

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

АВРАМЕЦЬ ОЛЕКСАНДР ОЛЕКСАНДРОВИЧ
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК: 351.77
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА УПРАВЛІННЯ ЕФЕКТИВНІСТЮ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ - НАРІЖНА КОМПОНЕНТА
МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ УКРАЇНИ**
(тема роботи)

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

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

О. О. АВРАМЕЦЬ
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

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

кандидат економічних наук, доцент
(науковий ступінь, вчене звання)

Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

за результатами попереднього захисту: **АВРАМЦЯ Олександра Олександровича** допущено до захисту.

Протокол засідання кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління № ____ від «____» грудня 2022 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)

«____» грудня 2022 р.

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти **АВРАМЕЦЬ Олександр Олександрович** 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

АВРАМЕЦЬ О.О. Державна політика управління ефективністю медичної допомоги - наріжна компонента медичної реформи України. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». – Поліський національний університет, Житомир, 2022.

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

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

SUMMARY

AVRAVETS O. The state policy of managing the effectiveness of medical care is a cornerstone component of the medical reform of Ukraine. – Qualification work on the rights of the manuscript.

Qualifying work for an educational level master's specialty 281 «Public Management and Administration». – Polis'ky National University, Zhytomyr, 2022.

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

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

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ТА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ЗМІСТ ЕФЕКТИВНОСТІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	10
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ	15
РОЗДІЛ 2. ВИЗНАЧЕННЯ ЯКОСТІ КЕРІВНИКАМИ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	16
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ	25
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЕФЕКТИВНІСТЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	27
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ	42
ВИСНОВКИ	44
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	47
ДОДАТКИ	55

ВСТУП

Актуальність теми. Охорона здоров'я України останнім часом стає змінюватися. Сектор, заснований на семашківській системі охорони здоров'я, що походить із Радянського Союзу, для багатьох залишався б на місці ще багато років. Надзвичайно мало змінилося з часів незалежності система охорони здоров'я. На сьогодні все ще є характерною дуже ієрархічна та територіальна система з великою кількістю ліжок у закладах догляду. У той же час уряд України має лише обмежені ресурси, які розпорошені над існуючою інфраструктурою.

Населення в 42 мільйони скорочується і платить майже стільки ж так само, як уряд безпосередньо державним і приватним постачальникам як за власну оплату консультацій, діагностики та лабораторії. Ці види послуг зазвичай надають провайдери приватного сектора, які є відносно невеликими. Приватних лікарень ще небагато, але вони зростають. Фінансовий доступ до послуг є перекошений. Серцево-судинні захворювання, алкогольні розлади, ВІЛ/СНІД туберкульоз, травми та нещасні випадки мають відносно великий вплив на здоров'я населення України. В останні роки парламентом були схвалені важливі реформи охорони здоров'я. Ці реформи впроваджуються дуже швидко і намагаються внести необхідні зміни шляхом зміни фінансування стимулів у первинній медичній допомозі, запровадження Національною службою охорони здоров'я, електронна охорона здоров'я та автономізація лікарень. Значною мірою ці реформи вважаються незворотними і навіть новий уряд після виборів у 2019 році нічого не змінив.

Реформи посилять первинну медичну допомогу та очікується відкриття підняти та розвантажити вторинну медичну допомогу, яка сама зможе залучати фінансування та приймати рішення щодо контрактації послуг, у т. ч. з приватного сектора. МОЗ почало просування порядку державно-приватної колаборації для покращення обслуговування надання та стимулювання інвестицій у сектор. Прозорість і передбачуваність збільшилася, коли

Національна служба здоров'я (2018) повністю запрацювала як підрядне агентство. Встановлення Державної компанії здоров'я оптимізує запровадження інформаційно технологічних трансформацій в сектор охорони здоров'я України.

Прогрес сектору охорони здоров'я відкриває нові бізнес-можливості для партнерських голландських організацій охорони здоров'я та компаній, що приймають активну у ній участь.

Консультаційні послуги (частково) фінансуватимуться міжнародними партнерами з розвитку та міжнародних фінансових організацій. Серед пріоритетних тем: фінансування охорони здоров'я; перебудова медичної допомоги первинної ланки; реабілітація; стандартизація та якість у сфері охорони здоров'я; планування та проектування інфраструктури; державно-приватне партнерство; медичні товари та витратні матеріали.

- Продукти високої вартості, (наприклад, діагностична візуалізація).
- Приватний сектор для діагностики та візуалізації. (Мало інвестицій у проекти державного сектору).
- Процвітання стоматологічний ринку.

Партнери з розвитку, які інвестують у технології охорони здоров'я через поточні програми включають Світовий банк, USAID, JICA, DfID.

- ПРООН та дві інші організації, що відповідають за закупівлю ліків та медичних приладів також у зонах конфлікту для уряду України e-Health швидко розвиваються. IT-послуги взагалі є одними з сильних місцевих економічних активів України, що створює можливості в:

- Системи та програмні рішення для реєстрації пацієнтів.
- Рішення щодо оцінки даних для розрахунку ймовірності захворювання та інші ризики.
- Фармацевтичні рішення для зберігання, розповсюдження та рецептурного призначення.
- Аналіз даних про здоров'я для використання в політиці, службах рецептів, ОЗТ.

- Сервіси безпеки даних – GDPR ЄС є орієнтиром для медичної освіти і буде вирішальним елементом, що визначає швидкість та успіх реформи національній галузі охорони здоров'я.

Це буде необхідна співпраця та партнерство в таких напрямках:

- Розробка навчальних програм як для лікарів, так і для медсестер.
- Стандартизація та запровадження протоколів як у первинній медичній допомозі і на лікарняне лікування.

- Українські медичні університети шукають партнерства і вже заснували міжнародні університети в пошуках обміну програми студентів і співробітників і, можливо, акредитація [1].

Вищенаведене і визначило тему нашої дослідницької роботи.

Аналіз наукових досліджень. Проблеми методичних і практичних досліджень діяльності системи, ефективності подання меддопомоги суспільству України присвячені наукові пошуки ряду вітчизняних вчених та закордонних наукових дослідників як: Богомолець О., Вороненко Ю., Шкробанець І., Бідучак А., Кардаш Е., Радиш Я., Гладун З., Любінець О.В., Сенюта І., Лехан В., Рудий В., Стеценко С., Третьяков В., Romaniuk P., Махмудов Е., Ціборовський О., Мельниченко О., Удовиченко Н. Ruden V. Simonet D. Mei J., Kirkpatrick I, Semigina T., Gardner K., Mazza D., Kim J., Han W. та ін.

Мета – дослідити реально доступні можливості України для визначення прогресивних перспектив медичної реформи в Україні, як засобу державного менеджменту охорони здоров'я.

Згідно до встановленої мети нашого дослідження на вирішення було поставлено наступні **завдання**:

1. Дослідити теоретично-методичні фактори та функціональний сенс якості меддопомоги системи охорони здоров'я;

2. Вивчити методи оцінки та чинники вдосконалення системи забезпечення якості;

3. Визначити ключові критерії ефективності і якості медичної допомоги; охороні здоров'я;

4. Окреслити межі нормативно-правого регулювання категорій ефективності і якості в галузі здорово охорони;

5. Розкрити конгруентність намагань українського суспільства у партнерстві з кращими практиками зарубіжжя;

6. Запропонувати ґрунтовані підходи і стратегічні напрями викорінення проблем у піднятті індикаторів доступу, догляду, ефективності, якості.

Об'єктом роботи є архітектура і функціональність урядової моделі управління забезпеченням медичною допомогою української нації.

Предметом є дослідження теоретичних, юридичних, практичних характеристик світових прикладів будови структури якості охорони здоров'я.

Методологічну та теоретичну основу досліджень становило критично конструктивне вивчення архітектури державного управління і наукового розшуку передових вітчизняних та учених зарубіжжя в розробок за проблемою прогресу сучасніших змін елементів у механізмі створення якості у галузі, монографічної і наукових повідомлень у періодичних виданнях, правових актів України.

Матеріали та методи. У нашому дослідженні застосовується комплектний науковий підхід, що дає можливість дослідити фактори державного менеджменту охорони здоров'я як єдиного цілого з погодженою роботою окремих його складових. Окрім того, підходи, що застосовано на теоретичному та емпіричному площинах, такі як реферативно логічний метод єдиного знаменника теоретичних категорій, бібліосемантичний, правового аналізу, методи аналізу і синтезу для формулювання окремих складових. Тих, що мають вплив на природу і орієнтацію публічного управління. Були застосовані в даному дослідженні компаративний спосіб залучався при співставлені для вивчення методології підходів, концепцій, наукових теоретичних і прикладних опрацювань та оферти передових вітчизняних і зарубіжних учених, які присвячені особливостям керівництва індустрією охорони здоров'я.

Особистий внесок автора. Кваліфікаційна робота є закінченим дослідженням. Представлені автором результати власноручно здобуто автором. Висновки і пропозиції, як результати процесу експериментального розшуку планомірні і направлені на піднесення ефективності сектору охорони здоров'я нашої країни, а відтак на посилення і укріплення здоров'я громадян держави.

Кваліфікаційна робота містить вступ, теоретичний розділ 1, в якому надано змістовну характеристику функціям ефективності і якості меддопомоги, розкрито всебічне партнерство України із різноманітними зарубіжними установами та організаціями, засади діяльності західних моделей опіки громадським здоров'ям. Аналітичний розділ 2, розкриває проблеми і завдання у корінних дефініціях якості подання меддопомоги, вказано на розбіжності у трактуванні самих понять ефективності та якості медичними працівниками, і насамперед керівників медичних закладів, які і повинні були б підіймати показники цих категорій. здійснено аналіз правил і класифікації видів якості, основ нормативно-правового базису моделі охорони здоров'я України, що вимагають поліпшування та простежено часткові атрибути її функції. Розділ 3 представляє різні методи піднесення ефективності і якості у ключовій ланці меддопомоги первинного рівня, вивчено досвід і практики розвинутих країн, що одержано багатьох років поспіль під час втілення покращених проектів в демаркаціях ефективності і якості медзабезпечення. Зокрема запропоновано реально виконувану модель ідеального медичного закладу, його змістовна сутність. І насамкінець, розглянуто перспективи та вказано обґрунтовані шляхи покращення діяльності галузі для підвищення доступності, догляду, ефективності і якості сфери охорони здоров'я України, запропоновано їх універсальне визначення з метою єдиного підходу у позитивній трансформації цих понять. Підготовлено загальні висновки, складено список доступних використаних джерел.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ТА СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ЗМІСТ ЕФЕКТИВНОСТІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Здоров'я є одним із найважливіших факторів, які цінують більшість особи. Загальновідомо, що з віком і молодше вплив інших (переважно зовнішніх) факторів, стан о здоров'я погіршується, тому населення змушене звертатися до заклади охорони здоров'я для отримання кваліфікованої медичної допомоги, в наявність яких гарантується Конституцією України (ст. 49), ЦК України (ст. 283, 284), Закону України «Основні засади Законодавство України про охорону здоров'я» (ст. 6 ст. 39) та інші нормативно-правові акти. Однак більшість із населення не може похвалитися міцним здоров'ям: «щороку перший На 100 душ зареєстровано 60 зареєстрованих випадків захворювань населення» [2]; «близько 66 тисяч здоров'я фахівців, які звільнилися з вітчизняної сфери охорони здоров'я тільки між 2014–2016 роками» [3], щороку з 4 по 7 тисячі кваліфікованих медичних працівників виїхали з України [4]; Серед опитаних 23,0 % чоловіків і 25,8 % жінок незадоволені наявністю та якістю медичного обслуговування [5]; «Україна посіла 94 місце з 195 місце в Глобальному індексі безпеки здоров'я для 2019 рік» [6]. МОЗ України – не залишити дану ситуацію без уваги, а ввести медичну реформа з 2018 року на первинній ланці, а з 2020 р. на вторинному та вищому рівнях [7], що має на меті підвищення доступності та якості мед надані послуги. Використання відповідних «методів і способів державного управління в цій сфері гарантує успіх цього». Наріжними стали проблеми медичної реформи з досліджень ряду вчених. Так, зокрема, пропозиція В. Рудена щодо підвищення профілактичних заходів на первинному рівні медичної допомоги, здається бути в точці актуальності [8]; водночас є певні дискусійні аспекти, наприклад, доцільніше говорити не як про «аудит», а як про «моніторинг»; пропозиція щодо «запровадження економних методів управління» [9] має бути доповнена

конкретними рекомендаціями. Такою є позиція деяких науковців [10, 11, 12], які переконливо свідчать про доцільність застосування нового публічного менеджменту (НПМ).

