

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

ЖИТОВ ІГОР АНДРІЙОВИЧ
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК 351.77:614.2
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
В КОНТЕКСТІ ЗАРУБІЖНОГО ДОСВІДУ
(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

І. А. ЖИТОВ
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи
СКИДАН Олег Васильович
(прізвище, ім'я, по батькові)
доктор економічних наук, професор
(науковий ступінь, вчене звання)

Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

за результатами попереднього захисту: **ЖИТОВА Ігоря Андрійовича**
допущено до захисту.

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

Завідувач кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

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

_____ (підпис)

Валентина ЯКОБЧУК
(власне ім'я, прізвище)

«_____» грудня 2023 р.

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти **ЖИТОВ Ігор Андрійович** _ захистила
(прізвище ,ім'я, по батькові)

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

Секретар ЕК

_____ - _____
(науковий ступінь, вчене звання)

_____ (підпис)

Настасія ПУГАЧОВА
(власне ім'я, прізвище)

АНОТАЦІЯ

ЖИТОВ І. А. Управління якістю надання медичної допомоги в контексті зарубіжного досвіду. – Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Науково-професійна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». – Поліський національний університет, Житомир, 2023.

У роботі представлено теоретичне узагальнення та обґрунтування вирішення існуючих проблем у системі охорони здоров'я України щодо питання якості надання медичної допомоги з урахуванням зарубіжного досвіду. Відмічено, що незважаючи на процес реформування національної системи охорони здоров'я, існуючи прогресивні зміни, які відбуваються в Україні останніми роками, сьогодні існує потреба в удосконаленні управління якістю медичної допомоги та розробці пропозицій щодо імплементації окремих позицій сучасних світових тенденцій у медицині в українську систему охорони здоров'я. Проаналізовано існуючі у світі моделі управління якістю надання медичних послуг. Розглянуто особливості формування вітчизняної системи управління якістю медичної допомоги та запровадження окремих елементів існуючих зарубіжних моделей у сферу медичного обслуговування в країні. Відмічено, що для покращення ефективності надання медичних послуг є необхідність розробки та впровадження власної системи медичного страхування з урахуванням соціально-економічного розвитку країни. Запропоновано варіанти, шляхи розв'язання проблеми управління якістю охорони здоров'я в Україні. Наведено основні пріоритетні напрямки щодо надання спеціалізованої медичної допомоги в Україні.

Ключові слова: якість медичної допомоги, медичні послуги, реформування, зарубіжний досвід, система управління якістю.

ANNOTATION

ZHYTOV I. Quality management of medical care in the context of foreign experience. – Qualification work on manuscript rights.

Scientific and professional work for obtaining a master's degree in specialty 281 «Public management and administration». – Polissia National University, Zhytomyr, 2023.

The work presents a theoretical generalization and justification of solving existing problems in the health care system of Ukraine regarding the issue of the quality of medical care, taking into account foreign experience. It was noted that despite the process of reforming the national health care system, with the progressive changes that have been taking place in Ukraine in recent years, today there is a need to improve the quality of medical care and develop proposals for the implementation of certain positions of modern world trends in medicine into the Ukrainian health care system health. The existing models of quality management of the provision of medical services in the world were analyzed. The peculiarities of the formation of the domestic system of managing the quality of medical care and the introduction of certain elements of existing foreign models into the field of medical care in the country are considered. It was noted that in order to improve the efficiency of the provision of medical services, there is a need to develop and implement an own system of medical insurance, taking into account the socio-economic development of the country. Variants and ways of solving the problem of healthcare quality management in Ukraine are proposed. The main priority directions for the provision of specialized medical care in Ukraine are given.

Key words: quality of medical care, medical services, reforms, foreign experience, quality management system.

ЗМІСТ

ВСТУП		6
РОЗДІЛ 1.	ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ УКРАЇНИ ТА КРАЇН СВІТУ	10
	1.1. Поняття систем управління медичною допомогою та її особливості в Україні	10
	1.2. Становлення систем управління медичною допомогою у провідних країнах світу: загальні засади	12
	1.3. Особливості формування системи управління якості медичної допомоги на сучасному етапі	20
	ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ	24
РОЗДІЛ 2.	ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МОДЕЛЕЙ УПРАВЛІННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	26
	2.1. Бенчмаркінг німецької моделі управління якості медичної допомоги	26
	2.2. Оцінка переваг англійської моделі (Беверідж) управління якості надання медичних послуг	29
	2.3. Проблеми управління формування змішаної моделі медичного обслуговування в Україні	31
	ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ	33
РОЗДІЛ 3.	НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ УПРАВЛІННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	34
	3.1. Покращення інтерпретації вибору моделі системи управління якістю охорони здоров'я з врахуванням зарубіжного досвіду	35
	3.2. Стратегічні пріоритети управління якістю надання спеціалізованої медичної допомоги	38
	ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ	43
	ВИСНОВКИ	46
	СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	47
	ДОДАТКИ	53

ВСТУП

Актуальність теми. Аналіз існуючих систем охорони здоров'я різних країн свідчить про відсутність у світі доскональної, раціональної, стійкої і довершеної системи охорони здоров'я [1]. Сьогодні кожна країна світу стикається з проблемою якості надання медичних послуг, реалізації права кожного громадянина своєї держави на охорону здоров'я. Усі країни світу різняться організацією систем охорони здоров'я. Незважаючи на більш-менш стійку національну систему охорони здоров'я, кожна країна прагне до вдосконалення якості та ефективності надання медичних послуг, збільшення витрат на охорону здоров'я, проте підходи до їх вирішення суттєво відрізняються. Мета різних країн щодо покращення управління якістю медичної допомоги базується на спільних для них цінностях, зокрема розумінні необхідності збереження здоров'я своїх громадян, адже здорова нація є запорукою успішності кожної держави.

Система охорони здоров'я України суттєво відстає від розвинутих країн світу за різними показниками, серед яких середня очікувана тривалість життя, тривалість життя, смертність, дитяча смертність, боротьба з інфекційними, гострими та хронічними захворюваннями та ін. Незважаючи на це, країна витрачає значну частину внутрішнього валового продукту на медицину. Варто відмітити, що незважаючи на процес реформування національної системи охорони здоров'я, існуючи прогресивні зміни, які відбуваються в Україні останніми роками, є потреба пертурбації медичної системи на всіх її рівнях, і це стосується передусім системи надання медичних послуг в клінічних умовах, бо саме вона призначена забезпечити країну кваліфікованими спеціалістами в різні галузях медичної допомоги.

Медична реформа, яка була проведена в Україні тільки частково вирішила питання доступності та якості медичних послуг, і тому наразі є нагальна потреба у подальшому її вдосконаленні на всіх рівнях.

Отже, для здійснення успішної медичної реформи, є потреба у вивченні зарубіжного досвіду управління якістю медичної допомоги та розробці пропозицій щодо імплементації окремих позицій в українську систему охорони здоров'я, це й обумовлює актуальність наших досліджень.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Питання вирішення проблем діяльності системи управління якістю медичної допомоги в Україні в контексті зарубіжного досвіду не є новими. Відповідну проблематику вивчали багато вітчизняних дослідників таких як Г. Муляр, 2020, В. І. Темерицький, 2019, С. В. Книш, 2019, Д. О. Гомон, 2018, Б. О. Логвиненко, 2018, В. М. Лехан, Л. В. Крячкова і В. В. Волчек, 2016, Л. М. Руснак, 2016, Н. В. Шевчук, 2015 та ін. Так, наприклад Н. В. Шевчук [2], висвітлила в своїх працях адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я на регіональному рівні в контексті страхової медицини, Д. М. Гомон [3] досліджувала організаційно-правове забезпечення охорони здоров'я таких країн як Грузія, Вірменія, Німеччина, Франція, США та Японія. Л. М. Руснак [4] вивчала досвід європейських країн забезпечення права на охорону здоров'я. Важливо відмітити праці Б. О. Логвіненко [5], в яких ним проаналізовано основні моделі публічного адміністрування у сфер охорони здоров'я. Проте, незважаючи на ґрунтовне висвітлення проблем управління якістю надання медичної допомоги в країні з урахуванням зарубіжного досвіду, існує потреба подальшої розробки та здійснення комплексного дослідження системи охорони здоров'я в контексті впровадження досвіду розвинених країн світу та використанням сучасних світових тенденцій у медицині.

Метою кваліфікаційної роботи є дослідження механізмів управління якістю медичної допомоги України в контексті зарубіжного досвіду.

Для досягнення мета було поставлені наступні завдання :

1. Розглянути поняття систем управління медичною допомогою та її особливості в Україні;
2. Дослідити загальні засади формування системи управління медичною допомогою у провідних країнах світу;

3. Проаналізувати формування системи управління якістю медичної допомоги на сучасному етапі;
4. Провести аналіз та оцінку досвіду зарубіжних країн із різними моделями управління охорони здоров'я щодо надання медичних послуг;
5. Здійснити вибір моделі системи управління якістю охорони здоров'я на основі зарубіжного досвіду;
6. Розробити напрямки впровадження в Україні нової моделі управління якістю охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження – якість медичної допомоги в Україні та світі.

Предмет дослідження – застосування зарубіжного досвіду у процесі розробки системи управління якістю медичної допомоги.

Практична значущість виконаного дослідження полягає в можливостях використання теоретичних та практичних розробок в діяльності медичних закладів та розробці рекомендацій для практикуючих спеціалістів у сфері управління. Матеріали дослідження можуть бути використанні в практиці роботи вищих навчальних закладів України, а також для самостійних розробок.

Методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань було проведено узагальнення та аналіз спеціальної науково-методичної літератури в сфері медицини, менеджменту, державного управління, системний підхід та системний аналіз, процесний підхід.

Наукова новизна роботи полягає у здійсненні порівняльного аналізу існуючих закордонних моделей управління якістю надання медичних послуг, та зазначено, що багаторівнева модель вітчизняної системи управління якістю є науково обґрунтованою, проте є потреба в застосування власної системи медичного страхування з урахуванням соціально-економічного розвитку країни. Відзначено, що система стандартів на галузевому рівні адаптована до міжнародних систем управління якістю, сформована організаційна структура управління охорони здоров'я України пристосована до реалізації завдань у галузі планування якісної медичної допомоги щодо забезпечення ефективності управлінських рішень задля систематичного підвищення її якості. Встановлено

необхідність впровадження нової моделі управління якістю задля підняття продуктивності системи охорони здоров'я України в цілому.

