

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ ВАДИМА ГЕТЬМАНА**

**Факультет економіки та управління**

**Кафедра національної економіки та публічного управління**

**ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНА ПРОГРАМА**

**Цифрове врядування**

Галузь знань 28 Публічне управління та адміністрування

Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування

Форма навчання: заочна

**КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА**

на тему

**«ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ  
ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ЦИФРОВІЗАЦІЇ»**

здобувача **Прант Світлани Анатоліївни**

(підпис)

Науковий керівник: кандидат наук з державного управління, доцент  
Васюк Наталія Олегівна

(підпис)

**Робота допущена до захисту перед екзаменаційною комісією  
з атестації здобувачів вищої освіти (ЕК)**

Завідувач кафедри:

доктор наук з державного управління, доцент, Карпенко О.В.

**Київ 2022**

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ ВАДИМА ГЕТЬМАНА**

**Факультет економіки та управління**

**Кафедра національної економіки та публічного управління**

**ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНА ПРОГРАМА**

**Цифрове врядування**

Галузь знань 28 Публічне управління та адміністрування

Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування

**ПОГОДЖЕНО**

Керівник проєктної групи (гарант)  
освітньо-професійної /  
освітньо-наукової програми

\_\_\_\_\_ О.В.Карпенко

\_\_\_\_\_ 2022р.

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Завідувач кафедри

\_\_\_\_\_ О.В.Карпенко

\_\_\_\_\_ 2022р.

**ІНДИВІДУАЛЬНЕ ЗАВДАННЯ**

здобувачу вищої освіти Прант Світлані Анатоліївні

**заочної форми навчання**

на підготовку кваліфікаційної магістерської роботи

*на тему*

«Державне регулювання у сфері забезпечення якості  
медичної допомоги в умовах цифровізації»

Тему затверджено наказом ректора Університету від 25 жовтня 2022 р .№ 1854-ст

**Кваліфікаційна магістерська робота виконується на матеріалах** нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я, фундаментальних положень з теорії державного управління, наукових праць українських і зарубіжних учених за темою дослідження.

## План кваліфікаційної магістерської роботи

|                                                   |                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Розділ 1</b>                                   | Теоретичні основи державного регулювання у сфері забезпечення якості медичної допомоги                                                                                                       |
| <b>Розділ 2</b>                                   | Вітчизняна та зарубіжна практика державного регулювання у сфері забезпечення якості медичної допомоги в умовах розвитку цифрового суспільства                                                |
| <b>Розділ 3</b>                                   | Пріоритетні напрями удосконалення державного регулювання у сфері забезпечення якості медичної допомоги в умовах цифровізації                                                                 |
| <b>Об'єкт дослідження:</b>                        | державне регулювання сфери охорони здоров'я                                                                                                                                                  |
| <b>Предмет дослідження:</b>                       | державне регулювання у сфері забезпечення якості медичної допомоги в умовах розвитку цифрового суспільства                                                                                   |
| <b>Мета кваліфікаційної магістерської роботи:</b> | теоретичне обґрунтування та розробка практичних рекомендацій щодо удосконалення державного регулювання у сфері забезпечення якості медичної допомоги в умовах розвитку цифрового суспільства |

**Конкретні завдання, які здобувач повинен виконати для досягнення поставленої мети:**

- У розділі 1** | дослідити теоретичні засади проблеми державного регулювання якості надання медичної допомоги;  
проаналізувати понятійно-категорійний апарат за темою дослідження
- У розділі 2** | з'ясувати сучасний стан та рівень якості надання медичної допомоги в Україні;  
вивчити практику державного регулювання якості й доступності медичних послуг населенню у зарубіжних країнах
- У розділі 3** | розробити рекомендації щодо шляхів підвищення якості надання медичної допомоги в Україні в сучасних цифрових умовах

**Завдання підготував  
науковий керівник**



(підпис)

Васюк Н.О.

(ініціали, прізвище)

«01» липня 2022р.

**Завдання одержав  
здобувач**



(підпис)

Прант С.А.

(ініціали, прізвище)

«01» липня 2022р.

## Реферат

Кваліфікаційна магістерська робота містить 84 сторінки, 7 рисунків, 2 таблиці, список використаних джерел з 80 найменувань.

### **«Державне регулювання у сфері забезпечення якості медичної допомоги в умовах цифровізації»**

*Об'єктом дослідження є державне регулювання сфери охорони здоров'я.*

*Предметом дослідження є державне регулювання у сфері забезпечення якості медичної допомоги в умовах розвитку цифрового суспільства.*

*Мета і завдання дослідження.* Метою магістерської роботи є теоретичне обґрунтування та розробка практичних рекомендацій щодо удосконалення державного регулювання у сфері забезпечення якості медичної допомоги в умовах розвитку цифрового суспільства.

*Завдання дослідження:*

- дослідити теоретичні засади проблеми державного регулювання якості надання медичної допомоги;
- проаналізувати понятійно-категорійний апарат за темою дослідження;
- з'ясувати сучасний стан та рівень якості надання медичної допомоги в Україні;
- вивчити практику державного регулювання якості й доступності медичних послуг населенню у зарубіжних країнах;
- розробити рекомендації щодо шляхів підвищення якості надання медичної допомоги в Україні в сучасних цифрових умовах.

*Теоретична, методична та практична значущість отриманих результатів.* Під час дослідження автором роботи було систематизовано практику державного регулювання якості й доступності медичних послуг населенню у зарубіжних країнах.

Практичні результати дослідження полягають в розробленні науково обґрунтованих пропозицій щодо визначення шляхів удосконалення державного регулювання у сфері забезпечення якості медичної допомоги в умовах розвитку цифрового суспільства.

Основні теоретичні положення магістерської роботи та запропоновані висновки можуть бути використані в діяльності органів публічної влади, закладах вищої освіти України, які готують фахівців у сфері публічного управління та адміністрування, а також у процесі підготовки програмних та нормативно-правових документів з питань забезпечення якості медичної допомоги.

Рік виконання кваліфікаційної магістерської роботи – 2022.

Рік захисту роботи – 2022.

*Ключові слова:* сфера охорони здоров'я, якість медичної допомоги, державне регулювання, цифрове суспільство.

В і д г у к  
про кваліфікаційну магістерську роботу  
здобувача факультету економіки та управління  
освітньо-професійної програми  
**«Цифрове врядування»**

Прант Світлани Анатоліївни

на тему **«Державне регулювання у сфері забезпечення якості медичної  
допомоги в умовах цифровізації»**

**1. Актуальність теми.** Незважаючи на зосереджену увагу протягом останніх років, питання якості медичної допомоги в охороні здоров'я залишаються актуальними. Головною метою вдосконалення сфери охорони здоров'я є створення такої системи, функціонування якої буде сприяти забезпеченню медичними послугами високої якості і доступності кожного громадянина незалежно від його соціального чи матеріального статусу.

