренко І. Особливості управління фінансовими ресурсами в закладах охорони здоров'я. *Наукові праці ПДАА*. URL: www.pdaa.edu.ua/sites/default/files/nppdaa/4.../140.pdf
10. Некрасенко Л., Семеренко І. Особливості управління фінансовими ресурсами в закладах охорони здоров'я/ URL: [www.pdaa. edu.ua/ sites/default /files/ nppdaa/4.../140.pdf](http://www.pdaa.edu.ua/sites/default/files/nppdaa/4.../140.pdf).

11. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України, документ 2801-ХІІ у редакції від 27.10.2022, підстава – 2438-ІХ. *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*. 1993. № 4. ст. 19. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.

12. Проект Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України. *Аптека online МОЗ*. 2017. 27 жовтня. URL: <https://www.apteka.ua/article/431762>

13. Про ліцензування видів господарської діяльності. Закон України, документ 222-VІІІ у редакції від 19.08.2022, підстава – 2494-ІХ. *Відомості Верховної Ради (ВВР)*. 2015. № 23, ст.158. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19#Text>

14. Трофименко Г. Інструменти системи контролю та аналізу діяльності закладів охорони здоров'я. *Nauka.com*. 2014. №6. URL: http://www.nauka.com/6_PNI_2014/Economics/8_160231.doc.htm.

15. Удовиченко Н., Карамішев Д. Ефективність як складова об'єктивізації державного регулювання розвитку системи охорони здоров'я. Теорія та практика державного управління. Х.: В-во ХарПІ НАДУ "Магістр", 2018. Вип. 1 (20). С. 236–245.

16. Указ Президента України №369/2021 Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року "Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою". URL: <https://www.president.gov.ua/documents/3692021-39713>

17. Проект 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року» URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/0%0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D1%96%D1%8F/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%2024.2022.pdf>

18. План відновлення системи охорони здоров'я України від наслідків війни на 2022–2032 роки. Версія 2.4 (від 21/07/2022 р.) URL: <https://moz.gov.ua/upl>

oads/ckeditor/ %D0%9D%D0% BE%D0% B2%D0%B8% D0%BD% D0%B8/21-07-2 022-Draft-Ukraine%20HC%20System%20Recovery%20Plan-2022-2032 _UK R.pdf

19. Medibor. Офіційний сайт. URL: <https://medibor.com/ua/company/>

20. Урсол Г., Скрипник О., Бугро В. Стратегія реформ. Регулювання фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я: від державного до приватного сектору. Кіровоград: ТОВ Імекс_ЛТД", 2019. 404 с.

21. Федак Н. Механізми державного регулювання стоматологічної допомоги населенню України: Автореф. дис....канд. держ. упр.: 25.00.02. К., 2020. 20 с.

22. Шевченко М. Сучасні розробки щодо запровадження програмно-цільового методу управління видатками на охорону здоров'я з місцевих бюджетів. *Головний лікар*. 2017. № 9. С. 65.

23. Пашков В. Еволюція правового статусу закладів охорони здоров'я у законодавстві України. *Медичне право*. 2017. № 3. С. 104–111.

24. Майданик Р. Правовідносини медичного обслуговування і надання медичних послуг за законодавством України. *Медичне право*. 17. № 3. С. 48–70.

25. Пашков В. Сутність медичних послуг у системі господарського законодавства. *Медичне право*. 2013. № 2 (12). С. 88–101.

26. Ayaad O, Alloubani A, Abu ALhajaa E, Farhan M, Abuseif S, AlHroub A, Akhu-Zaheya L, The Role of Electronic Medical Records in Improving the Quality of Health Care Services: Comparative Study, *International Journal of Medical Informatics*. 2019. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.04.014>

27. Garrison H. G, Foltin G. L, Becker L. R, Chew J. L, Johnson M, Madsen G. M, Miller D. R, Ozmar B. H. The role of emergency medical services in primary injury prevention: consensus workshop, Arlington, *Annals of emergency medicine*. 1997. Vol. 30(1). P. 84–91.

28. Mohannad Abu Daqar and Milan Constantinovits The role of total quality management in enhancing the quality of private healthcare services.

29. *Problems and Perspectives in Management*. 2020. Vol. 18(2). P. 64-78.

doi:10.21511/ppm.18(2).2020.07

30. Roman Sonkin, M. D., Evan Avraham Alpert, M. D., David Katz, M. D., Eli Jaffe. Maximizing the Role of Emergency Medical Services in COVID-19 Response. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. Vol. 36 (90). P. 22–45. 2023. DOI: 10.1017/dmp.202

31. Alan S. Kliger The Role of Medical Directors in Dialysis Facilities. *MEDICAL DIRECTOR: ROLE IN QUALITY*. 2007. Vol. 4. P. 260–267.

32. Vijn, T et al. Improving the quality of care and medical education by involving medical students in providing patient education: a scoping review. *International Journal of Integrated Care*, 2017 17(5). A281, pp. 1-8, DOI: [dx.doi.org/10.5334/ijic.3594](https://doi.org/10.5334/ijic.3594)

33. Vitkova Tsv. Medical evaluation of hazard analysis and critical control point systems effectiveness in the production of high-risk foods. *Журн. клініч. та експерим. мед. дослідж.* 2018. №6(1). С. 33–42.

34. Panchenko O. Medical insurance in the financial provision of public medical service. *Проблеми і перспективи економіки та упр.* 2018. № 2. С. 15–27.

35. Perkhulyn O. M. Medical aspects of the pregnant women with cervical insufficiency and infertility in anamnesis. *Здоров'я жінки*. 2020. № 3. С. 17–25.

36. Abysova M. Medicalization of public life in a pandemic situation. *Вісн. Нац. авіац. ун-ту*. 2020. № 2. С. 22–29.

37. Hrin O. Medical law basics : book of diagrams : learning guide for foreign students of med. univ. Uzhgorod: PE Sabov A. M., 2021.

ДОДАТКИ