Апробація результатів : За результатами проведених досліджень опубліковано три наукових праці у збірниках вітчизняних і міжнародних науково-практичних конференцій :

1. Науково-практична конференція: «Студентські наукові читання – 2022» за результатами I туру Житомир: Поліський національний університет, 2022.

2. «Modern Movement o Science»: Proceedings of the 15th International Scientific and Practical Internet Conference, October 19-20, 2023. Dnipro, Ukraine, 2023.

3. Global Society in Formation of New Security System and World Order» Proceedings of the 2nd International Scientific and Practical Internet Conference, July 27-28, 2023. Dnipro, Ukraine, 2023.

Структура й обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, основної частини із трьох розділів, висновків, списку літератури, котрий містить 54 джерела. Текст проілюстрований двома рисунками.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ОБҐРУНТУВАННЯ ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ УКРАЇНИ ТА КРАЇН СВІТУ

1.1. Поняття системи управління медичною допомогою та її особливості в Україні

Сьогодні якість медичної допомоги передбачає певний рівень стандартів, який формується ресурсним забезпеченням і задається конкретними параметрами [6]. Подібно іншим поняттям якості в інших сферах людської діяльності, її оцінка має відповідати очікуваному рівню та меті. Якість медичної допомоги може оцінюватись на двох окремих рівнях : одного пацієнта та населення загалом [7, 8]. На рівні окремого пацієнта або на мікрорівні ця оцінка зосереджена на послугах для кожного хворого та результатах їх надання. На популяційному або макрорівні оцінка якості медичної допомоги включає такі показники як очікувана тривалість життя, дитяча смертність, захворюваність і поширеність певних захворювань [7]. Будь-яка медична допомога мусить бути своєчасною, безпечною, ефективною, якісною і справедливою та орієнтуватись на пацієнта [9].

Предметом цивільно-правових відносин із надання медичної допомоги є здоров'я людини, яке являється нематеріальним, базовим благом, невіддільним від особи і не може бути передане чи припинене з будь-яких причин. Носій здоров'я володіє правом, розпоряджатися та користуватися своїм фізичним тілом, він може вільно мати стосунки з іншими людьми за певних умов. В медичному праві основним питанням яке розглядається є нормативно-правовий захист прав людини у сфері медичної діяльності [5].

Успішність динамічного розвитку як медичного права, так і держави зокрема, значною мірою залежить від якості правової бази привілей людини у галузі охорони здоров'я, того, наскільки кожна особа може реалізувати надані їй права. Досвід багатьох країн, включаючи Україну, демонструє відсутність

чіткого відображення зразкового і ґрунтового законодавства на кожному конкретному правовому статусі людини [5].

Може бути багато причин, але ключовим є невирішеність питань у забезпеченні прав людини в сфері медичної діяльності. Тобто, якісно виконані, але не підкріплені чіткою системою правових стандартів у медичній сфері мають лише декларативний характер, тобто стандарти, які не мають чіткої системи їх виконання та захисту [5].

Права людини у сфері охорони здоров'я – це положення, що містяться в міжнародних і національних нормативно-правових актах, які гарантують охорону здоров'я людини та надання медичної допомоги у разі захворювання. Серед міжнародних правових документів, містяться положення про права громадян в медичній діяльності. Згідно загальної декларації прав людини, яка була прийнята в 1948 р. на третій сесії Генеральної Асамблеї ООН [10], кожен має право на гідне життя, включаючи їжу, одяг, житло, медичну допомогу, соціальні послуги, необхідні для здоров'я та благополуччя його та своєї родини, а також право на безробіття, допомогу, хворобу, інвалідність, вдовство, старість або іншу втрату можливостей до існування через незалежні від неї обставини. Материнство та дитинство мають право на особливе піклування, допомогу та турботу. Всі діти, народжені в шлюбі та поза ним, безперечно мають право користуватися соціальним захистом [10].

Розглядаючи теоретико-правовий поділ прав на об'єктивні (встановлені, гарантовані та забезпечуються державою) та суб'єктивні (міра юридично можливої поведінки), слід усвідомлювати, що наведене визначення прав людини в медичній сфері є різновидом об'єктивних прав людини [11]. При цьому не менш важливим є орієнтування в проблематиці суб'єктивних правових аспектів у медичній галузі. В зв'язку з цим можливо визначити суб'єктивне право особи у сфері медичної діяльності, яке розуміється як обсяг можливостей в поведінці людини, спрямованих на використання правових норм, що містяться в положеннях про охорону здоров'я [12]. У держав із високим соціальним забезпеченням, до яких без сумніву прагне Україна,

особлива увага приділяється питанню правового захисту суб'єктивних прав людини.

Відповідно до адміністративного права України, контроль за діяльністю в кожній сфері здійснюється шляхом громадського, позавідомчого та відомчого контролю [13]. Таким чином, система управління якістю медичної допомоги охоплює всі перераховані вище види контролю. Суб'єктами контролю є уповноважені органи поза медичним закладом (зовнішній контроль), адміністрація, керівники відділень та структурних підрозділів – в самих закладах охорони здоров'я безпосередньо здійснюється внутрішній контроль. Функції суб'єктів позавідомчого контролю якості медичної допомоги здійснює прокуратура України та органи до діяльності яких належить захист прав споживача з можливістю встановлення владних рішень, також страхові компанії – на підставі укладених договорів з надавачами та споживачами медичних послуг. Якість медичної допомоги контролюється громадським контролем, а саме громадськими організаціями, громадянами зі зверненням до органів влади та керівників установ медичної галузі з питань рівня якості медичних послуг, профільні медичні асоціації. Громадський контроль має рекомендаційний характер [2].

Внутрішній контроль якості, відповідно до чинних галузевих нормативних документів, здійснюється керівництвом та лікарськими комісіями закладів охорони здоров'я [13]. Традиційною практикою організаційної діяльності є виділення керівником закладу охорони здоров'я відповідних повноважень своїм заступникам та керівникам відділів або структурних підрозділів, щодо виконання контрольних функцій за окремими напрямками діяльності відповідних повноважень [13]. Сучасний підхід до внутрішнього контролю якості включає також здійснення аудитів і самооцінки системи управління якістю. Особливістю суб'єкта контролю в системі управління якістю є обов'язкове закріплення лікарів і молодших спеціалістів з медичною освітою (рівень самоконтролю) [4].

Наказом МОЗ України від 28.09.2012 р. №752 предметом перевірки є структурні, процедурні та результативні складові системи якості, зокрема кваліфікації спеціаліста, організація надання медичної допомоги, виконання рішень по управлінню з приводу якості послуг, дотримання стандартів, медичних протоколів, питань дефекти, небажані наслідки лікування та скарги громадян, забезпечення безпеки та прав пацієнта, дослідження думки громадян щодо отриманої медичної допомоги.

1.2. Становлення систем управління медичною допомогою у провідних країнах світу: загальні засади

Кожна країна, яка ратифікувала принаймні хоча б один міжнародний закон про права людини, в якому визнається право на охорону здоров'я, зобов'язується захищати це право в національному законодавстві, створення стійкої національної системи охорони здоров'я і підтримувати національний потенціал [1].

Реалізуючи право людини на охорону здоров'я, кожна країна світу керується трьома основними цілями діяльності її системи охорони здоров'я : збереженням здоров'я людей, лікування громадян і захист сім'ї від фінансової зубожіння через рахунки за лікування. В кожній країні безпосереднє здійснення прав на охорону здоров'я залежить від її державної політики у сфері медичної галузі. В даний час, у багатьох державах, політики, в межах своїх повноважень у сфері охорони здоров'я, створюють умови для організації і надання медичних послуг, убезпечування вільного доступу до високоякісних медичних послуг, доступ до ліків та вакцин реалізації дії, які допоможуть подолати проблеми, пов'язані із забезпеченням належного та економічно ефективного доступу до охорони здоров'я та медичних послуг [1].

Ефективність системи охорони здоров'я сильно впливає на здоров'я людини за мінімальних витрат. Головна мета будь-якої системи охорони здоров'я –

максимально покращити здоров'я. Нові епідеміологічні, демографічні та фінансові виклики посилюють необхідність узгодження систем охорони здоров'я з потребами населення громад. Якщо говорити про реалізацію прав людини на охорону здоров'я, необхідно звернути увагу на такі головні складові: доступ до медичної своєчасної допомоги, процес надання допомоги (профілактичне лікування, безпечний догляд, скоординований догляд та працевлаштування, уподобання пацієнта) адміністративна ефективність, справедливість щодо здоров'я та результатів (здоров'я населення, смертність і захворювання, пов'язані зі здоров'ям), фінансування. Ці складові в цілому характеризують рівень якості медичної допомоги визначають рівень якості надання медичної допомоги і функціонування системи охорони здоров'я. Слід зауважити, що ця допомога має бути вчасною, безпечною, справедливою та ефективною, орієнтованою на пацієнта [9]. За часту пацієнти не отримують необхідної і належної медичної допомоги, зокрема мають труднощі з оплатою за її надання, не завжди одержують інформацію щодо прийому спеціалістів. Згідно звіту Організації економічного співробітництва та розвитку Health at a Glance 2019: OECD Indicators («Здоров'я на перший погляд 2019 : показники ОЕСР»), приблизно кожна п'ята людина в світі, незважаючи на свої медичні потреби, не зверталася до лікаря [144].

Наявність належних ресурсів охорони здоров'я являється важливим фактором функціонування системи охорони здоров'я. При недостатньому фінансуванні системи охорони здоров'я, населення не має достатньо грошей, щоб оплатити медичне обслуговування чи задовольнити інші базові потреби. В наслідок цього, відсутній фінансовий захист може обмежити доступ до медичних послуг та допомоги, знизити рівень здоров'я, збільшити бідність, нерівномірність доступу до медичної допомоги населення та соціально-економічне розшарування. Проте, як показує практика функціонування системи охорони здоров'я багатьох країн світу, збільшення коштів не завжди призводить до гарних показників здоров'я, тому що важлива роль у цьому

належить економічній ефективності [15]. Витратити потрібно розумно, для того щоби забезпечити найкраще співвідношення ціни і якості [15].