Теорія реформування національної системи охорони здоров'я варта уваги. Також вирішити, чи заважає НПМ марнотратство та опортунізм в охороні здоров'я; і для підтвердження, чи раціональність і підзвітність є більшими під НПМ чи ні [13]. НПМ був загалом ідентифікований як ефективна заміна методу традиційного адміністрування. Ці реформи так само можуть бути корисними для посилення комплексу громадського здоров'я та управлінського потенціалу. НПМ також здається корисним у взаємодії з державним сектором охорони здоров'я приватного сектору з точки зору персоналу і ресурсів, продуктивності, структури винагороди та методів ведення бізнесу. Надання кредиту напрацювань вищезазначених вчених, слід наголосити на необхідності продовження дослідження з даної проблематики. Зазначене вище визначає актуальність цього дослідження. [14].

Кілька міжнародних партнерів з розвитку надають підтримку уряду України в реформі сектора охорони здоров'я. Світовий банк останніми роками активно підтримує сектор охорони здоров'я в Україні сприянням через проект «Поліпшення здоров'я». у службі людей, яка працює у восьми областях України та допомагає забезпечити якісне медичне обслуговування та профілактику. Проект стартував у 2015 році та тривав до 2020 року із загальним бюджетом у 261 млн. дол. США Проект допоміг покращити надання послуг на місцевому рівні у восьми областях шляхом інвестицій. Крім того, проект підтримує управління з боку МОЗ у сферах реформування платіжної системи, розвитку eHealth24/інформаційних систем, інформації і зв'язку і розбудову потенціалу.

USAID/Україна співпрацює з українським урядом, громадянським суспільством, неурядовими організаціями та іншими донорами та партнерами для створення загальної системи охорони здоров'я України. Конкретні сфери підтримки включають:

- ВІЛ/СНІД і туберкульоз.
- Реформа охорони здоров'я.
- Психічне здоров'я.
- Інваліди.
- Імунізація.

Офіс ВООЗ в Україні є координаційним центром діяльності ВООЗ в Україні. Країнова команда складається з 25 осіб, у тому числі 15 експертів з питань: ВІЛ/СНІДу, імунізація та захворювання, яким можна запобігти вакцинами, здоров'я матері та дитини, неінфекційні захворювання, боротьба з тютюнопалінням, туберкульоз, комунікації та ІТ. Пріоритети представництва в країні визначені у дворічній співпраці угоду між ВООЗ/ЄРП та приймаючою країною. Офіс реалізує угоди в тісній співпраці з національними установами та міжнародними агентства-партнери.

Європейський Союз та його країни-члени надали фінансову підтримку найбільш вразливим людям. Гуманітарна допомога становить 222 млн. євро, з яких 88,1 млн. євро надано ЄС. Це фінансування передбачає підтримку найбільш незахищених верств населення людей, які постраждали внаслідок конфлікту на невідконтрольних уряду територіях і вздовж них по обидві сторони лінії зіткнення. Ця допомога спрямована на задоволення основних потреб тих найбільш постраждалих від конфлікту, де б вони не були. Це включає надання притулків, охорони здоров'я, захист, продовольчі та непродовольчі товари, вода, санітарія та інша невідкладна допомога.

Міжнародна підтримка сектору охорони здоров'я України здійснюється також Swiss Development Cooperation та декількома іншими партнерами з розвитку, які активно працюють в українському секторі охорони здоров'я [15].

24.02.2022 р. РФ розпочала повномасштабну війну в Україні. Обстріл закладів охорони здоров'я став частиною стратегії і тактики російських загарбників. Українська система охорони здоров'я навіть у мирний час не була зразковою. Люди з хронічними захворюваннями часто стикалися з перебоями з постачанням ліків, лікарі скаржилися на низькі зарплати, а побори в лікарнях

давно перестали дивувати. Війна мала всі шанси повністю знищити систему, але натомість вона підштовхнула уряд і місцевих спеціалістів знайти ефективні рішення, які українській медицині не тільки вижити, а й продовжити свій поступовий розвиток.

Лікарям доводиться працювати в польових умовах, замінюючи санітарні вимоги в операційних на тимчасові не пристосовані приміщення без належних вимог асептики і антисептики. У деяких містах медичний персонал цілодобово не залишає лікарню, яка стала для них другим домом. Спостерігається відтік медичного персоналу з районів активних бойових дій. Більшість лікарів в Україні, як і в усьому світі, жінки, багато з них мають дітей. Рятуючись від обстрілів, вони були змушені евакуюватися в західні регіони країни або за кордон. Серед тих, хто залишився, багато мобілізованих на допомогу бійцям на передовій.

Як наслідок, маємо низку населених пунктів, які регулярно бомбардуються, без належно функціонуючих лікарень та необхідної кількості лікарів. Водночас більшість населення, яке сьогодні там проживає – це громадяни 60+ віку, яким потрібен посилений і більш частий медичний контроль.

Рішення військової адміністрації щодо евакуації мешканців, слід сприймати внаслідок безпосередньої загрози життю від бомбувань. Такі рішення приймаються, в тому числі, на основі оцінки медичної ситуації в регіоні. Залишаючись, люди ризикують не отримати необхідні ліки чи медичну допомогу. Великою проблемою сьогодні є доступність громадян до меддопомоги у непідконтрольних населених пунктах., Окупанти не в силах на захоплених місцевостях задовольнити елементарні потреби населення ні в харчах, ні в медичному обслуговуванні. Наші військові медичні працівники набули значного досвіду виконання складних операцій та ерадикації важких поранень захисників у 2014-2015 рр. Враховуючи їхній досвід, за останні 8 років іноземні лікарі приїжджали в Україну для обміну досвідом. Українська система охорони здоров'я навіть у надскладній ситуації військових дій встояла

і розвиває свій прогрес. На сьогоднішній день у наших лікарнях продовжуються найскладніші невідкладні операції, планові трансплантації, активно працює служба крові. Війна виявила слабкі місця в усіх сферах державного управління, відбулося це і в медицині. Серед них найчастіше стало неналежне утримання бомбосховищ у складі лікарень, а у багатьох випадках і їх повна відсутність. Підвали, які досить нахабно називали укриттями, під час масованих обстрілів часто перетворювали на братські могили. Відсутність автономної системи вентиляції, водопостачання та суцільні стелі роблять їх непридатними навіть як укриття для здорових людей. Про тривале перебування тяжкохворих, які потребують терапії, говорити не доводиться.

Зараз переважна кількість медичних закладів поза межами військових дій, вже обладнано пристосованими підвальними приміщеннями. У екстрених випадках лікарі зможуть навіть робити там операції. Цей урок потрібно врахувати на майбутнє по закінченні війни.

Також у майбутньому необхідно розпочати створення та постійне оновлення резерву ліків та інших необхідних коштів, яких у критичний момент не було в українських лікарнях. А у зв'язку із загрозою застосування хімічної зброї актуалізувалося питання забезпечення засобами захисту не лише військових, а й цивільного населення.

Головним викликом для системи після закінчення війни стане кадрове питання. Це потребуватиме нових управлінських рішень щодо організації роботи на місцях. Одними лише пошуками спеціалістів справа не обмежується. На тлі дефіциту кадрів необхідно буде впроваджувати в роботу новітні технології, щоб компенсувати нестачу кадрів.

Традиційний підхід до захисту цивільних осіб під час війни ґрунтувався на припущенні, що цивільних осіб і предмети можна відрізнити від військових цілей. Під час війни в Україні світ зрозумів, що всі мирні жителі знаходяться під великим ризиком і що роботу правозахисних, гуманітарних організацій потрібно значно посилити. Ці зусилля мають стати головною метою сучасної та майбутньої охорони здоров'я [16].

Ми повинні негайно розпочати глобальний діалог щодо контролю за війною як основного обов'язку громадської охорони здоров'я. Боротьба з ненавистю і толерантністю є основними засобами зміцнення миру. Крім того, ми повинні виступати проти права на війну як права людини та скасувати його. Доступ до медичної допомоги в Україні після 8 місяців війни: система охорони здоров'я залишається стійкою, але ключові медичні послуги та медицина стають дедалі не доступнішими [17].

Урядом країни схвалено і уведено в дію Концепцію реформи фінансування системи охорони здоров'я. Цей акт допоможе забезпечити населенню країни доступність до відповідного європейській державі рівня медичної допомоги у засіб переходу галузі охорони здоров'я України до асигнування на базовому прикладі обов'язкового державного медичного страхування населення коштом, акумульованим державним бюджетом. Новітня система асигнування сектору суспільного здоров'я залучатиме державний гарантований пакет меддопомоги, створить єдиного замовника медичних послуг на загальнодержавному рівні, забезпечить автономний спосіб існування виробників меддопомоги, модерні шляхи виплат та новітню модель менеджменту ефективності і якості послуг [18].

РОЗДІЛ 2.

ВИЗНАЧЕННЯ ЯКОСТІ КЕРІВНИКАМИ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

В Україні здійснюється реформа укладу охорони здоров'я, щоб підняти якість медичної допомоги та послуг. Розуміння того, як менеджери первинної медичної допомоги сприймають якість, є важливим для поточної реформи, а також для покращення медичних послуг.

З метою вивчення наявної ситуації з цього питання проведено наукове дослідження. Загалом у дослідженні взяли участь 302 керівники лікарень. Більшість керівників первинного рівня меддопомоги сприймають якість як процес. Якість вони асоціюють здебільшого з дотриманням стандартів. Водночас керівники первинної ланки воліють оцінювати якість результату за допомогою системи показників та зворотного зв'язку. Здається, немає консенсусу відносно якості медичної помочі. Це може бути пов'язано з недостатньою обізнаністю про національну стратегію підняття власне цієї категорії медичної допомоги. У результаті проведеного дослідження зроблено висновок про те, що дозволено по-новому глянути на сприйняття керівниками закладів первинної меддопомоги щодо категорії ефективності і якості меддопомоги у нашій країні. Відсутність чіткого консенсусу щодо якості ускладнює дискусію про ефективність та якість і способи їх вимірювання. На нашу думку, це є однією з перешкод для загальносистемного покращення ефективності і якості.

У 2015 р. Україна розпочала перебудову фінансового забезпечення охорони здоров'я. Метою реформи було покращення здоров'я та зменшення фінансового навантаження на населення. Спочатку реформа була зосереджена на первинній медичній допомозі, у 2020 р. відбулися трансформації вторинного та третинного щаблів меддопомоги. Фінансування сектору первинної рівня було перемінено з фіксованого постатейного бюджетування, орієнтованого на

лікарню на подушне. Надавачі первинної медичної допомоги стали більш автономними [19].

Це також включало зміни в керівництві. Традиційно лише спеціалісти з відповідною освітою (лікарі або медсестри) могли бути призначені керівниками у закладах охорони здоров'я (такі як, головний лікар, головна медична сестра тощо). З 2020 року керівні посади також можуть обіймати керівники закладів охорони здоров'я з керівною та немедичною освітою [20]. Результатом реформи має стати більш сучасна, конкурентоспроможна та якісна система надання медичної допомоги [21].