**2. Позитивні риси кваліфікаційної магістерської роботи.** Результативне використання адекватно дібраної методології та сучасних підходів теоретичного наукового дослідження обумовило достовірність висновків і рекомендацій, представлених в роботі. Одержані наукові результати належно обґрунтовані у відповідних розділах магістерського дослідження.

**3. Наявність самостійних розробок автора.** Автором досліджено теоретичні засади проблеми державного регулювання якості надання медичної допомоги; проаналізовано понятійно-категорійний апарат за темою дослідження; з'ясовано сучасний стан та рівень якості надання медичної допомоги в Україні; вивчено практику державного регулювання якості й доступності медичних послуг населенню у зарубіжних країнах; розроблено рекомендації щодо шляхів підвищення якості надання медичної допомоги в Україні в сучасних цифрових умовах.

**4. Цінність теоретичних висновків та практичних рекомендацій.** Практичні результати дослідження полягають в розробленні науково

обґрунтованих пропозицій щодо визначення шляхів удосконалення державного регулювання у сфері забезпечення якості медичної допомоги в умовах розвитку цифрового суспільства. Основні теоретичні положення магістерської роботи та запропоновані висновки можуть бути використані в діяльності органів публічної влади, закладах вищої освіти України, які готують фахівців у сфері публічного управління та адміністрування, а також у процесі підготовки програмних та нормативно-правових документів з питань забезпечення якості медичної допомоги.

**5. Наявність недоліків:** у роботі бажано б було сформулювати авторське визначення поняття «державне регулювання у сфері забезпечення якості медичної допомоги в умовах цифровізації». Висловлене зауваження не знижує загальної високої оцінки магістерської роботи.

**6. Загальна оцінка кваліфікаційної магістерської роботи та її допущення до захисту перед ЕК:** робота є закінченим науковим дослідженням, відповідає вимогам галузевого стандарту вищої освіти за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування», може бути допущена до захисту перед екзаменаційною комісією і заслуговує високої оцінки (оцінка магістерської роботи складає 92 бали).

Науковий керівник:

кандидат наук з державного управління,  
доцент



Васюк Н. О.

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

**Рецензія**  
на кваліфікаційну магістерську роботу здобувача вищої освіти

Прант Світлани Анатоліївни

на тему «Державне регулювання у сфері забезпечення якості медичної допомоги в умовах цифровізації»

**Актуальність теми кваліфікаційної магістерської роботи і доцільність її розроблення.** Ефективне державне регулювання у сфері забезпечення якості медичної допомоги має важливе значення для сфери охорони здоров'я. Одним з напрямів трансформації системи охорони здоров'я є покращення системи якості надання медичної допомоги. На сучасному етапі цифрового розвитку суспільства та системи охорони здоров'я *якість медичної допомоги вважається основною цільовою функцією і водночас критерієм діяльності системи охорони здоров'я.* Забезпечення якості при наданні медичної допомоги у більшості країн розглядається як основа національної політики в сфері охорони здоров'я. У цьому зв'язку дослідження державного регулювання у сфері забезпечення якості медичної допомоги в умовах розвитку цифрового суспільства є надзвичайно актуальним.

**Якість проведеного дослідження.** Обґрунтованість результатів дослідження, сформульовані в роботі, базуються на опрацюванні широкого кола наукових джерел, зокрема праць українських та зарубіжних авторів, які спеціалізуються на дотичній проблематиці, що свідчить про досягнення мети роботи та отримання висновків і рекомендацій.

**Позитивні риси кваліфікаційної магістерської роботи.** Кваліфікаційна магістерська робота є оригінальним, цілісним, комплексним, завершеним науковим дослідженням на актуальну тему, що містить обґрунтовані теоретичні висновки, і відповідає встановленим вимогам. Одержані наукові результати належно обґрунтовані у відповідних розділах магістерського дослідження.

**Зауваження.** Робота виграла б у разі надання конкретних пропозицій з удосконалення державного регулювання у сфері забезпечення якості медичної допомоги, зокрема індивідуального професійного ліцензування медичної практики та ін. Разом з тим, зазначена дискусійна пропозиція до кваліфікаційної магістерської роботи, не знижує загальної високої оцінки наукової цінності дослідження.

**Практична значимість висновків і рекомендацій** полягає в розробленні науково обґрунтованих пропозицій щодо удосконалення державного регулювання у сфері забезпечення якості медичної допомоги в умовах розвитку цифрового суспільства. Основні теоретичні положення магістерської роботи та запропоновані висновки можуть бути використані органами державної влади при розробці національних стратегічних документів з питань якості медичної допомоги, програм переходу до прецизійної медицини; при підготовці внутрішніх стандартів, уніфікованих з законодавчими нормами, правилами надання медичної допомоги при переході до високотехнологічного комплаєнс-менеджменту.

Рецензент:

доктор наук з державного управління,  
заступник генерального директора з  
медичної роботи  
Медичного центру «ТОВ ТД «Омега Київ»



С.Є.Мокрецов



## **ЗМІСТ**

|                                                                                                                                                                    |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>ВСТУП.....</b>                                                                                                                                                  | <b>3</b>  |
| <b>РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ .....</b>                                                       | <b>6</b>  |
| 1.1. Теоретико-історичні засади дослідження проблеми державного регулювання якості надання медичної допомоги .....                                                 | 6         |
| 1.2. Понятійно-категорійний апарат дослідження .....                                                                                                               | 17        |
| <b>РОЗДІЛ 2 ВІТЧИЗНЯНА ТА ЗАРУБІЖНА ПРАКТИКА ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ РОЗВИТКУ ЦИФРОВОГО СУСПІЛЬСТВА.....</b> | <b>26</b> |
| 2.1. Сучасний стан та рівень якості надання медичної допомоги населенню в Україні .....                                                                            | 26        |
| 2.2. Регулювання якості й доступності надання медичних послуг населенню у зарубіжних країнах .....                                                                 | 35        |
| <b>РОЗДІЛ 3 ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ЦИФРОВІЗАЦІЇ .....</b>                 | <b>49</b> |
| 3.1. Впровадження європейського досвіду державного регулювання якості надання медичної допомоги .....                                                              | 49        |
| 3.2. Шляхи підвищення якості надання медичної допомоги в Україні в сучасних цифрових умовах .....                                                                  | 61        |
| <b>ВИСНОВКИ .....</b>                                                                                                                                              | <b>73</b> |
| <b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....</b>                                                                                                                            | <b>77</b> |

## ВСТУП

*Актуальність теми.* Цілі сталого розвитку підтверджують глобальне зобов'язання щодо досягнення універсального охоплення послугами охорони здоров'я до 2030 року. Це означає, що всі люди та громади в усьому світі повинні мати доступ до високоякісних медичних послуг, які їм потрібні – промоційних, профілактичних, лікувальних, реабілітаційних або паліативних – без фінансових труднощів.