Рейтинги світових організацій по визначенню найліпшої системи охорони здоров'я та забезпечення реалізації прав громадян на отримання якісної медичної допомоги, не дають однозначної відповіді, яка саме держава є світовим лідером у цій сфері. Переважно це обумовлено використанням різних критеріїв оцінювання. Наприклад, згідно з індексом добробуту, найефективнішою системою охорони здоров'я у 2019 році є Сінгапур, за ним йде Японія, а на третьому – Швейцарія. Система охорони здоров'я України посідає 114 місце [16]. Згідно з Global Health Security Index (Глобальний індекс безпеки здоров'я) у 2019 р. найкращими країнами світу є США, Велика Британія, Нідерланди та Австралія. Україна в цьому рейтингу посіла 94 місце [17]. Відповідно звіту European Healthcare Consumer Index (Європейський індекс споживачів охорони здоров'я) за 2018 р., системи охорони здоров'я таких країн як Нідерланди, Швейцарія та Норвегія посіли перше місце [18]. Зокрема, у цьому ж звіті встановлено, що найліпше забезпечення прав пацієнтів є у Нідерландах і Норвегії, доступність – у Швейцарії, результати лікування – у Фінляндії, Норвегії і Швейцарії, охоплення та доступ до медичних послуг – у Нідерландах і Швейцарії, профілактика на високому рівні в Норвегії, фармацевтичні препарати в Швеції та Німеччині [18].

У світі використовується декілька моделей функціонування медичної системи для забезпечення прав людини по реалізації охорони здоров'я, доступу до лікування та медичної допомоги. Відомо, що переважна більшість розвинених країн мають медичне страхування, що є досить своєрідною (специфічною) моделлю системи охорони здоров'я. Нині існує три види медичного страхування державне, приватне і комбіноване.

Японія – одна з найздоровіших країн у світі, а її система охорони здоров'я вважається однією з найкращих. Починаючи з 60-их років у Японії діє універсальна державна система медичного страхування, яка забезпечує всебічне покриття для всіх її громадян [19, 20]. Японська система охорони

здоров'я має особливість, як вільний доступ до медичних закладів. Японська система медичного обслуговування забезпечує необмежений доступ пацієнтів отримувати допомогу, лікування в будь-якому медичному закладі країни, при цьому вони можуть обирати регулярність лікування незалежно від страхування, статусу та стадії хвороби. Тільки в деяких випадках пацієнти мають сплатити додаткові кошти за послуги закладів третинного рівня медичної допомоги, у разі, якщо їх не направили заклади первинної або вторинної медичної допомоги. В Японії ця система називається «системою вільного доступу», коли пацієнти можуть отримати основні медичні послуги, коли вони хворі або отримали травму, за фіксовану плату, лише якщо вони можуть підтвердити наявність страховки [20, 21]. Медичне страхування покриває понад 5000 видів медичної, стоматологічної та наркологічної допомоги [21]. Державне медичне страхування є обов'язковим, незалежно від національності, для всіх осіб, які проживають в Японії більше трьох місяців. Законодавство Японії не дозволяє вибір системи державного медичного страхування на власний розсуд. Натомість державні схеми медичного страхування визначаються згідно зі статусом зайнятості, місця проживання та віку: національне медичне страхування на основі роботодавця, на основі місця проживання і медичне страхування людей віком старше 75 років. У системі охорони здоров'я Японії пацієнт бере на себе 30 % медичних витрат, решту – 70 % забезпечує держава, тоді як для людей віком від 75 років і старше, переважно фінансується державними коштами та внесками медичного страхування на основі даних роботодавців і національної охорони здоров'я, страхування [22].

У Сполучених Штатах немає національної системи охорони здоров'я чи загального медичного обслуговування, натомість американці купують медичну страховку. Медичне страхування захищає американців від медичних боргів, здійснює оплату лабораторних аналізів, регулярні огляди у лікарів, вакцинацію та ліки, які видаються по рецепту. Для того щоб отримати медичне страхування, необхідно вибрати план медичного страхування, зареєструватись і регулярно сплачувати страхові внески. Якщо людина живе в США і має

медичне страхування, їй надається низка послуг для здійснення її права на медичне обслуговування. Насамперед, це швидкий доступ до лікарів-спеціалістів, отримання необхідної допомоги із використанням інноваційних і передових технологій, а також методів лікування. Лідируючі позиції у світі по дослідженням і розробкам займають американські лікарні, в США розробляється передові ліки та технології, що використовуються в усьому світі [23]. Поряд з цим, в США є велика кількість незастрахованих людей. Незастрахованих чекає надзвичайно дорога медична допомога. Лікарні розглядають лише невідкладні випадки без передоплати та можуть відмовити в лікуванні без підтвердження страховки чи застави. Саме через це незастраховані люди зволікають або відмовляються від надання медичної допомоги набагато частіше, ніж застраховані, як наслідок це призводить до серйозних наслідків. Наприклад, при переломі ноги, медична допомога може коштувати 7500 доларів, а в середньому вартість перебування в лікарні сягає біля 30000 доларів США [24]. Більшість американців мають медичну страховку, яка зазвичай надається роботодавцем і покриває найближчих родичів. Деякі плани страхування надаються федеральними урядами чи урядами штатів, профспілки чи окремими особами. Після виходу на пенсію, громадянин може отримувати допомогу через державну програму страхування Medicare [25], родини та люди з низькими доходами можуть отримувати допомогу через державну програму Medicaid [26].

На відміну від Сполучених Штатів, система охорони здоров'я Австралії є надійною та добре керованою, з поєднанням державних і приватних постачальників медичних послуг. Австралійці мають доступ до ряду послуг, як для підтримки та профілактики, так і для лікування складніших станів, які можуть вимагати спеціалізованого або лікарняного догляду. Австралійська система охорони здоров'я складається з приватної та державної. У Австралії існує програма страхування, Medicare, що фінансується платниками податків, яка сплачує відсоток від їхнього доходу для покриття вартості більшості медичних послуг, включаючи послуги лікаря в лікарні та ліки, що

відпускаються за рецептом [27]. Існування цієї програми забезпечило людям високу якість та доступність медичної допомоги, яка включає безкоштовне проходження лікування в державних лікарнях та безкоштовне або субсидоване лікування в приватних постачальниках медичних послуг за деякі послуги по всій країні. Також в Австралії існує добровільне приватне медичне страхування, що дає доступ до послуг в приватних лікарнях, які не покриваються державною системою [27].

В Європі, саме у Швейцарії, найкраща система охорони здоров'я, проте вона є і найдорожчою у світі. На відміну від інших країн Європи, система охорони здоров'я Швейцарії не базується на податках і не фінансується роботодавцями. Усі хто живуть в Швейцарії, сплачують страхові внески та можуть отримувати базове страхування від нещасного випадку та здоров'я для отримання лікування. Досить велика кількість людей доповнюють своє базове страхування додатковим медичним страхуванням [28].

Отже, лише ті, хто має принаймні базову медичну страховку, мають доступ до системи охорони здоров'я. Початкове (базове) медичне страхування покриває приблизно 80-90% витрат на медичне обслуговування та охоплює : нещасні випадки, психотерапію, альтернативну терапію, реабілітацію після операції або важкої хвороби, скринінг раку, невідкладне лікування важких захворювань порожнини рота або щелепи, (стоматологічну допомогу), загальні огляди та лікування (амбулаторне, невідкладне, стаціонарне), лікування очних захворювань, гінекологічні огляди та пологи, витрати на медичні вироби, рецептурні ліки. Також, базове медичне страхування покриває щеплення від кашлюку, дифтерії та правця, гепатиту В, кору, епідемічного паротиту та краснухи [28].

Система медичного страхування Нідерландів являється поєднанням конкретних соціальних умов із приватними планами охорони здоров'я, сформованими на принципах ефективності, солідарності та цінності самого пацієнта. В цій країні є два основних види медичного страхування : основне обов'язкове (первинне страхування) та додаткове необов'язкове страхування. В

Нідерландах базове медичне страхування є обов'язковим. Поліс медичного страхування надає громадянину країни право на безкоштовне лікування, включно стандартні рецепти. Державне медичне страхування не покриває певні види лікування, такі як стоматологічна та фізіотерапія [29, 30]. Люди, які живуть або працюють в Нідерландах більше чотирьох місяців, повинні оформити базове медичне страхування (з додатковим страхуванням або без нього). Громадяни країни з нижчими доходами можуть подати заявку на фінансову допомогу первинної медичної допомоги або у випадку бажання отримати додаткові медичні послуги, проте не можуть собі їх дозволити [31].

Щоб скористатися правом на медичне обслуговування в Нідерландах, особа повинна зареєструватися в місцевих органах влади для отримання BSN (номер служби обслуговування громадян), а потім вибрати та зареєструватися в системі медичного страхування та місцевого лікаря [31]. Крім того, якщо протягом чотирьох місяців людина не оформила базове медичне страхування, держава вживає всіх заходів для зменшення кількості незастрахованих. Зокрема, держава спочатку надсилає лист із проханням завести медичне страхування протягом трьох місяців. У разі, якщо особа не з'явилась у встановлений термін, на неї накладається штраф. Наприклад, сума штрафу в 2019 р. сягала 410,49 євро. Крім того, якщо особа не подала заяву більше шести місяців, буде накладено повторний штраф у такому ж розмірі. Якщо з моменту першого листа до Уряду країни минуло дев'ять місяців, органи місцевого самоврядування самі зареєструють особу у страхувальника, а щомісячну компенсацію заберуть із зарплати [31].

Отже, резюмуючи вищезазначене, зазначимо, що в світі існує ряд різних моделей систем управління якістю медичної допомоги, фінансування медичних послуг, програм медичного страхування та контролю за якістю послуг із боку страхових компаній і держави, проте кожна з них не є абсолютно правильною та досконалою. Іноземний досвід показав, що вагому роль у функціонуванні охорони здоров'я відіграє саме культура суспільства та соціальна поведінка жителів конкретної країни. Механізм фінансування охорони здоров'я можливо

вдосконалювати у рамках бюджетного фінансування і соціального медичного страхування зокрема.