Чого в системі охорони здоров'я України і досі немає, так це національної політики та національної стратегії у відношенні власне якості та ефективності меддопомоги. Наказом МОЗ від 28.09.2012 № 752 якість визначено як: «надання медичної допомоги та організація медичних послуг відповідно до стандартів охорони здоров'я. Оцінка якості медичної допомоги – це відповідність наданої медичної допомоги формалізованим стандартам медичної допомоги». Водночас стандартами охорони здоров'я в Україні не визначена класична модель якості Донабедіана, що описує якість трьома елементами системи: структурою, процесом і результатом [22]. Структура відноситься до ресурсів, персоналу, адміністрації та засобів. Процес включає управління продуктивністю, записи пацієнтів, діагностику, план лікування. А результат включає в себе задоволеність пацієнта, стан здоров'я, завершення лікування та модель пригадування [23]. Ця модель якості медичної допомоги широко використовується. На практиці, однак, сприйняття якості медичної допомоги різняться залежно від контексту та точки зору різних зацікавлених сторін. Зокрема, різні зацікавлені сторони використовують різні показники, так звані атрибути якості, для визначення та оцінки якості. Медичні працівники, як правило, сприймають якість через узгодженість клінічних результатів із рекомендаціями [24]; робоче середовище та задоволеність роботою [25]; лідерство лікаря, інфраструктурна підтримка, культура організації та дійсне

вимірювання якості з метою її оцінки [26]; клінічне управління та лідерство [27].

Для пацієнтів якість залежить від хорошого догляду та лікування, покращення здоров'я, чистого та домашнього середовища обслуговування та взаємодії з постачальником послуг. Політики часто вважають важливими такі показники якості, як доступність, справедливість і задоволеність як користувачів, так і виробників медичної допомоги і послуг [28]. Сприйняття якості серед зацікавлених сторін загалом і керівників охорони здоров'я, зокрема, є важливим, оскільки воно впливає на впровадження реформ [29] на системному рівні, а також на вибір інструментів для управління якістю на рівні закладу. Було проведено декілька досліджень сприйняття медичними працівниками якості меддопомоги [30, 31–35]. Деякі з цих досліджень були зосереджені на первинній медичній допомозі [36–40].

Ці дослідження визначають організаційні аспекти, які впливають на якість втручань, продуктивність лікарів, ефективність команди та ефективність сфери охорони здоров'я. Серед якісних ознак медичні працівники виділяють загальна роль практикуючого лікаря, психічне здоров'я лікарів [41, 42], позитивне ставлення до роботи, орієнтація на якість організації та клінічне лідерство [43], компетенції медсестер, доступність до медичної допомоги та адекватність часу очікування [44, 45], як показники якості. У той час як пацієнти вважають важливими стосунки між лікарем і пацієнтом, організацію медичної допомоги. Дослідження також порівнювали оцінку якості пацієнтами та лікарями та дійшли висновку, що уявлення різняться між групами та часто базуються на іншій логіці, наприклад, лікарі більш критично ставляться до якості, ніж пацієнти і схильні недооцінювати рівень позитивного ставлення своїх пацієнтів [46]. Дослідження ефективності та якості медичної допомоги в Україні поодинокі [10, 23]. Зокрема, Reabody та ін. у досліджували якість медичних послуг в Україні у 2009, 2010 та 2014 рр. У цих дослідженнях якість клінічної допомоги при застійній серцевій недостатності та хронічному обструктивному захворюванні легень оцінювали за допомогою віньєтного

аналізу клінічної якості. Кількісні дані, отримані від медичних закладів, лікарів, пацієнтів закладів та домогосподарств, не показали істотних відмінностей у якості між міськими та сільськими медичними закладами, а також між закладами різного рівня. Якість також суттєво не змінювалася, якщо лікар працював у кількох закладах або мав більшу кількість пацієнтів похилого віку. Інше дослідження повідомило про перспективи якості та ефективності системи охорони здоров'я в Україні. Дані були зібрані у 2009 та 2010 роках серед представників домогосподарств (дорослих), лікарів та пацієнтів клінік. Учасники описали якість навчання лікарів, кількість часу, проведеного з пацієнтами, а також доступність медичної допомоги. Результати показали, що головними цілями нової політики мають стати реформи системи охорони здоров'я та підвищення якості та доступності [47]. Проте показники якості обох досліджень вимірюють якість процесу, а не якість результату. Ми не знайшли досліджень щодо сприйняття якості менеджерів охорони здоров'я в Україні, зокрема, таких досліджень не проводили після запуску реформи. Тому важливо вивчити, як менеджери охорони здоров'я в Україні сприймають якість, оскільки розуміння їхньої спрямованості є важливим для реформ та досягнення консенсусу щодо цілей у сфері охорони здоров'я [10]. У багатьох країнах зі схожими системами охорони здоров'я, які зазнають подібних змін, бракує доказів впливу реформ на їхні системи охорони здоров'я [48]. Таким чином, дані про досвід України також можуть бути корисними для країн із подібними системами охорони здоров'я на перехідному етапі.

У нижченаведеному ми посилаємось на результати дослідників, які використали дані онлайн-опитування «Освітні можливості для менеджерів охорони здоров'я України», здійсненого у 2019 р. українсько-швейцарським проектом «Розвиток медичної освіти» (MED). Метою опитування було виявити освітні потреби управлінців сектору первинного рівня та їхні очікування щодо форми та змісту навчання впродовж життя. Онлайн-опитування підходять для збору інформації про ставлення та думки медичних працівників. Серед головних переваг цього режиму можна виділити можливість адаптації до

ситуації, низьку похибку відповіді та низьку вартість, а також гнучкість для учасників, з якими зазвичай не вистачає часу та з якими важко зв'язатися по телефону чи віч-на-віч. Схоже, що медичні працівники на 10–13% рідше беруть участь в опитуваннях, ніж загальне населення і рівень участі постійно знижується, оскільки, серед інших причин, вони зазвичай змушені робити це в свій особистий час, часто вважають це не релевантним, страждають від інформаційного перевантаження та проблем конфіденційності [49].

Анкета містила чотири блоки питань як відкритого, так і закритого типу. Так, три питання відносно управління якістю меддопомоги були використані для збору даних щодо сприйняття якості медичної допомоги керівниками первинної медичної допомоги в Україні та способу вимірювання якості заклади охорони здоров'я: «Що для вас означає термін «якість у сфері охорони здоров'я?»», «Чи є у вас система керування якістю у вашій лікарні?» та «Якщо у вас є система така система, опишіть, як ви оцінюєте якість?». Це дослідження зосереджено на даних, зібраних за допомогою цих трьох запитань. Одиницями вибірки були особи з керівного складу лікарняних закладів (головний лікар, його заступники, завідувачі відділеннями, головна медична сестра), а також ті, хто перебував у «списку резерву» на керівні посади установи первинної меддопомоги.

Спочатку посилення на онлайн-опитування разом із заявкою на участь було надіслано медичним працівникам у списку контактів проекту USAID «Підтримка медичних реформ». У цьому списку були контактні дані очільників первинного щабля галузі, які брали участь у проектах USAID.

Відповіді на відкриті питання спочатку кодувалися, а потім аналізувалися за допомогою описової статистики. Щодо відкритих запитань «Що для вас означає термін «якість у галузі охорони здоров'я»», відповіді надавалися двома способами: перерахуванням ключових слів, пов'язаних із якістю, або повним реченням. Відповіді на це запитання згрупували у три основні групи відповідно до моделі якості Донабедіана: якість побудови, якість механізму та якість на виході. Одну відповідь можна віднести до кількох груп. Різні атрибути та

інструменти були визначені в кожній групі на основі розуміння учасниками якості. Відповіді, пов'язані з такими атрибутами, були класифіковані як якість структури: інтеграція, ефективність, організація та адміністрування (управління) та кваліфікація. Атрибутами, включеними до якості процесу, були: ефективність, орієнтація на людей, безпека, своєчасність, справедливість, обслуговування та відповідність стандартам. Якість результату включала відповіді, пов'язані з такими атрибутами: показники, такі як рівень захворюваності, індекс здоров'я, рівень смертності, кількість пролікованих випадків, рівень вакцинації тощо, відсутність скарг, задоволеність пацієнтів та задоволеність лікаря.

Ми також проаналізували відповіді на предмет їх подібності до трьох найпоширеніших в Україні визначень якості:

- Визначення Інституту медицини, яке включає структуру, процес і результат і фокусується на ефективності, безпеці, орієнтованості на людей, своєчасності, справедливості, інтеграції та ефективності [50, 51].
- Визначення Європейської комісії з її акцентом на ефективності, безпеці та орієнтованості на людей – атрибутах процесу [52].
- Українське визначення з акцентом на атрибуті якості процесу – відповідності стандартам [53].

Описову статистику та аналіз якісних даних також використовували для аналізу відповідей на два інших запитання: «Чи є у вас система керування якістю у закладі?» та «Якщо у вас є така система управління якістю, опишіть, як ви оцінюєте якість». Якісний аналіз даних проводили за підходом «знизу вгору» [54].

Двадцять вісім учасників (з 354 онлайн-анкет) працювали в лікарнях середнього рівня та п'ятеро в академічних лікарнях. У цьому дослідженні ми зосереджуємося на керівниках первинної медико-санітарної допомоги та виключаємо з подальшого аналізу ці тридцять три керівники лікарень.

Інформацію про учасників: більшість учасників (67,9%) були жінки. Більшість респондентів (50,7%) були старші 45 років. Більшість медичних

працівників займали керівні посади. До категорії «лікарі» (10,9%) увійшли лікарі приватної практики (5 із 33), лікарі із резерву, які очікують призначення на керівну посаду (5 із 33). До категорії «інші» (5,3%) увійшли спеціаліст з комунікацій, економіст, юрисконсульт та кадровик. Загалом учасники мали великий досвід клінічної роботи, але мали набагато менший управлінський досвід. У 4,3% випадків відповіді учасників щодо визначення якості могли бути пов'язані з визначенням Інституту медицини з його фокусом на структурі, процесі та якості результату. У 30,8% відповідь стосувалась української дефініції з її акцентом на процесі та у 40,4% – комбінації дефініцій. Аспекти якості, визначені Європейською комісією, були знайдені в поєднанні з двома іншими визначеннями лише в 24,1% випадків. Найчастіше поєднувалися елементи українського та Інституту медицини (34% та 32,6% відповідно).

У більшості випадків (66,9%) відповіді були у формі повних речень. Причому в 32,1% випадків учасники описували якісні перерахувальні ключові слова. Більшість відповідей (97,3%) трактують якість в охороні здоров'я як якість процесу. Атрибути структури та якості результату були згадані у 31,1% та 41,7% відповідей відповідно. Групу відповідей (5,9%), які не описували жодних атрибутів якості процесу, структури чи результату, було включено до категорії «інше». До цієї групи увійшли такі якісні атрибути, як основні соціальні права, створення ринку медичних послуг, реформи тощо.

У 56,9% випадків у відповіді було зазначено одну ознаку. У решті випадків якість була пов'язана з двома або більше атрибутами.

Використовуючи модель, показану на рис. 1, ми описуємо, з якими атрибутами керівники першої ланки в Україні пов'язують якість медичної допомоги та як часто згадується кожен атрибут.

Відсотки вказують на частку учасників, які вказали дану ознаку (рис. 1.2.). Такі відповіді, як «командна робота», «точність» і «якісна медична допомога», були розраховані як «згадані аспекти процесу» (7,9%) і показані як «інше». Відповіді на кшталт «задоволення» без уточнення пацієнта чи лікаря

або «якість життя» розраховувалися як «згадані аспекти результату (3,3%) і відображалися як «інші»

Це дослідження довело, як керівники первинного рівня здравоохранення в Україні сприймають якість медичної допомоги. Без консенсусу та достовірної інформації про якість неможливо розрізнити адекватну та низьку якість медичних послуг. На рівні системи мета вимірювання якості полягає в необхідності зовнішньої звітності та перевірки. Тоді як на місцях наголос роблять на покращенні якості [56]. Таким чином, знання сприйняття якості різними зацікавленими сторонами (наприклад, менеджерами охорони здоров'я) доповнює розуміння якості менеджерами впливає також на пацієнтів і лікарів. та є першим кроком до оцінювання та піднесення якості.