Одним з напрямів трансформації системи охорони здоров'я є покращення системи якості надання медичної допомоги. На сучасному етапі цифрового розвитку суспільства та модернізації систем охорони здоров'я в усьому світі якість медичної допомоги вважається основною цільовою функцією і водночас критерієм діяльності системи охорони здоров'я. Забезпечення якості при наданні медичної допомоги у більшості країн розглядається як основа національної політики в сфері охорони здоров'я. В багатьох країнах прийняті і діють програми забезпечення якості медичної допомоги.

За даними ВООЗ, однією з трьох фундаментальних цілей системи охорони здоров'я у світі визначено поліпшення стану здоров'я населення, при цьому підкреслюється, що система охорони здоров'я має значний потенціал впливу на здоров'я населення.

Прогресивний розвиток у наданні медичних послуг, полягає в ефективному їх охопленні та фінансовому захисті, гарантуючи, що ніхто не збідніє через погане здоров'я. Але за умови досягнення необхідного рівня охоплення послугами охорони здоров'я та фінансового захисту, результати охорони здоров'я все рівно можуть бути неналежними у разі неякісних та небезпечних послуг. Ефективне державне регулювання у сфері забезпечення якості медичної допомоги має важливе значення для сфери охорони здоров'я. Саме на цьому базується актуальність обраної теми дослідження.

Неякісний догляд тягне за собою витрату значних ресурсів і шкодить здоров'ю населення, руйнуючи людський потенціал і знижуючи продуктивність праці. Якість медичної допомоги, особливо безпека пацієнтів, має важливе значення для формування довіри до медичних послуг. Це також є ключем до глобальної безпеки охорони здоров'я, яка починається з безпеки охорони здоров'я на місцях, і залежить від високоякісних медичних послуг на первинному рівні. Якісні медичні послуги не лише запобігають людським стражданням і забезпечують здорове суспільство, вони також забезпечують кращий людський капітал та здорову економіку.

Питання державного регулювання у сфері охорони здоров'я перебували у полі зору таких українських науковців, як Н. Васюк, М. Білинська, Р. Грицак, Р. Деркач, В. Загородний, Л. Жаліло, А. Степаненко, В. Москаленко, Я. Радиш та багато інших.

Проблеми забезпечення якості медичної допомоги висвітлюються в працях як вітчизняних, так і зарубіжних фахівців: А. Donabedian, Н. Boosman, S.R. Ranji та ін. Разом з тим, питання державного регулювання у сфері забезпечення якості медичної допомоги, особливо в умовах сучасного цифрового розвитку, поки є недостатнім та потребує подальших наукових розробок.

Мета і завдання дослідження. *Метою* дослідження є теоретичне обґрунтування та розробка практичних рекомендацій щодо удосконалення державного регулювання у сфері забезпечення якості медичної допомоги в умовах розвитку цифрового суспільства.

Для досягнення мети були поставлені такі *завдання*:

- дослідити теоретичні засади проблеми державного регулювання якості надання медичної допомоги;
- проаналізувати понятійно-категорійний апарат за темою дослідження;
- з'ясувати сучасний стан та рівень якості надання медичної допомоги

в Україні;

- вивчити практику державного регулювання якості й доступності медичних послуг населенню у зарубіжних країнах;
- розробити рекомендації щодо шляхів підвищення якості надання медичної допомоги в Україні в сучасних цифрових умовах.

*Об’єкт дослідження* – державне регулювання у сфері охорони здоров’я.

*Предмет дослідження* – державне регулювання у сфері забезпечення якості медичної допомоги в умовах розвитку цифрового суспільства.

*Теоретична, методична та практична значущість отриманих результатів.* Значення отриманих результатів полягає в тому, що запропоновані рекомендації щодо шляхів підвищення якості надання медичної допомоги в Україні в сучасних цифрових умовах спрямовані на удосконалення державних регулятивних процесів у вітчизняній системі охорони здоров’я.

Результати магістерської роботи можуть бути використані органами державної влади при розробці національних стратегічних документів з питань якості медичної допомоги, програм переходу до прецизійної медицини; при підготовці внутрішніх стандартів, уніфікованих з законодавчими нормами, правилами надання медичної допомоги при переході до високотехнологічного комплаєнс-менеджменту тощо.

*Інформаційна база дослідження.* Кваліфікаційна магістерська робота виконується на матеріалах нормативно-правових актів у сфері охорони здоров’я, фундаментальних положень з теорії державного управління, наукових праць українських і зарубіжних учених за темою дослідження.

*Структура роботи.* Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків. Кваліфікаційна магістерська робота містить 84 сторінки, 7 рисунків, 2 таблиці, список використаних джерел налічує 80 найменувань.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

#### 1.1. Теоретико-історичні засади дослідження проблеми державного регулювання якості надання медичної допомоги

Концепція здоров'я як рівноваги між людиною та навколишнім середовищем, єдності душі й тіла, природного походження хвороб була основою уявлень про здоров'я в Стародавній Греції. Подібні концепції існували в давньоіндійській та китайській медицині. У 5 столітті до нашої ери Піндар визначив здоров'я як «гармонійне функціонування органів», наголошуючи на фізичному аспекті здоров'я, фізичному тілі та загальній функціональності, що супроводжується відчуттям комфорту та відсутності болю. Навіть сьогодні його визначення є важливою умовою загального здоров'я та благополуччя.

Платон (429-347 рр. до н. е.) у своїх «Діалогах» вказував на те, що досконале людське суспільство може бути досягнуто шляхом гармонізації інтересів окремої особи та спільноти, а ідеал давньогрецької філософії «здоровий дух у здоровому тілі» можна було б досягти, якби люди встановили внутрішню гармонію та гармонію з фізичним і соціальним середовищем.

Згідно з вченням Арістотеля, людина за своєю природою є суспільною істотою; він прагне жити в громадах з обов'язком поважати моральні стандарти та етичні правила. Аристотель наголошував на необхідності врегулювання відносин у суспільстві для досягнення гармонійного функціонування та збереження здоров'я його членів.

Демокріт пов'язував здоров'я з поведінкою, дивуючись, чому люди моляться Богу про здоров'я, яке, по суті, було під їх власним контролем. Гіппократ пояснював здоров'я у зв'язку з факторами навколишнього середовища і способом життя. Гіппократ був творцем концепції «позитивного здоров'я», яке залежало від первинної конституції людини (ми сьогодні це

розуміємо як генетику), харчування та фізичних вправ. Він вважав, що правильне харчування та фізичні вправи є важливими для здоров'я, і що зміни пори року мають глибокий вплив на розум і тіло, що призводить до різних типів переважаючих захворювань взимку (хвороби дихальних шляхів) і влітку (хвороби травного тракту) [1].

У середні віки на сприйняття здоров'я сильно впливали релігія та церква. Після розпаду Римської імперії церква залишилася єдиною важливою інфраструктурою, що забезпечує турботу про людей і збирає знання про ліки, наприклад, трави, вирощені в монастирських садах. «Забуті» знання античності були заново відкриті в епоху Відродження та переформатовані до сучасності.