1.3. Особливості формування системи управління якості медичної допомоги на сучасному етапі

На сучасному етапі розвитку сфери охорони здоров'я України, якість надання медичної допомоги є пріоритетним завданням і найважливішим показником ефективності медичної системи [32]. Покращення якості медичної допомоги відображено в Концепції управління якістю медичної допомоги в системі охорони здоров'я України. Збереження і зміцнення здоров'я населення є стратегічним інтересом та безцінним капіталом нашої держави. Саме здоров'я людини у всіх його проявах є рушійним фактором суспільного прогресу [32, 33].

Відомо, що якість надання медичних послуг формується ринком і споживачами [32]. Теж управління якістю розглядається як спроможність задовольнити чи навіть перевершити очікування пацієнтів до якості надання медичних послуг [32, 34]. Управління якістю передбачає приєднання скоординованої діяльності. Контроль і менеджмент якості надання медичних послуг полягає в розробці цілей, плануванні, контролю, забезпеченні політики якості й покращення якості підготовки фахівців [32, 34].

Якість надання медичної допомоги є комплексною, проте показники оцінювання можуть бути різноманітними. Наразі є основні взаємопов'язані оцінки якості медичної допомоги, такі як : гарантоване виконання основних норм і стандартів; здобуток поставлених задач на різних етапах надання медичних послуг; компетентність у виконанні заданого попиту й очікуванні медичних послуг; готовність вдосконалювати процес надання медичної допомоги на різних рівнях її організації [32, 35].

Відповідно до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), спільна робота лікарів і пацієнтів повинна базуватися на чотирьох основних аспектах якості медичної допомоги, а саме : професійній кваліфікації лікаря, раціональному використанні ресурсів, управлінні ризиками для пацієнтів і задоволення пацієнтів отриманим лікуванням зокрема [32]. Варто відмітити, що підвищення ефективності управління закладами охорони здоров'я відіграє головну роль у покращенні якості, культури та доступності медичної допомоги. Медичні послуги є особливим благом, корисність якого проявляється в процесі його споживання у даний час і в подальший період. Зокрема, воно спрямоване на відновлення втраченого здоров'я, лікування або істотного ослаблення захворювання [33].

Наразі, необхідність трансформації механізмів державного управління та механізмів державної політики у сфері охорони здоров'я України, обумовлена низкою змін у політико-правових, соціальних, кадрових, організаційних аспектах розвитку управління суспільством і державою [33]. В сучасних умовах ринкових відносин, розширення самоврядування спричинили і загострили протиріччя в політичному та соціально-економічному розвитку, суттєво вплинули на стан державного управління охороною здоров'я [33]. Процес впровадження систем управління якістю надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я країни, наразі є неактивним і досить проблемним [35]. Зазначимо, що науковці і практики все більше схиляються до спільної думки, що якість будь-яких послуг, у тому числі медичних, напряму залежить від якості системи управління ними [36]. Відповідно до прийнятих нормативних актів Міністерства охорони здоров'я України по впровадженню таких систем у практичну діяльність медичних установ, настійною проблемою для їх керівництва, на сучасному етапі, необхідним є прийняття вмотивованих управлінських рішень щодо імплементації системи управління якістю, згідно вимог ДСТУ-ISO-9001, у загальну систему управління установою [35]. При цьому необхідним є врахування елементів діючої системи якості, які функціонують у межах чинного галузевого законодавства, з метою уникнення

дублювання функцій і перевантаження організаційної структури управління. При цьому, важливе значення має самооцінювання існуючої системи управління якістю в медичній установі [35]. Також, для ефективного стратегічного управління якістю медичних послуг необхідною є своєчасна, об'єктивна, неупереджена та обґрунтована інформація щодо змін, які відбуваються в процесі надання медичних послуг.

Дієвим механізмом в питаннях контролю управління якістю надання медичних послуг в системі охорони здоров'я є аудит, а саме клінічний аудит. Клінічний аудит – це засіб забезпечення високої якості медичних послуг. Він буває зовнішнім і внутрішнім [32]. Зовнішній аудит виконується відповідними державними організаціями і агентствами, внутрішній аудит є необхідним задля покращення якості, здійснюється співробітниками медичної установи. Зацікавленість її працівників, фінансова стимуляція та інші форми мотивації можуть сприяти покращенню якості надання медичної допомоги. В процесі проведення аудиту для оцінки можуть бути винесені показники самого процесу надання медичної допомоги або його результату відповідно до завдання, котре було сформовано і поставлено перед аудитором [32]. Аудит може бути періодичним або безперервним. Він може бути направленим на аналіз і виявлення конкретних проблем, які потрібно вивчити чи бути застосованим відповідно до контролю найважливіших напрямків роботи [32]. Контроль за якістю надання медичних послуг здійснюється за певними сегментами (рис. 1.1).

Надання якісних медичних послуг, їх доступність, надійність і своєчасність надання медичної допомоги, професіоналізм медичного персоналу, його піклування про здоров'я пацієнтів, матеріально-технічна база медичних установ, використані медичні технології та інші фактори значно залежать від успішного та швидкого впровадження міжнародного досвіду, зокрема використання стандартів якості в медичному обслуговуванні та орієнтація на потреби пацієнтів. В результаті цього можна досягти рівня медичних установ, що відповідають європейським стандартам [32].

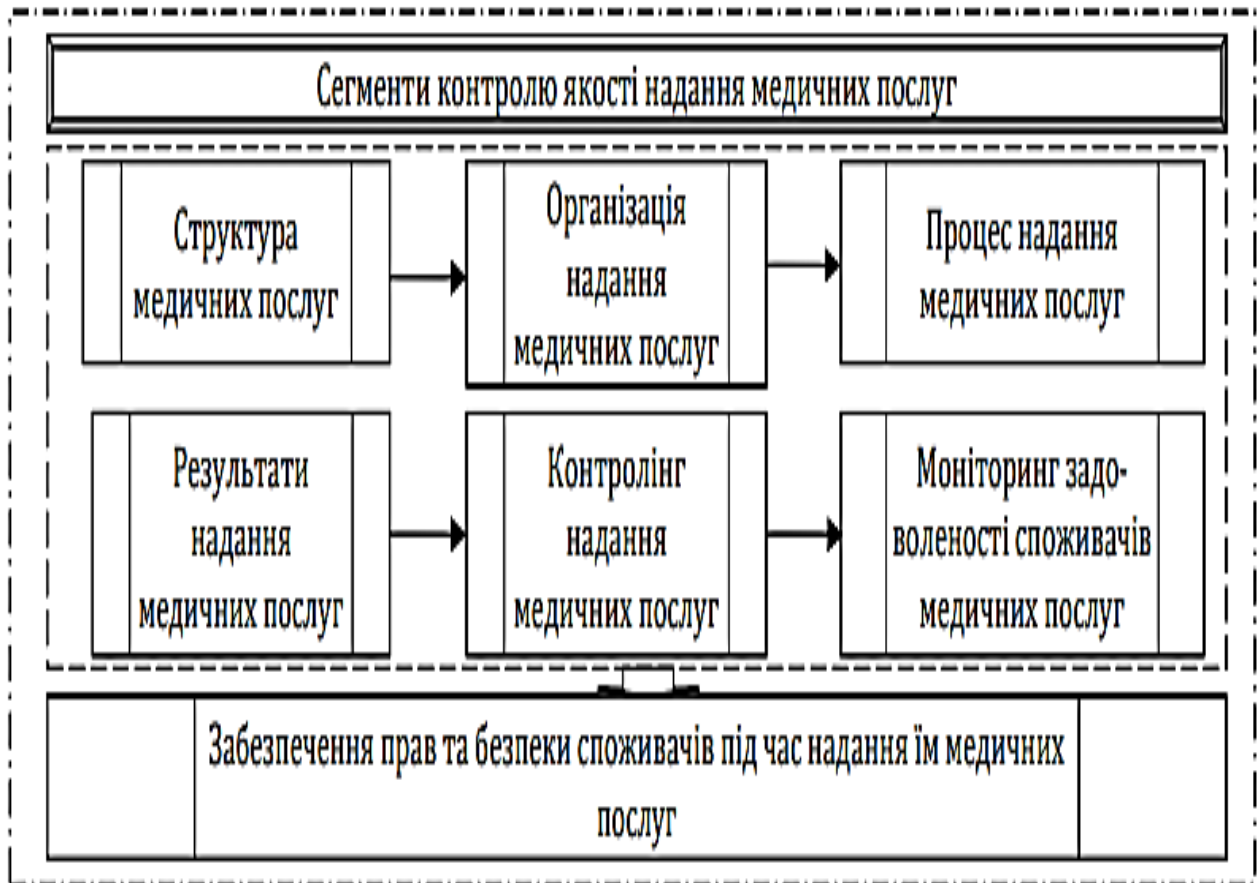


Рис. 1.1. Сегменти контролю якості надання медичних послуг

Відзначимо, що для ефективності та підвищення якості надання медичних послуг, на наш погляд, є потреба у передачі сервісних послуг, які сьогодні надають державні медичні заклади пацієнтам, організаціям, які здійснюють побутове обслуговування населення (рис. 1.2). Варто відзначити, що на сучасному етапі функціонування медичних послуг, окрім якості управління, необхідно враховувати і рівень життя громадян України, що є цілісним показником загальної ефективності державного управління системою охорони здоров'я.

Розглядаючи питання системи управління якістю медичної допомоги, необхідно відзначити, що важливою складовою є об'єктивізація загального процесу управління системою охорони здоров'я, найважливішим критерієм оцінки якого це ефективність [37].



Рис. 1.2. Ефективність державного регулювання надання якісних медичних послуг

Джерело: [38]

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ

В даному розділі розглянуто теоретичні питання системи управління медичної допомоги в Україні та провідних країн світу. Незважаючи на існування в світі ряду моделей систем управління якістю медичної допомоги, фінансування медичних послуг, програм медичного страхування та контролю за якістю послуг, абсолютно правильних і досконалих на сьогодні не має., Враховуючи досвід різних країн світу, встановлено, що суттєву роль у функціонуванні охорони здоров'я відіграє культура суспільства і соціальна поведінка громадян.