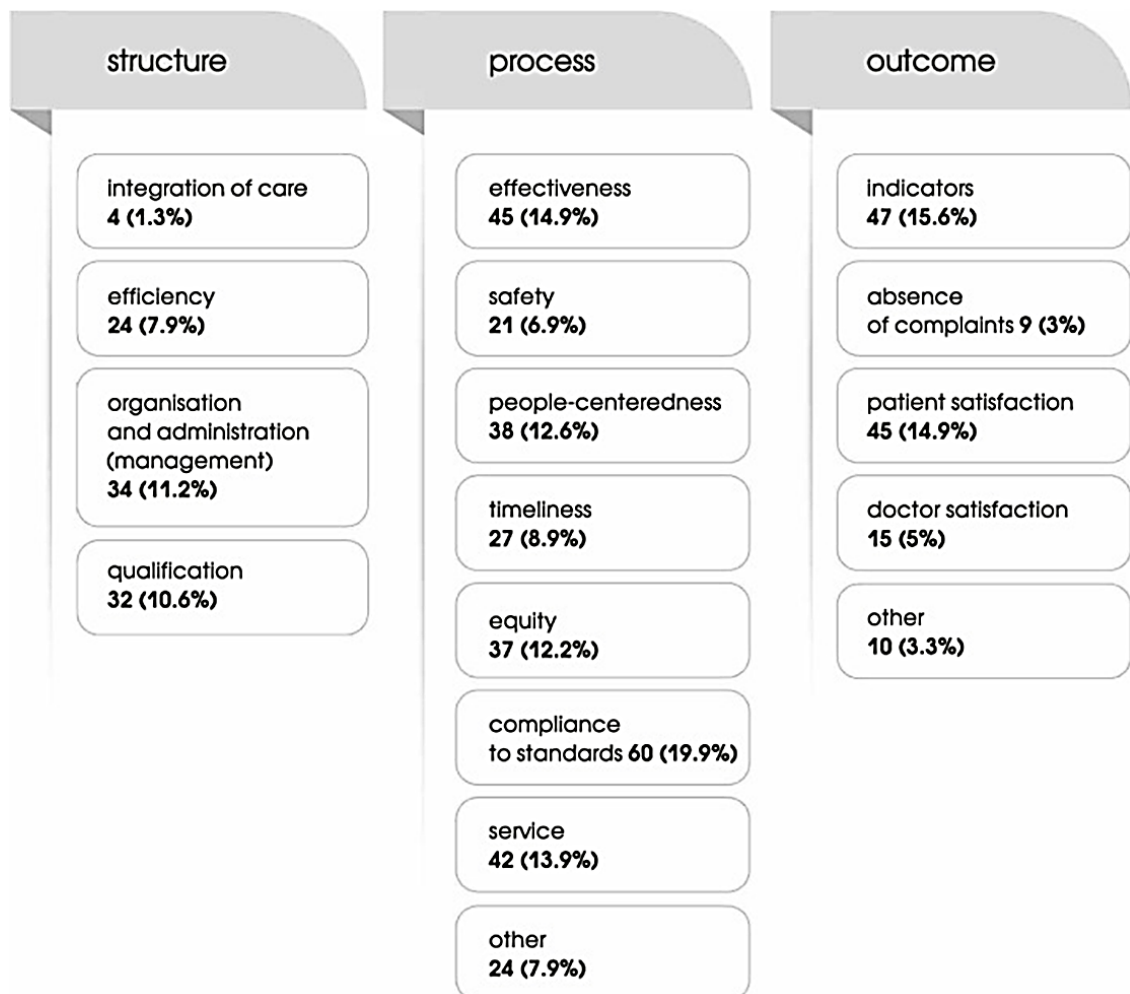


Рис. 2.1. Аспекти якості медичної допомоги в розумінні учасників

Джерело: [55].

Під час медичної підготовки в Україні питанням ефективності, якості та менеджменту не приділяється належної уваги (досі цей аспект недооцінюється та недостатньо вивчається). Більшість менеджерів охорони здоров'я пройшли підготовку лікарів і професійний розвиток для них вважається клінічною підготовкою. З визначеннями якості та підходами до її оцінки менеджери охорони здоров'я ознайомлюються під час подальшого навчання. Після призначення лікарів на посади керівників очікується, що вони підвищуватимуть свої навички управління в рамках програм постійного професійного розвитку. В Україні лікарі часто не розмовляють і не читають англійською, що означає, що міжнародні джерела здебільшого непридатні. Це обмеження мовних навичок у поєднанні із застарілими програмами підготовки ускладнює для менеджерів галузі пошук даних, для оновлення своїх знань про якість, випробувати різноманітні шляхи та дати власне формулювання дефініції якості [57]. Швейцарсько-український проєкт «Розвиток медичної освіти» опрацював та підготував онлайн-навчання, у якому також є курс «Управління якістю в охороні здоров'я» [58].

Роль первинної меддопомоги означається в менеджменті сфери охорони громадського здоров'я шляхом цілого набору послідовних ланок у медичній допомозі (діагностика, ерадикація хвороб з хронічним перебігом, наступне направлення до інших медичних фахівців, призначення плану лікування і рекомендацій щодо зміцнення здоров'я [59]). Все це робить первинну медичну допомогу процесно-орієнтованою. Обмеження зосередженості на процесі полягає в тому, що він незважає на такі аспекти якості, як матеріальні: (структура) або задоволеність пацієнтів (результат).

Україна має довгу історію культури «зверху вниз», за якої всі управлінські рішення приймалися Міністерством охорони здоров'я, а керівники закладів охорони здоров'я мали їх виконувати. Також якість українських постачальників медичних послуг оцінює акредитаційна комісія. Акредитація в основному зосереджена на відповідно побудованих механізмах і здійснюється шляхом перевірки документальних підтверджень відповідності стандартам,

постійного кваліфікаційного зростання у професії тощо. Сертифікат акредитації дійсний протягом трьох років. За свідченням результатів проведених досліджень Світового банку на тематику управління закладами охорони здоров'я за попередні роки, постачальники медичних послуг звітують перед Центром державної медичної статистики МОЗ України за переліком показників. У період між акредитаціями інші державні органи мають право проводити регулярні перевірки постачальників медичних послуг, такі як Пожежна інспекція, Державна податкова служба, Фонд соціального страхування та Служба екологічного контролю. Водночас скарги пацієнтів тають поштовою для відповідних державних органів для проведення екстрених перевірок та покарання. Через цю низхідну організацію українські менеджери охорони здоров'я не в захваті від структурних реформ та впровадження контролю якості послуг. Заклади охорони здоров'я традиційно не є відкритими колективами. Неформальні «правила» в лікарні створює її очільник, яким є головний лікар. Взаємостосунки та ланки поміж різними рівнями не прозорі і до кінця неясні. Спрямування хворого на інший рівень чи етап чи для продовження лікування у другий заклад чи навіть в іншу лікарню чи науково-дослідний інститут залежить від міжособистісних зв'язків лікуючого лікаря [60].

Проблема тут полягає в стратегіях подолання пацієнтами таких факторів, як самозвернення до потрібних фахівців, компенсація власним коштом, що призводить до низького рівня використання послуг первинної медичної допомоги та низького рівня довіри.

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ

Отже, наші результати свідчать про відсутність чіткого та єдиного уявлення про якість серед керівників первинної ланки охорони здоров'я в Україні. Вони схильні пов'язувати якість лише з одним атрибутом. Однак, як показало наше дослідження, асоціації досить різноманітні. Менеджери

первинної медичної допомоги в нашому дослідженні здебільшого зосереджені на якості процесу. Частота згадування атрибутів «відповідність стандартам» та «показники» підтверджує традиційну спрямованість українського підходу до якості та свідчить про відсутність асоціації якості з інтегрованою допомогою.

Велика кількість нечітких описів засобів вимірювання та відповідей на кшталт «якість добра/задовільна».

РОЗДІЛ 3.

ШЛЯХИ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЕФЕКТИВНІСТЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Попри тривалий термін, що Україна витримує жорстоку війну, охорона здоров'я продовжує загалом виконувати свої функції, але збільшення розходів, матеріально-технічні втрати та ушкоджена інфраструктура унеможливають покращення доступності до основних видів медичної допомоги і послуг роблять ще більш складними задоволення потреб у цій сфері та становлять основні перешкоди (недостатня доступність до медичної допомоги і лікарських засобів, вартість догляду, обмеження часу, щоб дістатися до закладів охорони здоров'я та назад, майбутні виклики взимку та останнє загострення бойових дій, пошкоджених будинках без палива та електроенергії, захворювання респіраторної системи традиційно збільшуються, а також обмежена доступність транспорту для осіб, які покинули домівки у зоні окупації (ВПО). У цей же час майже 10 мільйонів людей мають ризик розвитку низки психічних захворювань, від тривожних станів та стресового психоемоціонального навантаження аж до стійких розладів та нахилів аутодеструкції.

Це одні з головних висновків нещодавнього моніторингу попиту у сфері охорони здоров'я, який проведено Офісом ВООЗ в Україні, яку також поділили з МОЗ України, зарубіжними та національними співучасниками в галузі охорони здоров'я та гуманітарними організаціями на місцях.

Оцінка була зосереджена на визначенні попиту у галузі та провідних факторів перешкоджання для доступу до усіх трьох рівнів меддопомоги та лікувальних засобів.

Деталі оцінки медичних потреб полягали в оцінках попиту населення у галузі здоров'яохорони — це систематичний метод аналізу проблем галузі, з якими стикається нація, що веде до узгоджених пріоритетів і політики особами, які приймають рішення, і керівниками охорони здоров'я в країні.

Ключові висновки оцінювання включають:

- 1 з 3 опитаних дорослих українців звернувся до первинної медичної допомоги;
- 1 із 2 респондентів зазначив принаймні одну перешкоду для доступу до будь-якого шабля медичної допомоги, найпоширенішою з яких є саме вартість;
- 1 з 5 українців не міг одержати потрібні фармпрепарати; їх вартість, доступність через великі черги до місцевих аптек – топ-3 причини; і
- жителі тимчасово окупованих територій і районів активних бойових дій частіше звертаються за медичними послугами менше, ніж жителі інших територій, тоді як ВПО звертаються за медичною допомогою більш часто, ніж загальне населення в цілому.

Що стосується доступу до ліків, опитування виявило, що загалом 1 з 5 осіб (22%) не зміг отримати необхідні ліки. У тимчасово окупованих та активних зонах конфлікту це збільшується до 1 з 3 осіб. Так само складною є ситуація з ВПО.

Окрім медичних матеріальних поставок та гуманітарної допомоги, ВООЗ також надає розбудову потенціалу та технічне керівництво для забезпечення поточних потреб у сфері охорони здоров'я. Наразі ВООЗ навчила понад 11 000 медпрацівників з ряду питань, включно травматологію, масові хімічні та бактеріологічні ураження, лабораторні дослідження.

Мобільні медичні підрозділи за підтримки ВООЗ продовжують надавати медичні консультації для найбільш уразливих прошарків населення та інших, хто повертається на звільнені від окупації українські території [61].

Сектор охорони здоров'я переживає постійні інновації. Оскільки за останні роки видатки зросли, багато бюджетів охорони здоров'я спрямовуються на усунення перешкод і покращення надання послуг. Лікарні та інші медичні організації здебільшого інвестують у впровадження нових технологій для вирішення таких проблем.

Але виходячи за рамки технологій, організаціям також потрібно буде підкреслити більш практичні методи покращення доступності передових процедур діагностики та лікування. Дійсно, технології не повинні бути єдиним

засобом вирішення найнагальніших проблем галузі охорони здоров'я, оскільки багато з них мають багато спільного з людською стороною охорони здоров'я.

У будь-якому випадку, організаціям у цьому секторі потрібно буде знайти час для впровадження цих стратегій, якщо їх головною метою є наближення до своїх клієнтів. Тим не менш, давайте подивимося на деякі з цих підходів і визначимо, де вони можуть підійти до такої перспективної галузі.