У період промислової революції здоров'я стало економічною категорією, яка мала забезпечити хороший стан і працездатність і зменшити втрачені робочі дні через хворобу. Відповідно, цінність здоров'я була такою, як можливість отримання економічної прибутку. Здоров'я перепліталось з дарвінівським розумінням сили та бути найпридатнішим, де сенс життя був пов'язаний із фізичним виживанням. Інший аспект здоров'я вважав здатність індивіда адаптуватися до впливів навколишнього середовища в тій мірі, в якій індивід міг терпіти і протистояти. Коли адаптація закінчується, хвороба виникає як природний наслідок. Цей підхід спочатку відображав лише біологічні механізми адаптації, пізніше додавши впливи навколишнього середовища, які потребували регулювання та модифікації [2].

Сучасна охорона здоров'я еволюціонувала та стала більше зосереджена на профілактиці. Тенденції та нові технології в охороні здоров'я зосереджені на наданні пацієнтам більшого доступу до медичної допомоги з метою запобігання проблемам із здоров'ям, перш ніж вони перетворяться на хвороби. Для зменшення та викорінення захворювань, підтримки загального фізичного та психічного здоров'я, а також для навчання пацієнтів і їхніх сімей щодо безпеки вживаються профілактичні заходи.

Ключовим і визначальним гравцем на ринку медичних послуг є держава. Лише у разі повного охоплення цільовими програмами всіх сегментів, і державного, і приватного, можливими є досягнення державою цілей у медичній галузі. Нормативно-правову базу, обсяг фінансових коштів у галузі визначає держава. Однак, ефективні цільові програми в сфері медицини, які могли б стимулювати приватно-державне партнерство, поки що перебувають у стані розробки та не можуть впливати на регулювання цього сегменту. Низький рівень тарифів для компенсації послуг, що надаються, в тому числі в системі сімейної медицини є перешкодою для більшості комерційних клінік в питаннях активної участі у пропонованих державою ініціативах [3].

У всьому світі існує гостра нестача людських ресурсів для охорони здоров'я, і Україна не є виключенням. Найбільший тягар несуть країни з низьким рівнем доходу, ця нестача не лише значною мірою обмежує досягнення цілей розвитку, пов'язаних зі здоров'ям, але й перешкоджає прискореному прогресу до загального охоплення медичними послугами.

Як і будь-яка інша країна з низьким рівнем доходу, Україна відчуває дефіцит медичних працівників, особливо спеціалізованих медичних працівників, щоб задовольнити швидко зростаючу потребу в спеціалізованій медичній допомозі. Ефективне використання кадрів охорони здоров'я розглядається як короткостроковий захід, разом з тим, докладаються цілеспрямовані зусилля щодо реалізації політики з питань підвищення обсягів підготовки кадрів для сфери охорони здоров'я. В Україні в питаннях сімейної медицини ситуація ускладнюється тим, що для реалізації реформи необхідна масштабна перекваліфікація існуючих лікарів.

У 46 країнах існує величезна прогалина у спеціалістах із охорони здоров'я, тому навчання має бути зосереджено на таких фахівцях: кардіохірургах, нейрохірургах, онкологах, нефрологах, лікарях із легенів та шкіри, анестезіологах, медсестрах із кардіології, судових медиків; а також середнього медичного персоналу: медсестри, стоматологічні медсестри,

медсестри швидкої допомоги та медсестри онкології.

Тому госто постає необхідність розгляду більш інноваційних підходів, включаючи використання цифрових технологій, щоб вирішити цю проблему в найближчій, середньо- та довгостроковій перспективі. Необхідно розробити політику та законодавчу базу для сприяння обміну фаховими знаннями між країнами [4].

Нестача медичних працівників на сьогодні становить 7,2 мільйона. У доповіді ВООЗ на Третньому глобальному форумі з кадрових ресурсів для охорони здоров'я зазначено, що, якщо її не вирішити, дефіцит, визначений у звіті, матиме серйозні наслідки для здоров'я мільярдів людей у всьому світі. Хоча майже половина населення світу проживає в сільській місцевості, лише 38% медсестер і 25% лікарів у світі працюють у цих місцевостях.

Така ситуація, включаючи такі розвинені країни, як Велика Британія та Сполучені Штати Америки, пояснюється низкою факторів, таких як збільшення хронічних захворювань і конфліктів, відтік мізків у країнах, що розвиваються, і концентрація таких працівників у містах. Вирішення проблеми неадекватності кадрів охорони здоров'я вимагатиме об'єднання зусиль національних та міжнародних організацій [5].

Дефіцит медичних працівників широко поширений у всьому світі. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), до 2030 року не вистачатиме 15 мільйонів медичних працівників. Хоча країни з низьким рівнем доходу особливо сильно постраждали, усі країни, незалежно від рівня розвитку, стикаються з проблемами навчання, найму та розподіл їхньої робочої сили. Ця тенденція була визнана протягом кількох років і її причини були чітко визначені. Населення світу старіє, а це означає, що воно потребуватиме дедалі більше догляду, окрім збільшення хронічних захворювань. У той же час немає достатньої кількості нового медичного персоналу, щоб замінити персонал, який виходить на пенсію, і, більш того, можливості для навчання є обмеженими.



Усі ці фактори були підкріплені та ускладнені кризою охорони здоров'я Covid-19. Дослідження ВООЗ, опубліковане в липні цього року, показує, що на початку епідемії в Європі лікарняне обслуговування, стоматологічна допомога та психіатричне обслуговування були найбільше порушені. Зараз первинна медична допомога та невідкладна допомога розплачуються за кризу. Усі європейські країни страждають від цієї дезорганізації догляду та нестачі практикуючих лікарів [6].

Україна також потерпає від коронавірусної хвороби, яку поки що не вдається локалізувати. Ще більше ускладнює проблему повномасштабне вторгнення росії, внаслідок чого зруйновано та пошкоджено безліч лікувальних закладів, і державної, і приватної форми власності, багато лікарів воюють на фронтах.

За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), для заповнення існуючої прогалини необхідно щонайменше 2 360 000 постачальників медичних послуг і 1 890 000 працівників служби підтримки. Працівники охорони здоров'я розподіляються несправедливо із серйозним дисбалансом між розвиненими країнами та країнами, що розвиваються, причому останні страждають найбільше.

Світ страждає від нестачі лікарів з різних причин, таких як еміграція, неправильний розподіл у сільській/міській місцевості та зміни в демографії населення. Особливо це стосується сільських районів і країн, що розвиваються, де чисельність населення велика, і вже існує дефіцит медичних працівників. Було запропоновано кілька підходів для вирішення цього недоліку; наприклад, розвинуті країни розпочали низку заходів допомоги та заохочення для іноземних випускників медичних закладів, щоб залучити їх до системи охорони здоров'я. Інші країни почали збільшувати кількість абітурієнтів у медичних школах.