В Україні система управління та контролю якості медичної допомоги є багатовимірною, з перевагою внутрішнього її контролю, котрий здійснюється управлінським і лікарським складом закладів охорони здоров'я. Також сучасний підхід до внутрішнього контролю якості передбачає здійснення аудитів і самооцінки системи управління якістю, при цьому суб'єктами контролю мають бути лікарі та молодші спеціалісти з медичною освітою.

РОЗДІЛ 2.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МОДЕЛЕЙ УПРАВЛІННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

2.1. Бенчмаркінг німецької моделі управління якістю медичної допомоги

Бенчмаркінг являє собою процес порівняння та аналізу власної діяльності з щонайкращими практиками інших організацій, які мають схожі цілі, процеси та результати [39]. Він дозволяє виявити сильні та слабкі сторони, визначити можливості для покращення, а також адаптувати та впроваджувати успішні рішення [39]. Бенчмаркінг дає можливість забезпечувати конкурентоспроможність, зокрема, це систематичний процес пошуку, розповсюдження та використання нових інноваційних знань та кращого досвіду дає можливість досягти стратегічних і інноваційних цілей [39, 40].

Упродовж останніх років бенчмаркінг застосовують в управлінні розвитку медичної галузі [40].

Німеччина є однією з провідних країн у світі за рівнем якості медичної допомоги [41]. Вона базується на універсальній системі страхування, що забезпечує доступність, ефективність та задоволення пацієнтів [41]. Аналіз німецької моделі управління якістю медицини характеризує її як одну з комфортних моделей управління якістю. Вона має наступні особливості :

- регулювання на законодавчому рівні якості медичної допомоги на федеральному та регіональному рівнях, що встановлює загальні цілі, принципи, вимоги, стандарти, процедури та відповідальність усіх учасників системи охорони здоров'я [41];

- розподіл функцій та обов'язків між різними органами і організаціями, що займаються управліннями якістю медичної допомоги. Їх здійснюють Міністерство охорони здоров'я, Федеральний інститут лікарських засобів та медичних виробів, Федеральний офіс якості та економічної

допомоги, Асоціація лікарів, Асоціація страхових компаній, Асоціація лікарняних закладів, Асоціація патентів [41];

- застосування різних методів та інструментів управління якості медичної допомоги, таких як акредитація, сертифікація, аудит, контроль, оцінка, зворотній зв'язок, навчання, інформування, заохочення, санкції [41];

- залучення та співпраця всіх зацікавлених сторін (лікарів, медичний персонал, пацієнтів, страховиків, роботодавців, громадськість, Засоби масової інформації та ін.) до процесу управління якістю медичної допомоги, забезпечуючи їх права, обов'язки, інтереси, потреби, очікування та задоволення [41];

- орієнтація на постійне покращення якості медичної допомоги, що базується на наукових доказах, інноваціях, моніторингу, аналізі, плануванні, реалізації та оцінці заходів, спрямованих на підвищення рівня професійної компетенції, безпеки, ефективності, доступності та гуманності медичної допомоги [41].

Бенчмаркінг німецької моделі управління якістю медичної допомоги може бути вигідним для інших країн, які мають бажання покращити свою систему охорони здоров'я, також адаптувати її до викликів сучасності та вимог, забезпечити високий рівень задоволення та довіри громадян. Для цього потрібно звертати увагу на національний контекст, культуру, законодавство, ресурси, потреби, й очікування зацікавлених сторін, теж використовувати системний, комплексний, динамічний і гнучкий підхід до управління якістю медичної допомоги [41].

Модель Бісмарка. Модель соціального медичного страхування (Німеччина, Бельгія, Швейцарія, Японія) є більш децентралізованою формою охорони здоров'я. Ця модель була винайдена в другій половині XIX ст. Роботодавці та працівники забезпечують медичне страхування за такою моделлю : працівники мають доступ до лікарняних фондів, створених обов'язковими довідками про зарплату. Зокрема, плани приватного страхування охоплюють кожного працівника, незалежно від попередніх умов

[7]. Постачальники медичних послуг, переважно, є приватними установами, хоч і фонди соціального медичного страхування є державними. У таких країнах як Франція, Корея є один страховик, у може бути декілька конкуруючих або не конкуруючих страховиків, Німеччина, Чехія і Японія. Незважаючи на кількість страховиків, держава жорстко контролює ціни, а страхові компанії не заробляють. Відповідна організація охорони здоров'я дозволяє урядам здійснювати подібний контроль над цінами на медичне обслуговування населення країни. Яскравим прикладом такої організації є система охорони здоров'я по *моделі Беверіджа* [7].

Вимога працевлаштування для медичного страхування надає переваги та створює певні проблеми. Дані вимоги забезпечують працівників медичним забезпеченням, яке необхідно для підтримки продуктивності робітників і продовження роботи. Ця модель спершу не була розроблена для загального охоплення медичним обслуговуванням, ресурси були направлені на групу пацієнтів спроможних зробити фінансовий внесок. Оскільки вона спочатку не була розроблена для забезпечення загального охоплення медичним обслуговуванням, *модель Бісмарка* зосереджує ресурси на тих, хто може зробити фінансовий внесок. Оскільки охорона здоров'я є привілеєм для працівників, модель стикається з низкою проблем : наприклад, як піклуватися про людину, яка не може працювати або не може платити внески. Більш нагальні практичні питання включають те, як впоратися зі старіючим населенням, непропорційною кількістю пенсіонерів порівняно з працюючими громадянами та як залишатися конкурентоспроможним в залученні транснаціональних компаній, що можуть віддавати перевагу місцям без залежності від виплати [42].

2.2. Оцінка переваг англійської моделі (Беверідж) управління якості надання медичних послуг

Модель Беверіджа : національна служба охорони здоров'я з єдиним платником (Приклад: Великобританія, Іспанія, Куба, Нова Зеландія). Ця модель була розроблена сером Вільямом Беверіджем в 1948 р. у Великій Британії. Безкоштовне медичне обслуговування, вперше в світі, має надаватися на підставі громадянства, а не через страхування чи окремої виплати. Пізніше така система була запроваджена в країнах північної Європи, пізніше вона з'явилась в Новій Зеландії і Кубі [43]. Викликає інтерес те, що Куба це єдина країна, котра, за версією журналу Bloomberg, маючи статус розвиваючої, посіла 30 місце в списку націй із високим рівнем здоров'я. Варто відмітити, що на Кубі на одного лікаря припадає 173 пацієнта, тоді як у Великобританії – один лікар на 600 пацієнтів. Кубинська система є однією з унікальних, суперечливих і цікавих медичних систем у світі, а саме з великою кількістю лікарів із низькою оплатою праці та застарілим обладнанням, кількість якого постійно зменшується, разом з тим, кількість медичного персоналу залишається незмінно високою, також лікарі змушені працювати на кількох посадах [43].

Модель Беверіджа визначається централізацією медичної системи через створення національної служби охорони здоров'я, щодо України – є Національна служба здоров'я. Уряд діє як єдиний платник, усуваючи ринкову конкуренцію, утримує ціни на низькому рівні. Фінансування медицини за рахунок податку на прибуток робить медичне обслуговування безкоштовним на місці надання медичної допомоги – після консультації чи лікування пацієнт не повинен нічого додатково платити, оскільки він уже заплатив податки [43]. За цією системою значна частка медичних працівників є державними службовцями. Головним чинником цієї моделі є те, що здоров'я розглядається як право людини. Так, загальне охоплення гарантується Урядом країни, і тому кожен громадянин має рівний доступ до медичної допомоги. Проте, за останні

72 роки після створення Національної системи охорони здоров'я (NHS) у Великобританії багато що змінилось, а саме :

- прийнято здебільше працівників. Нині в службі охорони здоров'я Великої Британії працює 1,7 мільйона людей, що робить NHS п'ятим по значущості роботодавцем у світі. Найбільшу групу працівників складають медичні сестри. Їх кількість зросла втричі, а лікарів зараз у 10 разів більше, ніж на момент заснування. Частково це відображає те, наскільки швидко розвивається медицина та як зріс попит;
- сума витрат. Звісно, зі збільшенням штату збільшувався і бюджет. Кошти витрачені на охорону здоров'я, нині в 12 разів перевищує суму, яка була на момент створення системи, навіть після поправок на інфляцію;
- зменшено ліжко-місця. Найбільш наочним прикладом є кількість ліжок. Зараз ліжок у 4 рази менше, ніж на початку реформи;
- зросла тривалість життя, зменшилася дитяча смертність, збільшився рівень вакцинації;
- витрати займають більшу частину бюджету.

Із року в рік Уряду Великої Британії доводилось вкладати все більше коштів у охорону здоров'я. На сьогодні 30% кожного фунта, витраченого на послуги, йде на охорону здоров'я. Вплив Brexit теж був предметом суперечок і дискусій після референдуму 2016 р., тому що є великий обсяг проблем, пов'язаних із доступністю ліків для пацієнтів. Великобританія виходить з Європейського агентства з лікарських засобів (EMA) і створює власну систему рейтингу ліків [43].

Необхідно відзначити, якщо держава є єдиним суб'єктом який оплачує систему охорони здоров'я, тоді видатки можуть бути низькими, а привілеї, тобто пільги, є стандартизованими по всій країні. У цієї системи є і недоліки, які полягають в існуванні довгих списків очікування. Оскільки кожен має гарантований доступ до медичної допомоги, надмірний характер використання системи призводить до збільшення витрат. Ще одна актуальна проблема – реагування держави в кризовий період. Підчас надзвичайної ситуації на

національному рівні, такої як війна чи криза охорони здоров'я, фінансування медичних послуг може бути зменшено, оскільки дохід зменшується, що збільшує фінансовий тягар, властивий великому потоку пацієнтів [44]. Така ситуація вимагає ретельного розподілу екстрених коштів перед кризою.

2.3. Проблеми управління формування змішаної моделі медичного обслуговування в Україні

Проблеми управління формування змішаної моделі медичного обслуговування в Україні є досить актуальними та складними. За період незалежності України було прийнято ряд нормативно-правових документів, спрямованих на вдосконалення та трансформацію системи охорони здоров'я, проте їх реалізація не завжди була ефективною та послідовною. Відбувається перехід до нової моделі фінансування закладів охорони здоров'я та інфраструктури, що передбачає впровадження принципу «гроші йдуть за пацієнтом», державне солідарне медичне страхування, контрактну модель закупівлі медичних послуг, нові форми фінансування, автономізацію медичних закладів [45]. Однак, змішана модель медичного обслуговування в Україні стикається з рядом проблем, таких як: нерівномірний доступ до медичних послуг між різними регіонами країни, що пов'язане з недостатнім фінансуванням, нестачою кадрів або обмеження доступом до сучасного обладнання. Проблеми корупції в системі охорони здоров'я, можуть впливати на ефективність використання бюджетних коштів, розподіл медичних ресурсів та якість надання послуг [46].