1. Почати з навчання

Без сумніву, ефективна охорона здоров'я тісно пов'язана з навичками робочої сили організації. Якщо у вас є добре підготовлені медсестри та лікарі, у вас є цінний корпус медичних працівників, які здатні виконувати найскладніші завдання. Навчання є обов'язковим компонентом будь-якого плану, який передбачає покращення якості надання послуг, тому важливо, щоб ваші співробітники проходили семінари та симпозіуми, спонсоровані місцевими чи іноземними державами, і вивчали важливі концепції, які вони можуть застосувати у своїй практиці пізніше. Лікарі-резиденти та адміністратори повинні прагнути брати участь у заходах, які забезпечать широке поширення їх бренду та озброять персонал необхідними знаннями та навичками для покращення надання послуг.

2. Підкреслити безпеку пацієнтів

Оскільки світ продовжує боротися з широко поширеною стигмою проти щеплень, робота лікарів, адміністраторів лікарень і медсестер – повернути довіру пацієнтів. Це означало б участь в ініціативах, які зменшують надмірності та помилки, а також створюють медичне середовище, де безпека пацієнтів завжди є головним пріоритетом. Дійсно, коли йдеться про забезпечення якості медичної допомоги, потрібно буде створити систему охорони здоров'я, яка знижує ризик інфікування під час великих операцій і запобігає побічним ефектам, пов'язаним із прийомом ліків, що відпускаються за рецептом. Це дозволить запобігти ускладненням, які можуть погіршити поточні захворювання, і зменшити додаткові витрати на діагностику та лікування, які покладаються на пацієнтів.

3. Усунути надмірність

Медичні працівники знають, що шкірна хвилина на рахунок, коли йдеться про пацієнтів. Миттєва затримка може означати загибель людей, тому клінікам і лікарням важливо підтримувати стабільний робочий процес і скорочувати чергові, відбавляючись від дублюються даних.

Цю проблему можна легко вирішити, впровадивши систему управління базами даних, яка втрачає збитковість і більш продуктивно підтримує систему та програмне забезпечення, таке як програмне забезпечення для догляду, над яким можуть лікарі та медсестри. Але крім використання програмного забезпечення для скорочення часу очікування та розміщення, скільки можливо більшої кількості пацієнтів, медичні організації також повинні вимагати, щоб медсестри-спеціалісти тісно співпрацювали з лікарями під час проведення діагностичних процедур правильного типу.

Результатом цього буде скорочення години, необхідної для виписки пацієнта, а також економія коштів для лікарні та клініки. При цьому постійне навчання та придбання навиків виявилися більш практичним підходом, який добре працює з технічним впровадженням.

4. Поліпшення координації між відділами

Не завжди буває так, що пацієнти лікуються лише в одного лікаря. У більш серйозних випадках потрібна спільна робота спеціалістів для спостереження та лікування одного захворювання. Вже одне це може бути проблемою, особливо за наявності різногласів та суперечок між самими фахівцями. Це, безумовно, може призвести до помилок, які можуть призвести до найдорожчих ускладнень. Тим не менше, у цій ситуації важливо встановити належний зв'язок з використанням технологій, спрямованих на покращення спільної роботи та зниження ризику помилок. Також має бути сильна культура, яка ґрунтується на інноваціях і розвитку, яка повинна указувати на поточну політику та робочі процеси. Таким чином, ефективність може бути досягнута тільки в тому випадку, якщо адміністратори лікарні здатні внести істотні зміни до організаційних систем.

5. Створіть кращу систему для прийняття рішень

Говорячи про співробітництво, важливо, щоб ви захистили систему, яка допоможе вам обрати правильні варіанти покращення послуг. Враховуючи, що потреби у галузі охорони здоров'я постійно змінюються, корисно дозволити всім в організації вживати рішень, які можуть підвищити ефективність всієї організації. Щомісячні зустрічі за участю керівників шкірного відділення можуть надати важливу інформацію про те, як краще покращити ваші медичні послуги, та визначити, від чого вам потрібно відмовитися [62].

Нові технології та автоматизація змінили підхід медичних працівників до кожної проблеми, що покращило досвід пацієнтів. Наприклад, системи електронних медичних записів (electronic medical record – EMR) швидко стали галузевим стандартом із широкомасштабними довгостроковими перевагами.

Зрештою, важливо оцінити, які процеси та інструменти найкраще працюють у вашій практиці. Для кожної організації охорони здоров'я це виглядатиме по-різному.

Пропонується декілька способів зробити ваш медичний кабінет ефективнішим. Незалежно від типу вашої організації (лікарня, клініка, приватна практика тощо), використайте ці способи, щоб зробити ваш медичний кабінет ефективнішим:

6. Намалюйте поточну подорож пацієнта.

Перший крок (до того ж надзвичайно важливий!) для підвищення ефективності вашого медичного кабінету — це витратити час на оцінку робочого процесу вашого медичного кабінету та планування подорожей ваших пацієнтів. Подорож пацієнта стосується набору можливих подій і сценаріїв, від початку до кінця, через які проходить пацієнт. Ви повинні визначити, як ви взаємодієте з кожним пацієнтом, починаючи з моменту входу в заклад і до виходу з нього. Також подумайте про те, які процеси ви виконуете, коли у вас повертається пацієнт. Ця вправа дасть вам чітке уявлення про те, як зараз

працюють процеси, і визначить області, які можна скоригувати, щоб покращити загальний досвід пацієнта.

7. Дайте більше самостійності пацієнтам.

Медичні кабінети все більше передають повноваження щодо володіння охороною здоров'я в руки пацієнтів. Це також дає медичному персоналу більше часу, щоб зосередитися на інших завданнях. Деякі приклади цього:

Надання пацієнтам можливості самостійно планувати прийом. Надання онлайн-порталу для пацієнтів, щоб переглядати всю свою особисту медичну інформацію, рецепти та попередні та майбутні медичні візити. Надання пацієнтам можливості отримувати сповіщення голосом, текстовими повідомленнями чи електронною поштою. Більшості пацієнтів сьогодні зручно працювати цифровими засобами. Таким чином, надання пацієнтам більшого доступу до їхньої інформації та планування онлайн є чудовим способом покращити загальний досвід пацієнтів.

8. Перейти до хмари.

Перенесення систем електронних медичних записів (EMR) у хмару може звільнити час персоналу вашого офісу від необхідності вводити, відстежувати та керувати даними пацієнтів вручну. Якщо ви все ще використовуєте локальну EMR, ви ризикуєте уповільнити роботу та потенційні збої. Хмарні EMR підвищують продуктивність лікарів і медичного персоналу. Ця підвищена продуктивність дозволяє медичним кабінетам обслуговувати більше пацієнтів.

Більше того, хмарна система EMR допомагає медичним установам скоротити витрати, оскільки немає потреби йти в ногу з дорогою локальною системою. Це означає економію на ліцензуванні та обслуговуванні EMR. Шукайте хмарну EMR, яка покриває всі потреби вашого медичного кабінету та пацієнтів за фіксовану плату. Сьогодні існує багато комплексних систем на вибір.

9. Аутсорсинг/делегування простих завдань.

Аутсорсинг і делегування простих завдань у вашому офісі звільняє робоче навантаження вашого персоналу, щоб вони могли більше зосередитися

на покращенні досвіду пацієнтів. Пам'ятаєте подорож пацієнта, про яку ми говорили раніше? Спробуйте скласти список завдань, пов'язаних з кожним «кроком» цього процесу. Ті, у яких немає мети або які є зайвими, можна усунути. Подивіться, чи можете ви згрупувати ці кроки за тим, які завдання можете виконати лише ви, а які можна передати стороннім виконавцям або делегувати іншому члену вашої команди. Наприклад, збір даних і навчання пацієнтів можна делегувати підготовленому адміністративному персоналу.

9. Автоматизувати процеси.

Ви можете почати автоматизувати прості завдання за допомогою технології. Це дає змогу працювати набагато швидше, ніж просто з офісним персоналом. Використання правильного програмного забезпечення є одним із найкращих способів підвищити ефективність вашого медичного кабінету. Деяке програмне забезпечення може навіть відстежувати продуктивність, щоб офіси могли швидше визначити, де втрачається час. Деякі з найкращих завдань для автоматизації в медичному кабінеті:

Послуги автоматичної видачі рецептів.

Пам'ятки пацієнтам.

Облік часу співробітників.

Автоматизація є великою перевагою для галузі охорони здоров'я. Сьогодні медичним установам легше, ніж будь-коли, автоматизувати процеси, особливо за допомогою таких інструментів, як Fusion Narrate, Zapier та IFTTT [63].

10. Надсилайте опитування щодо обслуговування клієнтів.

Підтримання відкритого діалогу між вашою медичною установою та пацієнтами є вірним способом підвищення ефективності. Ви можете дізнатись про больові точки пацієнта безпосередньо з джерела та, залежно від того, як часто пацієнти згадують про ці больові точки, визначити, де пріоритетні покращення. Надсилання опитувань і забезпечення присутності вашого медичного кабінету в Google і на сайтах оглядів, як-от Yelp, також можуть відкрити двері для нових пацієнтів у кабінет.

Використовуйте програмне забезпечення для розпізнавання голосу та транскрипції HER. Одним із найбільших засобів підвищення ефективності є розпізнавання мовлення. Деякі медичні установи все ще не використовують розпізнавання мовлення для прискорення диктування та виконання інших повсякденних завдань, і багато тих, хто використовує розпізнавання мовлення, не отримують від нього максимальної користі. Програмне забезпечення для розпізнавання мовлення може революціонізувати роботу вашого медичного кабінету, дозволяючи вам виконувати завдання, навіть не торкаючись кнопки чи клавіатури!

Використовуючи Fusion Narrate, медичні працівники можуть скористатися багатьма функціями транскрипції та голосового диктування. Дізнайтеся більше про це тут і як змусити його працювати у вашій організації.

Шукаєте програмне забезпечення для розпізнавання мовлення? Почніть точно записувати свої диктування за допомогою нашої простої у використанні платформи Fusion Narrate.

Визначити цілі.

Це здається простим, але встановлення цілей є таким важливим кроком для підвищення ефективності медичного кабінету. Встановлення цілей і наполеглива робота для їх досягнення допомагає підтримувати узгодженість у вашому закладі. Ви також можете використовувати цілі для поступового збільшення своїх обов'язків і підвищення ефективності з часом.

Коли ви нарешті спланували шлях пацієнта, делегували завдання та автоматизували інші завдання, спробуйте встановити деякі цілі для досягнення медичним кабінетом. Це допомагає кожному офісному працівнику якнайкраще виконувати свою роль. Це може привести до щасливішого та продуктивнішого робочого місця [64].

У сфері охорони здоров'я клінічна ефективність визначається як ефективність використання ресурсів для задоволення потреб або потреб. У клінічній обстановці потреби та вимоги подвійні. Пацієнти мають потреби, які

повинен задовольнити постачальник послуг, а постачальник має потреби, пов'язані з веденням прибуткового бізнесу.

Клінічна ефективність, без сумніву, важлива, незалежно від розміру організації чи кількості членів команди. Якщо операція не настільки ефективна, як мала б бути, це може означати втрачений час і гроші на практику та втрачені можливості обслуговувати якомога більше пацієнтів. Нижче наведено погляд на те, як підвищити клінічну ефективність із меншим персоналом у сфері охорони здоров'я.

Поради щодо покращення клінічної ефективності.

1. Виключіть паперову роботу.

Коли ви працюєте з меншим штатом, скорочення паперової роботи є одним із найпростіших способів підвищити ефективність практики. Чим більше ви витрачаєте час, який зазвичай витрачається на сканування паперових документів, надсилання факсів і подання паперових документів, тим більше вільного часу ви зможете зосередитися на більш важливих завданнях. Наприклад, використання інтелектуальних пристроїв для автоматичного запису показників артеріального тиску, ваги та температури зменшує час, який витрачається на роботу з документами пацієнтів. Так само програмне забезпечення для диктування може бути під час візитів для додавання деталей до електронних медичних записів (EHR).