Альтернативним підходом є впровадження телемедицини як вирішення проблеми нестачі лікарів у віддалених районах. Однак є недоліки, оскільки

людська робоча сила незамінна в багатьох критичних ситуаціях, які вимагають взаємодії окремої людини. Тим не менш, проблема нестачі лікарів все ще домінує в країнах, що розвиваються, оскільки попередні рішення можуть бути непрактичними через обмежені ресурси, які можна витратити на наймання іноземних лікарів або збільшення кількості медичних шкіл та пулу кандидатів [7].

Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 № 2168-VIII пацієнтам гарантовано державою медичне обслуговування належної якості. Документ встановлює головні принципи програми медичних гарантій, один із яких - зберігати й відновлювати здоров'я населення завдяки медичним послугам [8, ст. 5].

Медична послуга означає будь-яке медичне лікування чи будь-яку медичну, хірургічну, діагностичну, мануальну терапію, стоматологічну, лікарняну, медсестринську, швидку допомогу чи інші пов'язані послуги; ліки, ліки, милиці, протези, скоби та опори; і, якщо необхідно, послуги фізичного відновлення.

Медична послуга або план охорони здоров'я – це будь-який план або програма організованої групи охорони здоров'я, корпорації чи іншої організації для надання медичної допомоги окремим особам від постачальників, як професійних, так і організаційних [9].

Наказ Міністерства охорони здоров'я визначає термін «якість медичної допомоги» як «...надання медичної допомоги та проведення інших заходів щодо організації надання закладами охорони здоров'я медичної допомоги відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я [10].

Зарубіжні науковці поняття «якість медичної допомоги» тлумачать через чотири визначальні атрибути: 1) ефективність, 2) безпечність, 3) культура досконалості та 4) бажані результати. Виходячи з цих атрибутів, визначення якості медичної допомоги тлумачиться як оцінка та надання ефективної та безпечної медичної допомоги, відображеної в культурі

досконалості, що призводить до досягнення оптимального або бажаного здоров'я. Відтак, концептуалізація якості медичної допомоги повинна визначати її базові компоненти та мати потенціал для покращення надання якісної медичної допомоги, що сприятимуть повнішому та послідовнішому розумінню вказаних атрибутів, необхідних для покращення надання медичної допомоги та стійкої громадської довіри [11].

Незважаючи на зосереджену увагу протягом останніх років, питання якості медичної допомоги в охороні здоров'я залишаються актуальними. Однією з проблем, яка може перешкоджати зусиллям щодо її покращення, є відсутність послідовного, єдиного визначення якості. Наприклад, Баттс і Річ стверджують, що кожен має своє визначення або особисте бачення високоякісного медичного обслуговування. Для деяких осіб таке визначення обертається навколо можливості звернутися до постачальника або лікарні за їхнім вибором; для інших першочерговим є доступ до певних видів лікування [12, с. 3].

М.Атрі виокремив п'ять точок зору, з яких можна розглядати якість медичної допомоги як пацієнт/клієнт, медицина, медсестра, покупець і постачальник [13, с. 17]. Якість медичної допомоги дослідники вважають неоднозначним, багатогранним і комплексним поняттям, яке складається з окремих компонентів. Група вітчизняних науковців пропонують розширене визначення і вважають якість медичної допомоги як «надання службами охорони здоров'я окремим особам і населенню в цілому медичних послуг на рівні сучасної професійної підготовки, новітніх досягнень медичної науки з метою отримання очікуваних результатів. Якість медичної допомоги – це відповідність потребам пацієнта з урахуванням сучасних можливостей медичної науки та практики і за умови ефективного використання наявних ресурсів» [14, с. 8].

Отже, на нашу думку, сукупність характеристик (показників) медичної допомоги, які засвідчують її здатність задовольнити медичні потреби

пацієнтів і є якістю медичної допомоги. При цьому стандарти, які відповідають сучасному рівню науки, мають бути враховані. А реальна можливість отримати населенню необхідну медичну допомогу є доступністю медичної допомоги, яка має бути отримана незалежно від рівня добробуту, місця проживання, соціального статусу тощо.

Іншими словами, медична допомога, яка відповідає стандартам надання медичної допомоги (протоколів лікування хворих), вимогам нормативно-правових актів, визначається як якісна своєчасна медична допомога, що надана кваліфікованими медичними працівниками тощо.

Що стосується тлумачення терміну «справедлива» медична допомога, то зазвичай лікарняні терміни описують стан пацієнта, як критичний, справедливий, серйозний, стабільний, є нечіткими. Вони дають вам лише загальне уявлення про те, як хтось почувається, що допомагає захистити конфіденційність пацієнта [15].

Разом з тим, справедливість - це принцип, згідно з яким визначається, що є правильним і обґрунтованим при розподілі медичної допомоги та її благ між членами суспільства. Саме принцип справедливості лежить в основі соціальної політики. Визначення соціальної справедливості обертається навколо концепції рівності та прав людини. Це стосується можливостей, привілеїв і багатства людей у всьому світі. Соціальна справедливість досліджує, як ці права виявляються в житті людей. Він також спрямований на усунення нерівності за статтю, расою, релігією, віком та іншими ознаками. Хоча дискримінація впливає на соціальну справедливість на глобальному рівні, багато лідерів прагнуть до прав людини та рівності для людей. Соціальна справедливість у сфері охорони здоров'я означає надання високоякісної медичної допомоги всім людям. Досягнення соціальної справедливості має вирішальне значення для охорони здоров'я, щоб гарантувати, що всі люди можуть підтримувати найвищий рівень здоров'я та благополуччя [15].

Такі фактори, як освіта, зайнятість, соціально-економічний статус і середовище, можуть впливати на доступ людини до медичної допомоги. Керівники системи охорони здоров'я повинні пам'ятати про осіб і групи, які історично були маргіналізованими та зараз уразливі до нерівності в охороні здоров'я. Адміністратори можуть захищати інтереси цих осіб і груп, розробляючи стратегічні моделі соціальної справедливості в охороні здоров'я, оскільки тільки при справедливому розподілі допомоги може бути досягнуто розумний компроміс між пацієнтом і суспільством (баланс між сприйнятливістю і легітимністю) [16].

Найважливішим критерієм якості медичної допомоги ВООЗ вважає рівень ризику прогресування існуючого захворювання, можливого виникнення хвороби, розвитку ускладнень враховуючи доступність використання медичних технологій і ресурсів та задоволеності пацієнта наданою медичною послугою. Наслідком високої соціальної значимості медичних послуг є високий рівень вимог до їх якості. Держави на національному рівні та міжнародні спеціалізовані організації формують вимоги до персоналу, медичних виробів і препаратів, розробляють стандарти надання медичних послуг, регламентують питання медичного страхування. Такі високі бар'єри обумовлюють високі вимоги для входу на ринок медичних послуг, а відтак – мають забезпечити їх належну якість.