Недостатня координація між різними рівнями первинним, вторинним та третинним рівнем медичної допомоги, що призводить до неповного охоплення населення та неефективного використання ресурсів. Різниця у фінансуванні медичних закладів може призводити до нерівних можливостей наданні послуг, залежно від їхнього типу, місце розташування та типу власності. Низька

зацікавленість медичних працівників у залишенні в українській медицині, ця проблема зумовлена недостатньою заробітною платою, умовами праці, перспективами розвитку та рівнем військової безпеки.

Спостерігається також, недостатність комплексного підходу до управління медичної системи, відсутність чіткої стратегії розвитку та планування на довгострокову перспективу. Потрібно відзначити, що постійні зміни в законодавстві та нестабільність реформи, створюють певну невизначеність в системі охорони здоров'я [46].

Зростання захворюваності, стрімке старіння населення та зміна медичних потреб створюють тиск на систему охорони здоров'я, потребують перегляду стратегії та адаптації системи.

Національна модель медичного страхування : національне медичне страхування з єдиним платником (Канада, Південна Корея, Тайвань) включає в себе аспекти *моделей Бісмарка та Беверіджа*. Як і в *моделі Беверіджа*, держава є єдиним платником за медичні процедури, так само як і в *моделі Бісмарка*, постачальниками послуг є приватні структури. Універсальна страховка не приносить значного прибутку приватним закладам, але не відмовляє в наданні медичної допомоги у разі наявності скарг. В останні роки в країнах із системами охорони здоров'я *типу Беверіджа* спостерігається тенденція до прийняття характеристик Бісмарка або навпаки, призвело до того, що організація системи охорони здоров'я в багатьох країнах таких як Угорщина і Німеччина та інші, схиляється до змішаної моделі. В окремих країнах, наприклад у Канаді, приватні договори страхування мають місце для тих, хто віддає їм перевагу [43].

Баланс між приватним та державним страхуванням дозволяє лікарням залишатися незалежними, одночасно зменшуючи внутрішні труднощі, пов'язані зі страховими полісами. Фінансові перешкоди для лікування пацієнтів, зазвичай, незначні, і люди, зазвичай, вільні у виборі постачальників медичних послуг [43].

Подібно до *моделі Беверіджа*, ця система незалежно від рівня доходу, забезпечує населення більшістю медичних послуг. Ця модель також зменшує витрати на адміністрування медичного страхування, тому що, держава обробляє всі запити та зменшує дублювання наявних послуг. Найбільшим недоліком представлених двох систем є те, що ці системи характеризуються довгими чергами на лікування. Список очікування не обмежується плановими чи навіть невідкладними операціями. Черги присутні навіть в нейрохірургію. Згідно з дослідженням Н. Віберг [7], більшість розвинених країн, таких як Австралія, Канада та Італія, вважають час очікування серйозною проблемою для здоров'я громадян. Час очікування на заміну кульшового суглоба в Канаді може становити від 42 до 178 днів [7]. Швидке старіння населення та інтенсивне використання ресурсів екстреної медичної допомоги також створюють проблеми для довготривалої стійкості даної моделі.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ

В даному розділі розглянуто англійську та німецьку модель управління якості медичної допомоги, їх особливості, переваги та недоліки. Здійснено бечмаркінг іноземних моделей (німецької) управління в контексті проблеми реформування медичної системи в Україні. Висвітлено проблематику розвитку побудови нової національної системи охорони здоров'я країни, що визначає поєднання найбільш цінних складових існуючих концепцій задля вирішення двоєдиного завдання: розв'язання проблеми управління якістю надання медичної допомоги та збереження здоров'я нації України.

РОЗДІЛ 3.

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ УПРАВЛІННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

3.1. Покращення інтерпретації вибору моделі системи управління якістю охорони здоров'я з врахуванням зарубіжного досвіду

Для здійснення аналізу характеристики управління якістю в медичній галузі, розглянемо деякі визначення що стосуються цієї проблематики.

Управління якістю – контрольована організацією діяльність, спрямована на досягнення якості процесу підготовки фахівців згідно встановлених стандартів [47]. Певні дослідники стверджують, що якість формується ринком і споживачами. Експерти висловлюють думку, що управління якістю є спроможність задовольнити або навіть перевершити очікування споживачів послуг [47]. Управління якістю також, передбачає наявність скоординованої діяльності, що полягає в керівництві та контролі якості діяльності освітньої організації. Контроль та менеджмент якості полягає в розробці цілей, планування, контроль, забезпечення політики якості та покращення якості підготовки фахівців [47].

Політика якості – це загальні якісні наміри та цілі організації, формально сформульовані вищим керівництвом, до складу якого входить особа або група осіб, які спрямовують та контролюють діяльність організації на найвищому рівні [47].

Цілі якості – це те, до чого прагне керівництво організації у сфері якості. Цілі зазвичай ґрунтуються на політиці якості організації і визначаються для відповідних функцій та рівнів в організації [47].

Планування якості є елементом управління якістю, який зосереджується на встановленні цілей якості та формулюванні (визначенні) операційних процесів і пов'язаних з ними ресурсів, необхідних для досягнення цих цілей. Елементом планування якості може бути програма якості. Наприклад, є

документ, що визначає, які методи та відповідні ресурси, кого і коли слід застосовувати для конкретного проекту, продукту, процесу чи контракту [47].

Контроль якості є необхідним елементом її управління, що спрямований на виконання відповідних вимог. Варто відзначити, що забезпечення якості послуг є складовою управління якості, котре спрямоване на необхідність дотримання вимог щодо їх виконання. Якість надання медичної допомоги є комплексним, і при цьому показники оцінювання можуть бути різноманітними [47]. Наразі існують чотири основні взаємопов'язані оцінки якості медичної допомоги : гарантоване виконання основних норм і стандартів; досягнення поставлених задач на різних етапах надання медичних послуг; здатність виконувати заданий попит та очікування медичних послуг; бажання вдосконалювати процес надання медичної допомоги на різних рівнях.

В Україні можливими є три варіанти розв'язання проблеми управління якістю охорони здоров'я, що дає можливість визначати подальші кроки [5, 32, 34].

Так, по першому варіанту передбачено максимальну децентралізацію влади у сфері охорони здоров'я населення на найнижчому рівні управління держави та створенні фінансово й управлінсько-автономних систем медичного обслуговування населення, замкнених у територіальних межах громади, відсторонення державних установ від дотримання гарантій у галузі охорони здоров'я. Досвід європейських країн із соціалістичним минулим свідчить, що за даних умов суттєво зростає вплив суб'єктивних факторів, це, в свою чергу, призведе до погіршення здатності до управління системою охорони здоров'я, поглиблення неузгодженості між потребами населення в медичних послугах і можливістю децентралізованої системи задовольнити кількісні та якісні потреб. Створюються умови, які перешкоджають реалізації основних і конституційних прав громадян на охорону здоров'я та доступ до медичної допомоги, але досить часто порушуються ці права. Децентралізація управлінської відповідальності у медичній галузі неминуче призводить до погіршення стану здоров'я населення, зростання соціальних і політичних

проблем у суспільстві, призводить до ризиків при виникненні природних та техногенних катастроф, які несуть небезпеку здоров'ю населення, а також національної безпеці держави, особливо в умовах ескалації зовнішньої агресії [5, 32].

Другий варіант передбачає реформування лише деяких найважливіших елементів системи охорони здоров'я, як фінансування лікарняного обслуговування та забезпечення громадян ліками, що дозволяє зосередитися на головних напрямках і швидко досягти помітного прогресу, проте несе в собі ризик неузгодженості окремих змін у подальших напрямках розширення реформи із загальним баченням, а також втрата комплексності та недостатня ефективність реформи через затримку в інших структурно-функціональних взаємопов'язаних секторах, таких як системне управління, людські ресурси, управлінської інформації, і як наслідок, поглиблення децентралізації системи охорони здоров'я [5, 32].

Третій варіант окреслює побудову нової національної системи охорони здоров'я України, котра ґрунтується на комплексному підході до забезпечення здоров'я населення, наприклад шляхом запровадження системи на громадських і державних засадах адміністрування; чіткому визначенні соціальної програми державних гарантій у галузі охорони здоров'я; легалізації фінансування закладів охорони здоров'я по багатьом каналам і впровадженні страхової моделі надання медичної допомоги, створення якої опрацюватимуся підвищенням структурної і медико-економічної ефективності системи медичної допомоги з чіткою визначення конкретних функцій країни, постачальників медичних послуг та їх соціальних власників; менеджмент якості медичної допомоги на основі галузевих стандартів та механізмів контролювання за їх дотриманням; достатній доступності ліків; швидкого реагування на проблеми галузі через комп'ютеризацію; координація міжгалузевої відповіді на виклики здоров'ю з метою впровадження принципів європейської політики у галузі охорони здоров'я [5, 21]. Перш за все, це забезпечення механізмів профілактики і раннього встановлення захворювань, моніторингу перебігу захворювань і

попередження їх негативних наслідків, підвищення рівня добробуту громадян на основі фактичних даних, кращого національного та світового досвіду, ефективного інформаційно-комунікаційного забезпечення [7].

З наведених вище варіантів, істотну перевагу має третій, який передбачає поєднання найбільш цінних концепцій перших двох варіантів, і при цьому є можливість вносити до нього зміни в процесі імплементації його окремих складових в загальну систему якості медичної допомоги.

3.2. Стратегічні пріоритети управління якістю надання спеціалізованої медичної допомоги

Нові стратегічні пріоритети системи управління по наданню спеціалізованої медичної допомоги України має будуватися на таких принципах :

- гарантований пакет послуг, який буде доступний кожному громадянину;
- відповідність національним стандартам якості та професіоналізму;
- взаємоповага між пацієнтами і медичними працівниками;
- взаємодія різноманітних сфер економіки, служб, спеціальних організацій економіки на благо пацієнтів, міжгалузева взаємодія (населення і окремі громади);
- співвідношення ціни і якості та найбільш ефективне, справедливе й стале використання обмежених ресурсів ;
- відповідальність перед громадою та пацієнтами [48–54].