2. Зосередьте час лікаря на догляді за пацієнтом.

Мета будь-якої клінічної ситуації полягає в тому, щоб лікарі приділяли якомога більше часу пацієнтам. На жаль, якщо персоналу мало, занадто багато завдань може лягти на лікуючих лікарів, що забирає час, який можна приділити пацієнтам. Зробіть усе можливе, щоб запобігти цьому, незалежно від того, чи це означає впровадження нової технології чи інше.

3. Опануйте свої шаблони EMR/EHR.

Опанування шаблонів EMR/EHR може значно заощадити час і підвищити клінічну ефективність. Ці шаблони можуть пропонувати параметри швидкого доступу, які можуть бути особливо цінними для стандартних процедурних

процесів. Наприклад, «крапкові фрази» дозволяють постачальникам послуг вводити кілька коротких фраз або слів під час спілкування з пацієнтом, і ці фрази автоматично перетворюються на повний блок тексту. Працюйте з постачальником технологій, скористайтеся перевагами включеного навчання та переконайтеся, що всі співробітники знають, як отримати максимальну віддачу від систем, що використовуються.

4. Будьте розсудливими при прийомі на роботу.

Пандемія спричинила зростання плинності кадрів у медичній галузі. Плинність медичних працівників зростає з 3,2% до 5,6% за лічені місяці. Хоча ці цифри почали стабілізуватися, висока плинність кадрів може завдати шкоди ефективності практики. Новим працівникам завжди потрібен час, щоб освоїтися зі своїми ролями та отримати належне навчання. Якщо цей працівник звільниться після навчання, це буде марною тратою цінних ресурсів. Тому будьте особливо обережні в процесах найму. Проаналізуйте методи підбору персоналу, критично ставтеся до цілей найму та за потреби залучайте за допомогою добре перевірене кадрове агентство.

5. Навчіть членів команди бути правильними гравцями.

Лікар тренує членів команди.

Навчання медичного персоналу.

Щоб лікарі могли приділяти час пацієнтам, віддалена команда повинна діяти як воротар для цього лікаря. Іншими словами, до лікаря слід звертатися із завданнями лише тоді, коли лікар може діяти конкретно для пацієнта. Ненадзвичайні завдання в клініці повинні максимально виконуватися командою. Усе це стало можливим завдяки наявності добре підготовленої та добре оснащеної команди професіоналів, які розуміють, що увага постачальника первинної медичної допомоги має бути зосереджена на взаємодії з пацієнтом.

6. Використовуйте хорошу систему планування.

Хороша система планування зустрічей є важливою для ефективності практики. Найкращі EHR мають або вбудовані функції планування пацієнтів,

або оптимізовані за допомогою іншого програмного забезпечення для планування пацієнтів. Переконайтеся, що те, що використовує ваша клініка, є найефективнішим для досягнення мети з невеликим простоем, без проблем із подвійним бронюванням або простоем, а також інтегрованими функціями для запобігання неявки.

7. Збільште кількість зустрічей і зведіть до мінімуму час простою внаслідок неявки.

Призначення та планування.

Пацієнт записується на прийом онлайн.

Час простою, коли ви не лікуєте пацієнтів, не оплачується. Тому всі гроші, виплачені персоналу для заповнення цього простою, є спірними. Ключ до того, щоб якомога більше хвилин було прибутковим, полягає в тому, щоб збільшити кількість зустрічей і реалізувати стратегію, щоб впоратися з неявками. Неявка коштує галузі охорони здоров'я в цілому 150 мільярдів доларів на рік. Зробіть усе можливе, щоб не прийти на прийом, наприклад, використовуючи автоматизовані системи, як-от текстові повідомлення для надсилання нагадувань пацієнтам, і пропонуйте гнучкий графік.

8. Спростіть реєстрацію та виписку пацієнтів.

Тривалі процеси реєстрації заїзду та виїзду не є ефективними та можуть забирати багато часу персоналу. У нещодавній статті, опублікованій у *Physician's Practice*, зазначено, що модернізація технології прийому може мати суттєве значення для підвищення клінічної ефективності. Наприклад, заміна процедури реєстрації вручну опціями електронної реєстрації означає, що пацієнти просто реєструються, коли приходять на прийом, на своїх мобільних пристроях.

9. Зрозумійте досвід з точки зору пацієнта під час розробки клінічних робочих процесів

Розгляньте можливість залучення пацієнтів «таємного покупця». Ці пацієнти, як правило, люди, яких ви наймаєте для проходження процесу призначення та надання відгуків про такі речі, як час очікування та

ефективність часу, проведеного з лікарем. Розуміння, яке ви отримаєте з цього досвіду, може бути безцінним і допомогти вам розробити найбільш ефективний клінічний робочий процес.

10. Використовуйте дизайн, орієнтований на клініциста, з EHR Та Prognosis EHR.

Електронна медична карта Prognosis, яка використовується в клінічних умовах і повинна бути орієнтована на клініциста. Лицьову таблицю та інформаційну панель слід налаштувати таким чином, щоб обслуговувати клініциста, а систему слід оптимізувати для ефективності. Це одна з причин, чому так важливо знайти EHR, який легко пристосувати до конкретного робочого процесу практики. Чим більше адаптоване програмне забезпечення, тим менше буде часу на навчання та менший ризик втрати часу під час використання програми.

11. Використовуйте правильних технологічних партнерів.

Сучасні медичні практики значною мірою покладаються на технології для ефективності, а це означає, що ви постійно матимете справу з різними технологічними партнерами. Щось таке просте, як наявність хорошого постачальника технологій EHR, дійсно впливає на ефективність роботи. Наприклад, якщо у постачальника EHR немає служби підтримки, коли у вас виникають проблеми, це перешкоджає клінічному робочому процесу, доки ви не зможете звернутися до техніки по допомогу.

12. Виключіть понаднормову роботу.

Лікарі працюють понаднормово.

Якщо ви постійно оплачуєте понаднормову роботу, це часто вказує на те, що співвідношення між персоналом і пацієнтом не те, що повинно бути. Можливо, настав час розглянути наймання додаткового співробітника, що може бути економнішим, ніж регулярна оплата понаднормової роботи.

13. Вимірюйте продуктивність і визначте больові точки та можливості.

Ніколи не припиняйте вимірювати ефективність клініки, щоб знайти ті больові точки, які потрібно вирішити, щоб підтримувати клінічну ефективність

у довгостроковій перспективі. Поговоріть із менеджерами практики та співробітниками та попросіть відгуків про те, на що витрачаються час і ресурси. Подивіться на загальну кількість неявок, час очікування та простоїв і вирішіть, як ви можете покращити ситуацію.

Багато граней і рухомих частин впливають на загальну ефективність у будь-якій клінічній обстановці.

Якщо ви схожі на більшість лікарів первинної медичної допомоги, вам, мабуть, уже набридло, коли треті сторони вводять себе на передову медичну допомогу способами, які пропонують граничну цінність і збільшують витрати. Вимоги до попередньої авторизації, контрольні показники продуктивності, конкуруючі клінічні рекомендації та ініціативи з оплатою за ефективність – це лише деякі з проблем, з якими ми стикаємося як лікарі первинної медичної допомоги.

Що ми можемо зробити, щоб повернути локус контролю в наші практики та забезпечити адекватну винагороду за нашу роботу? Ми маємо змінити нашу практику, щоб оптимізувати ефективність і показати, що ми можемо не лише надавати чудову допомогу, але й знизити загальну вартість медичної допомоги. Модель «ідеальної медичної практики» може наблизити нас до цієї мети.

Що таке ідеальна медична практика?

Що ви отримуєте, коли поєднуєте низькі накладні витрати з високими технологіями та обертаєте це навколо чудових відносин між лікарем і пацієнтом? Ви отримуєте ідеальну медичну практику – модель практики, розроблену для покращення стосунків між лікарем і пацієнтом, збільшення часу особистого спілкування між лікарями та пацієнтами, зменшення робочого навантаження лікарів, виховання у пацієнтів почуття відповідальності за своє здоров'я та скорочення витрачених доларів із вся система. Модель охоплює модель ідеальної мікропрактики, яка зосереджена на оптимізації найменшої функціональної робочої одиниці, здатної надавати чудову допомогу: один лікар, навіть без будь-якого персоналу (табл. 3.1). Три ключові принципи ідеальної медичної практики є високими: якісна, орієнтована на пацієнта,

спільна допомога; необмежений доступ і безперервність; надзвичайна ефективність. Це узгоджується з «ною моделлю догляду» та медичною домашньою системою, орієнтованою на пацієнта.

Таблиця 3.1

Ознаки ідеальної моделі та звичайних практик

ІДЕАЛЬНІ МЕДИЧНІ ПРАКТИКИ	ТИПОВІ ПРАКТИКИ
Догляд ґрунтується на потребах, цілях і цінностях пацієнта.	Догляд ґрунтується на пріоритетах практики.
Доступ цілодобово.	Доступ з 9 до 17.
Команда з догляду використовує технологію в повній мірі (наприклад, електронні медичні записи, електронна пошта, планування в Інтернеті).	Команда догляду уникає нових технологій.
Пацієнти можуть звертатися до свого лікаря, коли забажають.	Пацієнти повинні бачити всіх, хто доступний.
Більшу частину візиту в офіс проводить з лікарем.	Більшість візиту в офіс проводиться в очікуванні.
Накладні витрати низькі.	Накладні витрати високі.
Пацієнти приймаються в той же день, коли вони звертаються до кабінету.	Зазвичай пацієнти чекають на прийом.
За добу лікарі можуть приймати менше пацієнтів.	Лікарі повинні генерувати велику кількість візитів на день, щоб покрити накладні витрати.
Практики регулярно вимірюють себе.	Практики мають мало або зовсім не мають даних про продуктивність.
Практики є проактивними у своєму догляді за пацієнтами з хронічними захворюваннями.	Практики є реактивними у своєму догляді за пацієнтами з хронічними захворюваннями.
Лікарі задоволені та почуваються під контролем.	Лікарі почуваються напруженими та перевантаженими.

Національним спільним проектом журналу «Управління сімейною медициною» США (Family Practice Management – FPM) за підтримки Physician's Foundation for Health Systems Excellence проведено роботу, щоб виміряти результати ідеальної медичної практики та продемонструвати, що вмотивовані лікарі первинної медичної допомоги можуть застосовувати інструменти та процеси, які призводять до високого якісний догляд та життєво важливі та стійкі практики. Хоча більшість із цих практик менше п'яти років і ще не досягли фінансової зрілості, вони приносять у середньому 123 000 доларів на одного лікаря на рік і приймають лише 11 пацієнтів на день (табл. 2.3.). Ці

практики особливо ефективні з точки зору якості. Наприклад, майже 60 відсотків їхніх пацієнтів погодилися з твердженнями «Я отримую саме ту допомогу, яку я хочу і потребую, саме тоді і так, як я хочу і потребую» та «Нічого в моєму лікуванні не потрібно покращувати – воно ідеальне». У типових практиках лише половина пацієнтів погоджувалася з цими твердженнями.

Зараз ми тестуємо модель у великих групах, де люди працюють як одна команда. Ми віримо, що концепції можуть бути успішними в будь-якому середовищі, великому чи малому. Мова йде не про «самостійну практику», а про те, щоб працювати по-різному для досягнення кращих результатів.