Оцінка якості медичної допомоги може бути майже такою, якою його бажає будь-хто, хоча, як правило, воно є відображенням цінностей і цілей, які існують у системі медичного обслуговування та у більш широкому суспільстві, частиною ця допомога є. Результати медичної допомоги, що стосуються одужання, відновлення працездатності та виживання, часто використовуються як показник якості медичної допомоги. Прикладами є дослідження перинатальної смертності, смертності після хірургічного втручання та соціального відновлення пацієнтів, виписаних із психіатричних лікарень [17].

Використання результату як критерію якості медичної допомоги дає багато переваг. Достовірність результату як виміру якості рідко ставиться під сумнів. Також немає жодних сумнівів щодо стабільності та чинності цінностей відновлення, відновлення та виживання в більшості ситуацій і в більшості культур, хоча, можливо, не в усіх. Крім того, результати, як правило, досить конкретні і, як такі, здавалося б, піддаються більш точному вимірюванню.

Однак низка міркувань обмежує використання результатів як показників якості медичної допомоги. Перше з них полягає в тому, чи є результат лікування насправді відповідним показником. Це пояснюється тим, що результати відображають як силу медичної науки для досягнення певних результатів за будь-якого заданого набору умов, так і ступінь, до якого «наукова медицина», як її зараз прийнято, була застосована в досліджуваних випадках. Але метою може бути саме розділення цих двох ефектів.

Іноді конкретний результат може бути нерелевантним, наприклад, коли виживання вибрано як критерій успіху в ситуації, яка не є смертельною, але може спричинити неоптимальний стан здоров'я. Навіть у ситуаціях, коли результати є релевантними, і відповідний результат було обрано як критерій, необхідно враховувати обмеження. Багато факторів, окрім медичної допомоги, можуть впливати на результат, і для того, щоб зробити обґрунтовані висновки, необхідно вжити заходів, щоб зберегти всі важливі фактори, окрім медичної допомоги, постійними.

У деяких випадках мають пройти тривалі періоди часу, можливо, десятиліття, перш ніж з'являться відповідні результати. У таких випадках результати недоступні, коли вони потрібні для оцінки, і проблеми підтримки порівняльності значно посилюються. Крім того, медичні технології не завжди є ефективними, і міра успіху, яку можна очікувати в конкретній ситуації, часто точно невідома. З цієї причини необхідно використовувати порівняльні дослідження результатів у контрольованих ситуаціях [18].

Незважаючи на значне розширення доступу до основних медичних

послуг, досягнуте в сучасну епоху цифровізації, існують високі рівні смертності та захворюваності, яким можна запобігти та які можна вирішити завдяки зусиллям щодо якості. Наприклад, тягар материнської і дитячої смертності у країнах із низьким і середнім рівнем доходу значною мірою пояснюється низькою якістю медичних послуг. Цілі сталого розвитку чітко ставлять акцент на якості надання медичних послуг у сфері охорони здоров'я для досягнення загального охоплення медичним обслуговуванням у всіх країнах.

Високоякісні медичні послуги передбачають правильний догляд у потрібний час, реагуючи на потреби та вподобання користувачів послуг, зводячи до мінімуму шкоду та втрату ресурсів. Якість охорони здоров'я підвищує ймовірність бажаних результатів для здоров'я та узгоджується з наступними характеристиками: ефективність, безпека, орієнтація на людей, своєчасність, справедливість, інтеграція догляду та ефективності. Незалежно від рівня доходів країни, якщо є можливості для покращення результатів здоров'я, якість медичної допомоги також може бути підвищена [19].

Забезпечення якості медичної допомоги на всіх етапах та рівнях її надання є комплексним процесом, важлива складова якого - контроль якості медичної допомоги. Щоб забезпечити його контроль, потрібно розробити систему безперервного контролю якості медичної допомоги, для чого приймаються Положення про систему контролю якості медичних послуг (допомоги).

Таким чином, на сьогоdnішньому етапі розвитку наукової теорії, поняття «якість» і «якість медичної послуги» мають різне тлумачення. В результаті узагальнення існуючих визначень можемо зробити висновок, що під «якістю» розуміється певна здатність товару, послуги, задовольняти потребу споживача.

Якість медичної послуги - це її відповідність певним встановленим вимогам, в тому числі: потребам пацієнтів, системі встановлених стандартів і

нормативів. Тому, вдосконалення системи охорони здоров'я, на наше переконання, має бути направлено на адаптацію її до сучасних потреб населення та існуючих економічних можливостей. При цьому головною метою вдосконалення сфери охорони здоров'я є створення такої системи, функціонування якої буде сприяти забезпеченню медичними послугами високої якості і доступності кожного жителя незалежно від його соціального чи матеріального статусу.

## **1.2. Понятійно-категорійний апарат дослідження**

Одним із найскладніших процедур наукового дослідження є аналіз тлумачень певного поняття, явища або процесу. Дослідження проблеми державного регулювання у сфері забезпечення якості медичної допомоги, обумовлює потребу у аналізі тлумачень основних термінів, категорій і понять у сфері охорони здоров'я.

У цьому зв'язку вважаємо за необхідне розкрити сутність основних понять за темою дослідження, зокрема “державне регулювання системи охорони здоров'я”, “медична допомога”, а також “якість медичної допомоги”.

Пошук неринкових алгоритмів задоволення потреб громадян у суспільних благах, похибки ринкового саморегулювання та їх усунення обумовлюють потребу у державних регулятивних процесах у економічній сфері.

Забезпечення коректних умов функціонування ринкового механізму є головним завданням держави, яка здійснює розробку економічної політики, обґрунтування її положень, вибір засобів та методів її проведення, а також вплив на ринкову кон'юнктуру та діяльність суб'єктів господарювання [20, с. 68].

Сучасна наукова література поняття «державне регулювання» тлумачить як його різноманітні методи та форми [21, с. 212]. Науковці сутність державного регулювання групує за наступними ознаками: державне



регулювання як комплекс основних форм і методів впливу на певний процес чи об'єкт; як економічна діяльність держави; як система заходів.

На початку 21-го століття уряди розвинутих економік менше покладалися на пряме економічне втручання за допомогою фіскальних і монетарних інструментів, а все більше - на незалежне регулювання для стимулювання конкуренції та забезпечення надання соціальних благ. Крім того, вони вийшли з компаній, які безпосередньо керували в таких сферах, як транспорт, телекомунікації та комунальні послуги. У цих нещодавно лібералізованих секторах роль уряду стала нейтральною, яка забезпечує конкуренцію та, де необхідно, соціальний захист.

Девід Бах вважає, що поняття регулятивної держави передбачає зміщення ролі держави як в економіці, так і в суспільстві, від позитивного втручання до регулювання та арбітражу, особливо у розвинутих індустріальних економіках. Таким чином, передбачуваний розвиток регуляторної держави має як політичний, так і інституційний вимір. Це сигналізує про офіційний кінець кейнсіанського управління попитом як домінуючої парадигми економічної політики та підкреслює створення нових адміністративних інструментів для керування динамікою ринку [22].