Формування нової національної системи охорони здоров'я, що направлене на посилення ролі країни в світовому співтоваристві, набуття нею повноправного членства в європейських структурах і у створенні моделі, котра має включати :

- державно-громадську модель управління охороною здоров'я;

- формулювання соціальної програми державних гарантій у галузі охорони здоров'я з метою повного охоплення населення необхідним медичним забезпеченням та поступового збільшення обсягів видатків на охорону здоров'я відповідно до економічного розвитку країни;
- запровадження багатоканального фінансування (бюджети різних рівнів, фонди соціального і добровільного медичного страхування тощо) ;
- об'єднання коштів державного бюджету на медичну допомогу у фінансові фонди на регіональному та обласному рівні та впровадження системи одного клієнта медичної допомоги з регіональними відділеннями;
- виключення дискримінації між недержавними та державними закладами охорони здоров'я;
- застосування ефективних фінансових механізмів у системі охорони здоров'я;
- запровадження автономії надавачів послуг і договірних відносин між клієнтами і надавачами, розмежування функцій власника медичного закладу й замовника медичної допомоги ;
- конкретне визначення прав і обов'язків громад, власників закладів охорони здоров'я та визначення джерел фінансування що забезпечуватиме ці права;
- затвердження оплати праці персоналу в медичній галузі з урахуванням якості та об'єму роботи;
- визначення заробітної плати для керуючого складу медичних установ на результатах діяльності цих закладів;
- комплексне надання базової медичної допомоги ;
- поступова оптимізація мережі закладів охорони здоров'я врахуванням потреб громадян щодо медичної допомоги, з пріоритетним формуванням лікарень інтенсивного лікування та системи направлення служб екстреної допомоги до цих лікарень у межах госпітальних округів;

- об'єднання діяльності закладів медичної галузі, різної спеціалізації, з провідною координуючою роллю базової медичної допомоги , з метою забезпечення доступності якісної медичної допомоги ;
- система управління якістю медичної допомоги ;
- створення сучасної системи охорони здоров'я ;
- використання сучасних методів забезпечення, доступності лікарських засобів [48–54].

Створення зазначеної моделі системи управління охорони здоров'я потребує реалізацію низки кроків, а саме :

1. Поліпшення законодавства про охорону здоров'я, впровадження аналізу наслідків прийняття нормативно-правових актів, моніторингу та оцінки їх виконання;

2. Забезпечення належного рівня фінансування охорони здоров'я та справедливого розподілу тяжкості витрат на охорону здоров'я при диверсифікації джерел фінансування охорони здоров'я наступним чином :

- розроблення програми соціальних державних гарантій у галузі охорони здоров'я, що приймається на середньострокову перспективу, до трьох років, виходячи з принципу повного охоплення населення країни медичною допомогою та з урахуванням інших напрямів діяльності : охорона здоров'я, реабілітація та медико-соціальна допомога, медична освіта, підвищення кваліфікації; управління централізованих державних закупівель та інших програм і заходів у сфері охорони здоров'я;

- першочергове фінансове забезпечення екстреної та первинної медичної допомоги, потреба в інтенсивному лікуванні станів та захворювань, що це вимагають;

- заохочення населення до спільної оплати по наданню медичної допомоги з метою розширення соціальної програми державних гарантій у сфері охорони здоров'я та створення умов для збільшення частки населення з добровільним медичним страхуванням ;

- диверсифікація джерел інвестування в розвитку комунальних та державних закладів охорони здоров'я, створення стимулів для державно-приватного партнерства ;

- забезпечення повного фінансування з державного бюджету пріоритетних загальнодержавних і державних цільових програм у сфері охорони здоров'я ;

- вироблення стимулів для реалізації місцевими громадами місцевих програм заохочення та закріплення медичного персоналу, інвестування в розвиток закладів охорони здоров'я шляхом визначення джерел фінансування функцій власників закладів охорони здоров'я ;

- залучення територіальних громад до прийняття рішень щодо організації державних гарантій у сфері охорони здоров'я [48–54].

3. Підвищення ефективності використання фінансових ресурсів, наприклад шляхом запровадження страхової моделі надання медичної допомоги та умов вільного доступу пацієнтів до якісніших послуг шляхом :

- поступового переходу від 4-го до 2-го рівня фінансування медичної допомоги з державного бюджету шляхом створення державного агентства з фінансування охорони здоров'я разом з його регіональними відділеннями,

- виконання публічних контрактів на надання медичної допомоги за державною соціальною програмою у сфері рятувальної, первинної та спеціалізованої медичної допомоги – на регіональному рівні, третинної допомоги на рівні держави, а також розвиток інших заходів та програм у медичну галузь відповідно до вже чинного принципу «гроші ходять за пацієнтом»;

- впровадження ефективних механізмів фінансування, зокрема бюджетного планування закладів охорони здоров'я за програмно-цільовим методом ;

- встановлення єдиних методичних підходів до розрахунку вартості медичних послуг та визначенні фіксованої ціни (базових тарифів) на медичні послуги, що надаються за програмою соціальних гарантій держави у сфері

охорони здоров'я, на основі встановлених світових практика та рекомендації експертних організацій ;

- виконання державними та комунальними закладами охорони здоров'я замовлень немедичних та медичних послуг, що потрібні для медичного обслуговування населення, від інших суб'єктів аутсорсингу;

- економічне стимулювання громадян до ведення здорового способу життя та відповідального відношення здорового способу життя та відповідального ставлення до власного здоров'я, своєчасної профілактики [48–54].

4. Підвищення рівня ефективності медичної допомоги наступним чином:

- розмежування первинної і вторинної медичної допомоги ;

- здійснення комплексного надання первинної медичної допомоги на засадах загальної практики – сімейної медицини, забезпечення ефективної взаємодії закладів охорони здоров'я, що надають первинну та інші види медичної допомоги;

- підвищення фізичної доступності базової медичної допомоги, розвиток мережі амбулаторно-поліклінічних закладів у сільській місцевості та містах;

- зменшення зарегульованості господарської діяльності з медичної практики, яка реалізується молодшими спеціалістами із медичною освітою ;

- забезпечення оснащеності закладів охорони здоров'я згідно спеціалізації, створення в них комфортного середовища для інвалідів та інших мало мобільних категорій громадян ;

- підвищення доступності медичної допомоги шляхом розширення мережі пунктів постійного та тимчасового базування медичних аварійно-рятувальних формувань, оновлення парку медичного транспорту, впровадження центральної служби диспетчерів та маршрутів до медичних закладів;

- спеціалізація закладів вторинного рівня допомоги, за інтенсивністю та профілем лікування зі створенням інфраструктури закладів до потреб населення в межах регіонів;

- створення умов для більш широкого використання стаціонарних замісних технологій [48–54].

5. Впровадження системи управління якістю надання медичних послуг, пристосування до вимог законодавства Європейського Союзу на основі дотримання ідеології постійного покращення якості шляхом :

- забезпечення розроблення медико-технологічної документації на засадах доказової медицини з поступовим виходом з експлуатації такої документації, розробленої виключно експертними методами;

- встановлення системи оцінки медичних технологій і її інституціоналізація;

- запровадження системи моніторингу показників якості надання медичних послуг, зазначених у медико-технологічній документації;

- подальший розвиток системи рецептурного призначення ліків на принципах доказової медицини ;

- введення в закладах охорони здоров'я локальних клінічних протоколів, які розроблені на основі стандартизованих клінічних протоколів надання медичної допомоги, а також локальних рецептур лікарських засобів ;

- введення державної системи оцінки здоров'я;

- створення системи постійного підвищення якості медичної допомоги, включаючи моніторинг задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги;

- ефективна система добровільної акредитації закладів на базі незалежної оцінки діяльності медичних закладів і вдосконалення критеріїв акредитації відповідно до європейського досвіду; упорядкування процедури ліцензування закладів охорони здоров'я [48–54]. Отже, впровадження вищеперерахованих кроків дозволить покращити якість системи управління вторинної медичної допомоги в Україні та зробити її більш гнучкою відповідно до потреб усіх реципієнтів (отримувачів) . Це, також, дозволить пацієнтам обрати найбільш зручну модель фінансування медичних послуг або за рахунок системи державних гарантій, чи то за рахунок медичного страхування, або у комплексі в залежності від потреб конкретної людини

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3.

Розглянуто напрями удосконалення механізмів управління якістю надання медичної допомоги в Україні, покращення інтерпретацій вибору моделей на основі зарубіжного досвіду. Також розглянуто стратегічні пріоритети в управлінні наданні вторинної медичної допомоги та шляхи її вдосконалення, підвищення ефективності в контексті сучасних напрямів розвитку моделей управління. Розроблено напрямки запровадження в Україні нової моделі управлінням якістю охорони здоров'я. Впровадження запропонованих механізмів дозволить покращити якість системи медичної допомоги в державі та зробити її більш гнучкою відповідно до потреб усіх отримувачів медичної допомоги.

ВИСНОВКИ

Кваліфікаційна робота присвячено дослідженню сучасного стану системи управління якості медичних послуг в Україні, здійснено аналіз зарубіжного досвіду покращення відповідних систем і можливості впровадження найбільш досконалої моделі в закладах країни.