Таблиця 3.2

**Середньомісячний дохід та витрати на 12 ідеальних медичних практик
з одним лікарем**

ДОХІД ЗА МІСЯЦЬ	\$17,829
Хворих на добу	11
Днів на тиждень	4.6
Тижнів на місяць	4.05 (48.6 per year)
Середня компенсація за відвідування	\$87
ВИТРАТИ НА МІСЯЦЬ	\$7,562
Співробітник	\$2,160
Недбалість	\$797
Оренда	\$1,547
Позики	\$534
Телекомунікації	\$286
Медичне приладдя	\$358
Збори/комісії	\$126
Виставлення рахунків	\$297
Офісне приладдя	\$124
СМЕ	\$166
Офісне програмне забезпечення	\$148
Страховання бізнесу	\$130
Бухгалтер/юридичні послуги	\$103
Маркетинг	\$80
Комп'ютерна технічна підтримка	\$172
Комп'ютерне обладнання	\$90
Особисте/сімейне страхування	\$238
Страховання на випадок інвалідності/життя	\$98
Автостраховання	\$83
Інше страхування	\$25
	\$10,267
ЧИСТИЙ ДОХІД ЗА МІСЯЦЬ	(\$123,204 per year)

Переглядаючи фінансові дані для цих 12 мікропрактик, важливо визнати, що, хоча ця модель є фінансово стійкою для багатьох, вона є складною в певних середовищах через величезні варіації в платіжних ставках і політиках платників, рівнях зловживань і вартості життя. Наприклад, середня місцева оплата за відвідування 99214 може коливатися від 62 доларів США в одному регіоні Сполучених Штатів до понад 140 доларів США в іншому. Подібним чином лікар у Юджині, штат Орегон, може платити 1000 доларів на рік за страхування від недбалості, тоді як інший лікар у Чикаго може платити 35 000 доларів (не враховуючи акушерських та спеціальних процедур).

Фінансова картина цих практик ще більше ускладнюється тим фактом, що більшість із них відкриті менше п'яти років і ще не досягли фінансової зрілості. Внаслідок виконаного дослідження зроблено висновки щодо ефективності, доступності, якості та догляду.

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ

Підвищення ефективності медичного обслуговування можливе, якщо ви зосередитеся на правильних стратегіях. Сьогодні медична практика стикається з більшою кількістю проблем, ніж будь-коли. Ось способи, за допомогою яких медичні кабінети можуть підвищити ефективність: від підвищення рівня задоволеності пацієнтів до вибору та впровадження найкращих втручань. Нові комп'ютерні технології та цифровізація покращили досвід роботи з пацієнтами із широкомасштабними довгостроковими перевагами.

Гарний досвід пацієнта можливий лише в організованому медичному кабінеті. Це дасть змогу підвищити його ефективність.

Медичні працівники мають завдання, які потрібно виконати, і процеси, яких необхідно дотримуватися. Те, як ці завдання та люди поєднуються разом, безпосередньо впливає на досвід пацієнта. Ефективність падає, коли ці завдання та процеси стають дезорганізованими, втрачаючи дорогоцінний для всіх час. Підвищення ефективності медичного кабінету, для покращення роботи

медичних працівників і для пацієнтів можливо покращити із запровадженням новітніх технологій, що пропонує кращий досвід зарубіжжя. Ми вчимося на приведених прикладах, покликаних продемонструвати життєздатність моделі ідеальної медичної практики.

ВИСНОВКИ

Вивчення багатогранних аспектів ефективності і якості надання медичної допомоги і послуг, як на теоретичному, так практичному рівнях дуже далекі від завершення. Не вдаючись до подробиць зростаючого акценту на медсестринстві, перевірених стратегіях залучення лікарів, фінансових стимулів, обмін кращими практиками, бенчмаркінгу, як постійного оцінювання за еталонними показниками та його видів (внутрішній, зовнішній, функціональний, загальний, стратегічний), правової корекції визначення ефективності і якості у поточній реформі охорони здоров'я у нашій кваліфікаційній роботі ми зосередилися на цих двох дефініціях в аспекті первинної медичної допомоги, як основної ланки у ланцюгу багаторівневої медичної допомоги. А саме на тих тісно поєднаних сферах, що є найбільш важливими і болючими – ефективності і якості. Внаслідок проведеної нами роботи встановлено, що ні наукові джерела, ні практичні фактори не дають вичерпної дефініції категоріям «доступність, ефективність і якість». Тому у своїх пропозиціях ми зупиняємось на моделі ідеальної медичної практики: підвищення ефективності, якості та відносин між лікарем і пацієнтом і наводимо, на наш розсуд, практичного визначення цим поняттям.

1. **Ефективність.** Ефективний дизайн практики, включаючи розумне використання технологій і покращений робочий процес, зменшує потреби в персоналі та дозволяє ідеальній медичній практиці зменшити накладні витрати. Хоча накладні витрати в типовій сімейній практиці становлять приблизно 60 відсотків доходу, накладні витрати в ідеальних медичних практиках становлять у середньому майже 35 відсотків.

Через зменшення накладних витрат цим практикам потрібно приймати менше пацієнтів, щоб покрити свої витрати. Завдяки цьому лікарі можуть проводити більше часу зі своїми пацієнтами та відчувати більший контроль, а також уникають руйнівних наслідків «втоми продуктивності».

2. **Доступ.** В ідеальній медичній практиці кожен аспект практики розроблений відповідно до потреб пацієнта, а головною метою є покращення стосунків між лікарем і пацієнтом. Безперешкодний доступ є критично важливим компонентом. Це вимагає, щоб практики пропонували запис на прийом у той же день і були легко доступними для пацієнтів телефоном або електронною поштою.

3. **Якість.** Треті сторони намагаються виміряти якість нашої практики, але часто використовують підозрілі методології або переглядають крихітні групи наших пацієнтів. Ключовим кроком у контролі над нашими методами є контроль над вимірюванням, тобто вимірювання самих себе, щоб зрозуміти, як ми працюємо, і продемонструвати свою цінність іншим. Ідеальна медична практика вбудовує якісне вимірювання в усі взаємодії з пацієнтом, використовуючи кілька ключових показників, які зосереджені не лише на тому, «що є проблемою» з пацієнтом, але й на тому, «що важливо» для пацієнта. Наприклад, ми виявили, що в поточні мікропрактики близько 60 відсотків пацієнтів із хронічними захворюваннями повідомляють, що їм «багато» допомогли жити зі своїми хворобами; у типових практиках лише 35 відсотків повідомляють про таку велику допомогу.

4. **Координація догляду.** Ми знаємо з національного використання HowsYourHealth.org (безкоштовний онлайн-інструмент опитування здоров'я), що близько 40 відсотків американців віком від 50 до 69 відвідують спеціалістів на додаток до свого лікаря первинної медичної допомоги. Після того, як ініційовано направлення, візити спеціаліста та повторні візити можуть почати своє життя.

Думки пацієнта: ідеальні медичні практики проти звичайної практики. Переглядаючи відповіді пацієнтів щодо 50 практик (12 ідеальних медичних практик і 38 практик «звичайного догляду»), ми виявили, що пацієнти ідеальних медичних практик загалом повідомляють про кращий догляд. Наведені тут дані взято з <http://www.howsyourhealth.org> і відображають 25-75-й процентів відповідей. Звіти пацієнтів про свій досвід медичної допомоги є

важливими, оскільки вони, як правило, корелюють з клінічними результатами пацієнтів.

Щоб зменшити витрати, неефективність і фрагментацію медичної допомоги ідеальні медичні практики починають агресивно стандартизувати та контролювати направлення до інших спеціалістів та подальше спостереження. Наприклад, переглянувши дані про 238 пацієнтів віком 50+ із восьми практик, ми виявили, що майже 30 відсотків пацієнтів, які пройшли візит за направленням, сказали, що це не дуже допомогло, але більшість продовжували отримувати подальше лікування за направленням спеціаліст. Ці висновки свідчать про те, що практикам первинної медичної допомоги необхідно краще керувати доглядом за багатьма своїми пацієнтами, і це може заощадити значні долари на охорону здоров'я. Ідеальні медичні практики мають потенціал для виконання цієї важливої роботи.

Незалежно від того, чи необхідно перепланувати свою поточну практику чи заснувати нову, ми сподіваємося, що уроки та принципи, отримані з цих ранніх ідеальних медичних практик, допоможуть оснастити їх та надихнути на впровадження.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Health Care in Ukraine. URL: <https://www.rvo.nl/sites/default/files/2019/03/Health-Care-in-Ukraine.pdf> (дата звернення: 03.12.2022).
2. Ofitsiynyy sayt Derzhvnoyi sluzhby statystyky Ukrainy [Official website of the State Statistics Service of Ukraine]. 2019. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/operativ> (дата звернення: 04.12.2022).
3. Bohomolets O. 2017. liveam.tv/subektivnye-itogi-dnya.html. URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/newshlobalnyi-index-bezpeky-zdorovya/30235911.html>. (дата звернення: 12.2022).
4. Nashi mediky vyezzhayut za hranitsu [Our healthcare specialists are traveling abroad]. 2017. URL: https://gazeta.ua/ru/articles/commentsnewspaper/_nashi-mediki-vyezzhayut-za-granicu/235847 (дата звернення: 05.12.2022).
5. Shkrobanets I.D., Biduchak A.S., Kardash E.V. Study of public opinion of patients concerning availability, satisfaction of rendering medical services and attitude to reforming public health. *Clinical and experimental pathology*. 2013; 12(4): 155–7.
6. Ukraina na 94-mu mistsi zi 195 v Hlobalnomu indeksi bezpeky zdorobya [Ukraine took the 94th place out of the 195 places in the Global Health Security Index]. 2019. URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/newshlobalnyi-index-bezpeky-zdorovya/30235911.html> (дата звернення: 05.12.2022).
7. Ofitsiynyy sayt Ministerstva okhorony zdorovya Ukrainy [Official website of the Ministry of Health of Ukraine]. URL: <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/> (дата звернення: 05.12.2022).
8. Melnychenko O.A., Udovychenko N.M. Metody ta zasoby publichnoho upravlinnya rozvytkon sfery okhorony zdorovya [Methods and Tools of Public Administration of the development of Healthcare]. *Bulletin of National university of Civil defence of Ukraine. (State management)*. 2018;1:154–162. <https://DOI.org/10.5281/zenodo.1240832> (дата звернення: 02.12.2022).

9. Ruden V.V. An innovative technology «The audit of health status of individuals/community» at the primary level of medical care as a basis in the process of transformation of the medical branch to economic methods of population health management under the conditions of decentralization in Ukraine. *AML*. 2017; 23:65–71. <https://DOI.org/10.25040/aml2017.03.065> (дата звернення: 12.2022).

10. Simonet D. The New Public Management Theory in the British Health Care System: A Critical Review. *Administration & Society*. 2013;6. <https://DOI.org/10.1177/0095399713485001> (дата звернення: 03.12.2022).

11. Mei J., Kirkpatrick I. Public hospital reforms in China: towards a model of new public management? *International Journal of Public Sector Management*. 2019; 32(4): 352-66. <https://DOI.org/10.1108/IJPSM-03-2018-0063> (дата звернення: 01.12.2022).

12. Tabriz J.S., Goshayie E.H., Doshmangir L., Yousefi M. New public management in Iran's health complex: a management framework for primary health care system. Cambridge University Pres. 2018. <https://DOI.org/10.1017/S1463423617000767> (дата звернення: 01.12.2022).

13. Simonet D. The New Public Management Theory in the British Health Care System: A Critical Review. *Administration & Society*. 2013;6. <https://DOI.org/10.1177/0095399713485001> (дата звернення: 01.12.2022).

14. The medical reform: realities and prospects for Ukraine. URL:

<https://wiadlek.pl/wp-content/uploads/archive/2021/WLek202105130.pdf>

15. Health Care in Ukraine. URL: <https://www.rvo.nl/sites/default/files/2019/03/Health-Care-in-Ukraine.pdf> (дата звернення: 03.12.2022).

16. The impact of the war on the healthcare system in Ukraine. URL: <https://blogs.bmj.com/bmjgh/2022/08/09/the-impact-of-the-war-on-the-healthcare-system-in-ukraine/> (дата звернення: 03.12.2022).

17. Медреформа по-українски: с больної голови на здорову. URL:

<https://commons.com.ua/uk/medreforma-po-ukrainski/> (дата звернення: 28.10.2022).

18. Розпорядження КМУ від 30 листопада 2016 р. № 1013-р Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/249626689> (дата звернення: 16.11.2022).