Отже, під державним регулюванням (англ. State regulation) розуміють «форму цілеспрямованого впливу держави через систему економічних, правових і адміністративних методів з метою забезпечення або підтримки тих чи інших економічних процесів, створення сприятливих умов для розвитку усіх інституціональних одиниць» [32, с. 18]. Державне регулювання як програма дій враховує соціальні орієнтири розвитку сфер життєдіяльності суспільства та зобов'язує підприємство адаптувати стратегію розвитку до вимог ринку.

Охорона здоров'я – це і сфера послуг, і індустрія, яка потребує регулювання, яка визначається як «процеси, до яких залучені інституційні суб'єкти, які прагнуть формувати, контролювати, покращувати або змінювати

діяльність в організаціях охорони здоров'я з метою зменшення ризику заподіяння шкоди пацієнтам під час надання медичної допомоги».

Регулювання є важливим суб'єктом охорони здоров'я та медичного страхування. Роль регуляторних органів полягає в тому, щоб захистити споживачів медичних послуг від ризиків для здоров'я, забезпечити безпечне робоче середовище для медичних працівників і гарантувати, що громадське здоров'я та добробут обслуговуються програмами охорони здоров'я. Регулювання працює на всіх рівнях, а нормативні стандарти розробляються державними та приватними організаціями.

Таким чином, регуляторні органи контролюють індивідуальних і корпоративних медичних працівників та заклади; інформують уряд про зміни в роботі галузі охорони здоров'я; забезпечують більш високі стандарти безпеки; працюють над покращенням якості медичного обслуговування та дотримання відповідних інструкцій [24].

Система регулювання допомагає відстежувати, наскільки система охорони здоров'я дотримується своїх договірних зобов'язань та інших вимог законодавства, захищаючи суспільні інтереси. Вона також встановлює стандарти для технічних операцій, безпеки та якості.

Економічна ефективність, аналіз ефективності, оцінка тарифів і регулярні перегляди, а також встановлення механізмів для врегулювання суперечок між сторонами, є частиною регулювання. Регуляторний орган також консультує уряд щодо приватно-державного партнерства в галузі охорони здоров'я, допомагаючи формувати політику у медичній галузі [25].

Світові тенденції та динаміка змін призвели до значних змін ролі та функції держави, а отже, і пов'язані з охороною здоров'я. Роль та функції держави щодо охорони здоров'я можна класифікувати за такими ознаками.

*Розпорядча функція.* Держава безпосередньо не здійснює управління в медичних послуг, а скоріше орієнтує їх.

*Функція планування.* Держава формує стратегічний план у сфері охорони

здоров'я і визначає відповідні національні цілі.

*Функція перевірки.* Держава перевіряє установи та заклади надання медичної допомоги.

*Функція регулювання.* Держава встановлює загальні правила регулювання і установ в рамках платформи здоров'я.

*Функція постачання.* Держава зосереджується на забезпеченні профілактичної медичної допомоги та надання можливостей для приватного сектора.

*Функція фінансування.* Профілактична допомога фінансується безпосередньо із державного бюджету. Тих, хто має нижчий дохід, заохочують і підтримують, аби отримати охорону здоров'я від приватного сектору. Надання прямого чи непрямого фінансування забезпечує підтримку приватних закладів охорони здоров'я.

*Інформаційна функція.* Держава інформує населення про охорону здоров'я та послуги, що забезпечується більш ефективним способом за рахунок використання інформації та комунікативних технологій у сфері охорони здоров'я [26].

Створення правової основи економічних відносин в умовах реформування галузі охорони здоров'я є головною функцією державного регулювання охорони здоров'я. Реалізація прав громадян на гарантований рівень охорони здоров'я є одним із важливих завдань та напрямів посилення і розширення публічно-правового регулювання в галузі охорони здоров'я.

Отже, сукупність цілей, принципів, методів адміністративного, економічного, правового та соціально-мотиваційного характеру є механізмом державного регулювання сфери охорони здоров'я, функціонування якого здійснюється за допомогою досконалого набору інструментів, що забезпечують ефективний та динамічний розвиток сфери охорони здоров'я [27].

Концептуальними основами медичної допомоги виступають такі

принципи:

- надання медична допомоги є прозорим процесом;
- медична допомога прагне включати внесок усіх зацікавлених сторін, включаючи громадськість, протягом усього процесу;
- захищає найбільш уразливих пацієнтів і групи населення, приділяючи особливу увагу історично незахищеним групам;
- розглядає найкращі доступні наукові дані про ефективність і безпеку медичних послуг;
- прагне якнайбільше покращити стан здоров'я відповідно до принципів ефективного управління;
- відстежує зміни в догляді, які неможливо пояснити медичними показаннями, щоб переконатися, що визначений поріг базового догляду не має дискримінаційного впливу;
- передбачає постійний перегляд і коригування з урахуванням інновацій у медичній науці та практиці для забезпечення постійної широкої громадської підтримки визначеного порогу базової медичної допомоги [28].

Медична допомога визначається як діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на діагностику, профілактику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, патологічними станами тощо. Медичні працівники підтримують здоров'я людей шляхом застосування принципів і процедур доказової медицини та догляду. Медичні працівники вивчають, діагностують, лікують і запобігають людським захворюванням, травмам та іншим фізичним і психічним розладам відповідно до потреб населення, яке вони обслуговують. Вони консультують або застосовують профілактичні та лікувальні заходи та зміцнюють здоров'я з кінцевою метою задоволення потреб у здоров'ї та очікувань окремих людей і груп населення, а також покращення результатів здоров'я населення. Вони також проводять дослідження та вдосконалюють або розробляють концепції, теорії та оперативні методи для просування науково-обґрунтованої медичної допомоги.

Законодавство визначає види медичної допомоги, до якої належать [29]:

- первинна медична допомога;
- екстрена медична допомога;
- вторинна (спеціалізована) медична допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я;
- третинна (високоспеціалізована) медична допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я;
- паліативна допомога, що надається за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

Якість медичної допомоги - це ступінь, до якої медичні послуги для окремих осіб та населення підвищують ймовірність бажаних результатів для здоров'я та узгоджуються з поточними професійними знаннями. Це визначення означає, що якість медичної допомоги в кінцевому підсумку спрямована на поліпшення здоров'я, а не лише на збільшення обсягу послуг або вдосконалення системних процесів, і має відображати бажання ключових зацікавлених сторін, включаючи користувачів послуг та громади.

Це визначення якості медичної допомоги, включаючи медичні послуги в цілому, охоплює як лікувальну та профілактичну допомогу, так і громадську допомогу окремим особам та населенню. Ця сфера особливо важлива в країнах, які стикаються зі зростаючим тягарем неінфекційних захворювань і чий системи охорони здоров'я повинні надавати послуги протягом усього життєвого шляху, включаючи зниження ризику, скринінг, управління захворюваннями, реабілітацію та паліативну допомогу. Оскільки доказова база щодо ефективності різних методів профілактики та контролю захворювань

постійно зростає, це визначення якості медичної допомоги також визнає необхідність механізмів для включення нових доказів для розвитку галузі [30].