1. Розглянуто поняття систем управління медичною допомогою та їх особливості в Україні. Система управління та контролю якості медичної допомоги в країні є багатовимірною, проте перевага надається саме внутрішньому її контролю. Внутрішній контроль якості, відповідно до актуальних нормативних документів, здійснюється управлінським і лікарським складом закладів охорони здоров'я. Традиційною практикою організації діяльності є надання керівником закладу охорони здоров'я відповідних повноважень щодо виконання контрольних функцій заступниками за окремими напрямками діяльності та керівникам відділів або керівникам структурних підрозділів. Сучасний підхід до внутрішнього контролю якості включає також здійснення аудитів і самооцінки системи управління якістю. Особливістю суб'єкта контролю в системі управління якістю є обов'язкове закріплення лікарів і молодших спеціалістів з медичною освітою (рівень самоконтролю);

2. Досліджено та проаналізовано загальні засади формування системи управління медичною допомогою у розвинутих країнах світу. З'ясовано, що існують різні моделі систем управління якістю медичної допомоги, фінансування медичних послуг, програми медичного страхування та контролю за якістю послуг з боку страхових компаній і держави;

3. Розглянуто особливості формування системи управління якості медичної допомоги на сучасному етапі реформування надання медичних послуг. Відмічено, що в Україні для покращення ефективності їх надання є необхідність у розробці та впровадженні власної системи медичного страхування з урахуванням соціально-економічного розвитку країни. Для цього є потреба в перегляді існуючої національної політики у цій сфері та скеруванні

головних зусиль на вирішення найважливіших проблем охорони здоров'я, насамперед доступності і своєчасності надання медичної допомоги, поліпшення її якості й ефективності взаємодії складових системи охорони здоров'я.

4. Здійснено аналіз та оцінку досвіду зарубіжних країн із різними моделями управління охорони здоров'я щодо надання медичних послуг. Розглянуто три базові моделі, котрі застосовуються в країнах Європи та світу, їх основні переваги і недоліки;

5. Здійснено вибір моделі системи управління якістю охорони здоров'я на основі зарубіжного досвіду. Запропоновано комплексний варіант системи управління якістю медичної допомоги на основі змішаної моделі, який передбачає можливість поетапної реалізації із визначенням напрямків першочергових дій, при яких можливим є внесення змін у процесі імплементації його окремих складових в загальну систему якості медичної допомоги;

6. Розроблена можливість пацієнтам обрати найбільш зручну модель фінансування медичних послуг – за рахунок системи державних гарантій, або за рахунок медичного страхування чи у комплексі в залежності від потреб конкретної людини.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я. Вісник АПСВТ. 2020. № 1-2. С.43-52
2. Шевчук Н.В. Адміністративно-правове регулювання організації охорони здоров'я на регіональному рівні: автореф. дис... канд. юрид. наук: 12.00.07. Київ, 2015. С. 20.
3. Гомон Д.О. Адміністративно-правове та організаційне забезпечення охорони здоров'я в Україні: дис. ...канд. юрид. наук: 12.00.07. Одеса, 2018. С. 250.
4. Руснак Л.М. Адміністративно-правове забезпечення права на охорону здоров'я в Україні: автореф. дис....канд... юрид. наук: 12.00.07. Київ, 2016. С. 22.
5. Логвиненко Б.О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика: автореф. дис. докт. юрид. наук: 12.00.07. Київ, 2018. С.43.
6. Про порядок контролю якості медичної допомоги. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text> І. А.
7. Лехан В.М., Крячкова Л. В., Волчек В. В. перетворення в системах первинної медичної допомоги (порівняльний аналіз підходів в країнах Європи та в Україні) : навчальний посібник. Дніпропетровськ, 2016. С. 30
8. Житов І. А. Особливості системи управління медичною допомогою в Україні. Студентські наукові читання -2022: Збірник наукових праць науково-практичної конференції «Студентські наукові читання – 2022» за результатами І туру Всеукраїнського конкурсу студентських наукових робіт. Житомир: Поліський національний університет, 2022. С. 353-354.
9. Charter of Fundamental Rights of the European Union 2012/C 326/02
URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:12012P/TXT>.

10. Загальна декларація прав людини Організації Об'єднаних Націй від 10 грудня 1948 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015

11. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права Організації Об'єднаних Націй від 16 грудня 1966 року. URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_042.

12. Constitution of the World Health Organization. URL : https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017/07/constitution_of_health_en.pdf.

13. Житов І. А. До питання формування системи управління якістю надання медичної допомоги в Україні. «Modern Movement o Science»: Proceedings of the 15th International Scientific and Practical Internet Conference, October 19-20, 2023. Dnipro, Ukraine, 2023. С. 212–213.

14. Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327356/9789289051750-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> .

15. OECD (2019), Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. URL: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.

16. The legatum prosperity index 2019. URL : <https://www.prosperity.com/rankings>.

17. GHS Index Map. URL: <https://www.ghsindex.org/#1-section-map>.

18. Euro Health Consumer Index 2018. URL: <https://healthpowerhouse.com/publication/>.

19. National Health Insurance Act No. 192 of December 27, 1958. URL: <http://www.japaneselawtranslation.go.jp/law/detail/?re=02&dn=1&x=0&y=0&co=1&ia=03&ja=04&yo=&gn=&sy=&ht=&no=&bu=&ta=&ky=constitution&page=22>

20. Japan Health System Review. Health Systems in Transition. 2018. Vol. 8., №1. URL: https://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B5390.pdf.

21. Characteristics of Japan's social security system Ministry of Health, Labour and Welfare. URL: https://www.mhlw.go.jp/english/social_security6-a.pdf

22. About medical insurance in Japan Ministry of Health, Labour and Welfare. URL: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuouhoken/iryuuouhoken01/index.html.

23. The U.S. Department of Health&Human Services: Health Care. URL: <http://www.hhs.gov/healthcare/index.html>.

24. Protection from high medical costs. URL: <https://www.healthcare.gov/why-coverage-is-important/protection-from-high-medical-costs>.

25. The Official U.S. Government Site for Medicare. URL: <https://www.medicare.gov>.

26. Medicaid – basic Health Program. URL: <https://www.medicaid.gov/>.

27. Australian Government Department of Health. The Australian health system. URL: <https://www.health.gov.au/about-us/the-australian-health-system>.

28. Das Wichtigste in Kürze Bundesamt für Gesundheit BAG. Krankenversicherung. URL: <http://www.bag.admin.ch/bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-das-wichtigste-in-kuerze.html>.

29. Rijksoverheid. Zorgverzekering. URL: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering>.

30. Rijksoverheid. Hoe is de zorgverzekering in Nederland geregeld? URL: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/zorgverzekering-in-nederland>.

31. Nederlandse Zorgautoriteit. Monitor Zorgverzekeringen 2019. URL: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_289640_22/1/.

32. Житов І. А. Короткий аналіз моделей системи управління якістю охорони здоров'я в Україні. «Global Society in Formation of New Security System and World Order» Proceedings of the 2nd International Scientific and Practical Internet Conference, July 27-28, 2023. Dnipro, Ukraine, 2023. С. 158-159.

33. Вовк С. М., Половян Н. С., Вовк Т. В. Особливості трансформації механізмів управління якістю надання медичних послуг. Публічне управління та митне адміністрування. 2020. № 3(26). С. 33-37.

34. Контроль якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я. URL: <https://medplatforma.com.ua/article/408-qqq-16-m9-organzatsya-kontrolyu-yakost-medichno-dopomogi-v-zakladah-ohoroni-zdorovya>

35. Мороз Г. Розвиток системи управління якістю надання медичної допомоги. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної інтернет конференції з міжнародною участю. Західноукраїнський національний університет, 2020. С. 337-340.

36. Вороненко Ю. В. Самооцінювання як складова підготовки системи управління якістю медичної допомоги закладу охорони здоров'я до сертифікації на відповідність ДСТУ 1809001:2009. URL: <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-73109-samoocinyuvannya-yak-skladova-pidgotovki-sistemi-upravlinnya-yakisty-medichnoi-dopomogi-zakladu-ohoroni-zdorov-ya-do-sertifikacii-na-vidpovidnist-dstu-iso-9001-2009>.

37. Медяник Д. І., Липчанський В. О. Особливості ефективності управління закладами охорони здоров'я. Наукові записки. 2016. Вип. 19. С. 23–29.

38. Дехтяр А. О. Державно-управлінські рішення : інформаційно-аналітичне та організаційне забезпечення : моногр. Харків : Вид-во ХарІНАДУ «Магістр», 2013. 224 с.

39. Якість медичної допомоги. URL: <https://pubhealth.med.sumdu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/02/Lecture-1-Quality-management-in-the-health.pdf>

40. Педак І. С. Бенчмаркінг як механізм порівняльного аналізу та запорука майбутніх регіонів. Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія : Державне управління. 2017. Т. 28 (67). С. 52–57.

41. Управління якістю медичної допомоги в Європейському регіоні. Методи оцінки якості медичної допомоги. Стратегія безперервного покращення освіти. URL: <https://pubhealth.med.sumdu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/02/MI-T11-Healthcare-systems.pdf>

42. Teremetskyi V.I., Knysh S.V., Stratonov V.M. et al. Organizational and Legal Determinants of Implementing International Experience in the Health Care Sector of Ukraine. *Wiadomosci Lekarskie*. 2019. Vol. 72. №4. P. 711-715.

43. Reshota N. Класифікація основних моделей медичних систем у світі та шлях України 2020. URL: <https://ingeniusua.org/articles/klasyfikatsia-osnovnykh-modeley-medychnykh-system-u-sviti-ta-shlyakh-ukrayiny/>.

44. Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019: Monitoring report od World Health Organization. URL : https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf?ua=1.

45. Концепція управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року. Наказ МОЗ України №454 від 01.08.2011 року. URL: www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/454.doc.

46. Пархоменко Г.Я., Якимець В.М. Проблеми у системі охорони здоров'я України та обґрунтування необхідності їх вирішень. ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», Київ 2011. С46.

47. Книш С.В. Адміністративно-правові відносини у сфері охорони здоров'я в Україні: автореф. дис. ...докт. юрид. наук: 12.00.07. Тернопіль, 2019. С.36.

48. Хартія основних прав Європейського Союзу від 7 грудня 2000 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_524.

49. Європейська соціальна хартія Ради Європи від 3 травня 1996 року. URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062.

50. Конвенція Організації Об'єднаних Націй про права дитини від 20 листопада 1989 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021.

51. Міжнародна конвенція ООН про ліквідацію всіх форм расової дискримінації від 21 грудня 1965 року. URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_105 (дата звернення 10.04.2023).

52. Конвенція Організації Об'єднаних Націй про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок від 18 грудня 1979 року. URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_207.

53. Конвенція Організації Об'єднаних Націй про права осіб з інвалідністю (Конвенція про права інвалідів) від 13 грудня 2006 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71.

54. African Charter on Human and Peoples Rights. URL : <https://www.achpr.org/legalinstruments/detail?id=49>.