19. WHO World Bank Joint Report. 2019. URL: https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf (дата звернення: 03.12. 2022).

20. Order of the Ministry of Health of Ukraine #1977 “About introducing changes to the Guide of qualification characteristics of employees professions. Issue 78 “Health Care” dated November 31, 2019. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-31102018--1977-pro-vnesennja-zmin-dovidnika-kvalifikacijnih-harakteristik-profesij-pracivnikiv-vipusk-78-ohorona-zdorovja>. (дата звернення: 03.12. 2022).

21. Romaniuk P, Semigina T. Ukrainian health care system and its chances for successful transition from Soviet legacies. *Global Health*. 2018 DOI: 10.1186/s12992-018-0439-5. [PMC free article] (дата звернення: 05.12. 2022).

22. Romaniuk P, Semigina T. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743–1748. DOI: 10.1001/jama.1988.03410120089033 (дата звернення: 02.12. 2022).

23. Gardner K, Mazza D. Quality in general practice: definitions and frameworks. *AFP*. 2012; 41(3):151–154.

24. Mosadeghrad AM. Healthcare service quality: towards a broad definition. *Int J Health Care Qual Assur*. 2013;26(3):203–219. DOI: 10.1108/09526861311311409 (дата звернення: 03.12. 2022).

25. Kim J, Han W. Improving service quality in long-term care hospitals: National evaluation on long-term care hospitals and employees perception of quality dimensions. *Osong Public Health Res Perspect*. 2012;3(2):94–99. DOI: 10.1016/j.phrp.2012.04.005. [PMC free article] (дата звернення: 03.12. 2022).

26. Marjoua Y, Bozic KJ. Brief history of quality movement in US healthcare. *Curr Rev*. 2012;5(4):265–273. [PMC free article].

27. Gauld R, Horsburgh S. Healthcare professional perspectives on quality and safety in New Zealand public hospitals: findings from a national survey. *Aust Health Rev.* 2013;38(1):109–114. DOI: 10.1071/AH13116 (дата звернення: 06.12.2022).

28. Mosadeghrad AM. Healthcare service quality: towards a broad definition. *Int J Health Care Qual Assur.* 2013;26(3):203–219. DOI: 10.1108/09526861311311409 (дата звернення: 03.12. 2022).

29. Peabody JW, Luck J, DeMaria L, Menon R. Quality of care and health status in Ukraine. *BMC Health Serv Res.* 2014;14(1):57–65. DOI: 10.1186/1472-6963-14-446. [PMC free article] (дата звернення: 03.12. 2022).

30. Gauld R, Horsburgh S. Healthcare professional perspectives on quality and safety in New Zealand public hospitals: findings from a national survey. *Aust Health Rev.* 2013;38(1):109–114. DOI: 10.1071/AH13116. (дата звернення: 03.12. 2022).

31. Cunningham BA, Marsteller JA, Romano MJ, Carson KA, Noronha GJ, McGuire MJ, Yu A, Cooper LA. Perceptions of health system orientation: quality, patient centeredness, and cultural competency. *Med Care Res Rev.* 2014;71(6):559–579. doi: 10.1177/1077558714557891. (дата звернення: 03.12. 2022).

32. Farr M, Cressey P. Understanding staff perspectives of quality in practice in healthcare. *BMC Health Serv Res.* 2015 DOI: 10.1186/s12913-015-0788-1. [PMC free article] (дата звернення: 04.12. 2022).

33. Drugus D, Oprean C, Azoicai D. STUDY ON HEALTH PROFESSIONALS' PERCEPTION OF QUALITY OF HEALTHCARE PROVIDED TO PATIENTS. *The Medical-Surgical Journal.* 2015;119(2):517–521. (дата звернення: 03.12. 2022).

34. Leggat SG, Karimi L, Bartram T. A path analysis study of factors influencing hospital staff perceptions of quality of care factors associated with patient satisfaction and patient experience. *BMC Health Serv Res.* 2017 DOI: 10.1186/s12913-017-2718-x. [PMC free article] (дата звернення: 03.12. 2022).

35. Wei H, Corbett RW, Rose MA, Wei TL. Parents' and healthcare professionals' perceptions of the quality of care: A PITSTOP model of caring. *Nurs*

Forum. 2019;54(4):661–668. DOI: 10.1111/nuf.12391. [PubMed] (дата звернення: 03.12. 2022).

36. Sbarouni V, Tsimtsiou Z, Symvoulakis E, Kamekis A, Petelos E, Saridaki A, Papadakis N, Lionis C. Perceptions of primary care professionals on quality of services in rural Greece: a qualitative study. *Rural. Remote. Health.* 2012. URL: <https://www.rrh.org.au/journal/article/2156> (дата звернення: 03.12. 2022).

37. Syah NA, Roberts C, Jones A, Trevena L, Kumar K. Perceptions of Indonesian general practitioners in maintaining standards of medical practice at a time of health reform. *Fam Pract.* 2015;32(5):584–590. DOI: 10.1093/fampra/cmν057. [PubMed] (дата звернення: 03.12. 2022).

38. Hiltz L, Howard M, Price D, Risdon C, Agarwal G, Childs A. Helping primary care teams emerge through a quality improvement program. *Fam Pract.* 2013;30(2):204–211. DOI: 10.1093/fampra/cms056. [PubMed] (дата звернення: 03.12. 2022).

39. Papp R, Borbas I, Dobos E, Bredehorst M, Jaruseviciene L, Vehko T, Balogh S. Perceptions of quality in primary health care: perspectives of patients and professionals based on focus group discussions. *BMC Fam Pract.* 2014;15:128. DOI: 10.1186/1471-2296-15-128. [PMC free article] (дата звернення: 03.12. 2022).

40. Krztoń-Królewiecka A, Oleszczyk M, Schäfer WL, Boerma WG, Windak A. Quality of primary health care in Poland from the perspective of the physicians providing it. *BMC Fam Pract.* 2016 DOI: 10.1186/s12875-016-0550-8. [PMC free article] (дата звернення: 03.12. 2022).

41. Sbarouni V, Tsimtsiou Z, Symvoulakis E, Kamekis A, Petelos E, Saridaki A, Papadakis N, Lionis C. Perceptions of primary care professionals on quality of services in rural Greece: a qualitative study. *Rural. Remote. Health.* 2012. URL: <https://www.rrh.org.au/journal/article/2156> (дата звернення: 01.12.2022).

42. Syah NA, Roberts C, Jones A, Trevena L, Kumar K. Perceptions of Indonesian general practitioners in maintaining standards of medical practice at a time of health reform. *Fam Pract.* 2015;32(5):584–590. DOI: 10.1093/fampra/cmν057 (дата звернення: 01.12.2022).

43. Hiltz L, Howard M, Price D, Risdon C, Agarwal G, Childs A. Helping primary care teams emerge through a quality improvement program. *Fam Pract.* 2013;30(2):204–211. DOI: 10.1093/fampra/cms056 (дата звернення: 01.12.2022).

44. Papp R, Borbas I, Dobos E, Bredehorst M, Jaruseviciene L, Vehko T, Balogh S. Perceptions of quality in primary health care: perspectives of patients and professionals based on focus group discussions. *BMC Fam Pract.* 2014;15:128. doi: 10.1186/1471-2296-15-128. [PMC free article] (дата звернення: 03.12. 2022).

45. Krztoń-Królewiecka A, Oleszczyk M, Schäfer WL, Boerma WG, Windak A. Quality of primary health care in Poland from the perspective of the physicians providing it. *BMC Fam Pract.* 2016 DOI: 10.1186/s12875-016-0550-8. [PMC free article] (дата звернення: 01.12. 2022).

46. Jung HP, Wensing M, Olesen F, Grol R. Comparison of patients' and general practitioners' evaluations of general practice care. *Qual Saf Health Care.* 2002;11(4):315–319. doi: 10.1136/qhc.11.4.315. [PMC free article] (дата звернення: 04.12. 2022).

47. Luck J, Peabody JW, DeMaria LM, Alvarado CS, Menon R. Patient and provider perspectives on quality and health system effectiveness in a transition economy: evidence from Ukraine. *Soc Sci Med.* 2014;114:57–65. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.05.034. [PubMed] (дата звернення: 03.12. 2022).

48. Lekhan VN, Rudyi VM, Shevchenko MV, Nitzan Kaluski D, Richardson E. Ukraine: Health system review. *Health Syst Transit.* 2015;17:2.

49. Taylor T, Scott A. Do physicians prefer to complete online or mail surveys? Findings from a national longitudinal survey. *Eval Health Prof.* 2019;42(1):41–70. DOI: 10.1177/0163278718807744. (дата звернення: 03.12. 2022).

50. Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. Geneva: World Health Organization. 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0

IGO. https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/qhc/nqps_handbook/en/ (дата звернення: 02.12. 2022).

51. Shea CM, Turner K, Albritton J, Reiter KL. Contextual factors that influence quality improvement implementation in primary care: the role of organizations, teams, and individuals. *Health Care Manage Rev.* 2018;43(3):261–269. DOI: 10.1097/HMR.000000000000194. [PMC free article]

52. Busse R, Klazinga N, Panteli D, Quentin W. Improving healthcare quality in Europe Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies.

2019. URL: <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/improving-healthcare-quality-in-europe-characteristics,-effectiveness-and-implementation-of-different-strategies-2019>. (дата звернення: 04.12. 2022).

53. Order of the Ministry of Health of Ukraine #752 “About the procedure of quality control of medical help” dated September 28, 2012. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text>. (дата звернення: 03.12. 2022).

54. Draper AK. The principles and application of qualitative research. *Proceedings of the nutrition society.* 2004;63(4):641–646. DOI: 10.1079/PNS2004397 (дата звернення: 03.12. 2022).

55. The perception of health care quality by primary health care managers in Ukraine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9271244/>

56. Busse R, Klazinga N, Panteli D, Quentin W. Improving healthcare quality in Europe Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies.

2019. URL: <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/improving-healthcare-quality-in-europe-characteristics,-effectiveness-and-implementation-of-different-strategies-2019> (дата звернення: 01.12.2022).

57. Anufriyeva V, Stepurko T, Raab M, Groot W. Education opportunities for health care managers in Ukraine: implications for the new programs. Project policy brief. Ukrainian-Swiss Project “Medical Education Development.” 2019. URL: <https://mededu.org.ua/en/library> (дата звернення: 30.11. 2022).

58. Ukrainian-Swiss project “Medical Education Development”. URL: <https://mededu.org.ua/en/news>. (дата звернення: 30.11. 2022).

59. Vallejo-Torres L, Morris S. Primary care supply and quality of care in England. *The Eur J Health Econ.* 2018;19(4):499–519. DOI: 10.1007/s10198-017-0898-2. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] (дата звернення: 03.12. 2022).

60. How is it working? A new approach to measure governance in the health system in Ukraine. 2015. URL: <http://health-rights.org/index.php/cop/item/how-is-it-working-a-new-approach-to-measure-governance-in-the-health-system-in-ukraine>. (дата звернення: 03.12. 2022).

61. Accessing health care in Ukraine after 8 months of war: The health system remains resilient, but key health services and medicine are increasingly unaffordable. URL: <https://www.who.int/europe/news/item/24-10-2022-accessing-health-care-in-ukraine-after-8-months-of-war--the-health-system-remains-resilient--but-key-health-services-and-medicine-are-increasingly-unaffordable> (дата звернення: 01.12.2022).

62. Strategies For Improving Healthcare Efficiency. URL: <https://www.healthworkscollective.com/5-strategies-for-improving-healthcare-efficiency/> (дата звернення: 02.12.2022).

63. Cloud-based healthcare software for more efficient. URL: <https://www.dolbeyspeech.com/fusion-narrate/> (дата звернення: 05.12.2022).

64. 8 способів підвищити ефективність вашого медичного кабінету : URL: <https://www.dolbeyspeech.com/blog/improve-medical-office-efficiency/> (дата звернення: 06.12.2022).