Наказ МОЗ «Про порядок контролю якості медичної допомоги» визначає якість медичної допомоги – надання медичної допомоги та проведення інших заходів щодо організації надання закладами охорони здоров'я медичної допомоги відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я. Оцінка якості медичної допомоги – визначення відповідності наданої медичної допомоги встановленим стандартам у сфері охорони здоров'я [31].

Якісні медичні послуги передбачають правильний догляд, в потрібний час, реагуючи на потреби та переваги користувачів сервісу, мінімізуючи при цьому шкоду. Якісна медична допомога підвищує ймовірність бажаних результатів для здоров'я і узгоджується з сімома вимірюваними характеристиками: ефективність, безпека, людиноцентричність, своєчасність, справедливість, інтеграція догляду та ефективність.

Виокремлюють п'ять основних елементів, критично важливих для надання якісних медичних послуг:

- медичні працівники;
- заклади охорони здоров'я;
- медикаменти, прилади та інші технології;
- інформаційні системи;
- фінансування.

Для того, щоб якість була вбудована в основи систем національних урядів, політиків, керівників систем охорони здоров'я, пацієнтів та клініцистів, слід окреслити головні завдання:

- забезпечити якісне забезпечення здоров'я робочої сили;
- забезпечити досконалість у всіх закладах охорони здоров'я ;
- забезпечити безпечне та ефективне використання лікарських засобів, приладів та інших технологій;
- забезпечити ефективне використання інформаційних систем

охорони здоров'я;

- розробити механізми фінансування, що підтримують постійне поліпшення якості [32].

На міжнародному рівні якості приділяється все більша увага в контексті Цілей сталого розвитку, оскільки вони включають імператив «досягти загального охоплення медичним обслуговуванням, включаючи захист від фінансових ризиків, доступ до якісних основних медичних послуг» і доступ до безпечних, ефективних, якісних і доступних основних ліків і вакцин для всіх». Це відображено у двох звітах Всесвітньої організації охорони здоров'я, опублікованих у 2018 році, посібнику з національної політики та стратегій якості (ВООЗ, 2018) та посібнику, спрямованому на сприяння глобальному розумінню якості як частини прагнень до загального охоплення медичними послугами (ВООЗ/ОЕСР/Світовий банк, 2018).

Інститут медицини у США визначив якість медичної допомоги як «ступінь, до якої медичні послуги для окремих осіб і населення підвищують вірогідність бажаних результатів для здоров'я та відповідають сучасним професійним знанням». Визначення Інституту медицини США зосередило увагу на послугах охорони здоров'я в цілому, оскільки «охорона здоров'я передбачає широкий набір послуг, включаючи гостру, хронічну, профілактичну, відновлювальну та реабілітаційну допомогу, яка надається в багатьох різних умовах багатьма різними постачальниками медичних послуг» і для окремих осіб і груп населення (а не пацієнтів), таким чином зміцнюючи зв'язок якості з профілактикою та зміцненням здоров'я. При цьому, фахівці Інституту вважають, що концепція якості медичної допомоги є динамічною та постійно розвивається. У цьому сенсі постачальників можна оцінювати лише за поточним рівнем знань, оскільки послуга, яка в будь-який момент часу вважається «хорошою якістю», через двадцять років може розглядатися як «погана якість» у світлі нових ідей і альтернатив [33].

Таким чином, системний аналіз літературних джерел дослідження

державного регулювання у сфері забезпечення якості медичної допомоги свідчить, що у працях вітчизняних учених окреслені концептуальні підходи до управління якістю медичної допомоги, а також сучасні принципи та шляхи вдосконалення якості медичної допомоги в контексті стандартизації, теоретико-методологічні підходи до формування державних соціальних нормативів надання медичної допомоги.

Малодослідженими залишаються питання можливості створення ефективної системи якості надання медичної допомоги в Україні, нормативно-правового регулювання у сфері контролю якості медичної допомоги, ліцензування медичної практики як важливого напрямку удосконалення якості медичної допомоги.

На основі системного аналізу праць вітчизняних і зарубіжних дослідників визначено ступінь наукової розробки теми, розглянуто теоретичні основи досліджень державного регулювання у сфері забезпечення якості медичної допомоги, визначено сутність понять дослідження.

Аналіз основних понять дослідження показав, що проблема якості медичної допомоги є мультидисциплінарною, а наукові дискусії навколо проблеми якості медичної допомоги продовжують відбуватися на різних науково-дослідних майданчиках. Вивчення понятійно-категорійного апарату за темою дослідження дає підстави зробити висновки, що ефективність системи охорони здоров'я і якість надання медичної допомоги населенню залежить від типу системи охорони здоров'я, механізмів державного регулювання у сфері забезпечення якості охорони здоров'я, зокрема організаційних та правових, від функціонування яких залежить загальна ефективність сфери охорони здоров'я.



## РОЗДІЛ 2

### ВІТЧИЗНЯНА ТА ЗАРУБІЖНА ПРАКТИКА ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ РОЗВИТКУ ЦИФРОВОГО СУСПІЛЬСТВА

#### 2.1. Сучасний стан та рівень якості надання медичної допомоги населенню в Україні

17 червня 1998 року віце-президент США Альберт Гор (*Albert Arnold Gore*) заснував Комітет з планування для створення Форуму з вимірювання якості медичної допомоги та звітності. У березні 1998 року Президентська консультативна комісія із захисту прав споживачів і якості в галузі охорони здоров'я запропонувала, щоб Форум слугував засобом для розробки комплексного національного плану вимірювання якості, збору даних і стандартів звітності у галузі охорони здоров'я. Відтак на сьогодні існують основні набори заходів для стандартизованої звітності щодо якості медичної допомоги, які періодично оновлює та затверджує зазначений орган.

Щоб підкреслити потенціал діяльності з вимірювання якості для покращення медичної допомоги, було оприлюднено звіт Департаменту охорони здоров'я та соціальних служб «Завдання та потенціал для забезпечення якісної медичної допомоги у 21 столітті». У звіті відзначаються широкі проблеми якості в галузі охорони здоров'я. Для вирішення цих проблем у звіті обґрунтовується необхідність узгодженого на національному рівні підходу до вимірювання якості та звітності, а також важливої ролі, яку міг би відіграти Форум. Це демонструє, що зусилля державного та приватного секторів щодо покращення якості за результатами вимірювань і звітів, покращують надання медичної допомоги, знижують смертність і захворюваність та покращують якість життя [34].

Загалом, щороку в країнах з низьким і середнім рівнем доходу від 5,7 до 8,4 мільйона смертей пов'язуються із низькою якістю медичної допомоги, а кількість років життя з інвалідністю становить загалом до 107 мільйонів

щорічно, в основному серед тих, хто живе з психічними захворюваннями та цукровим діабетом.

Неякісна медична допомога є причиною до 15 відсотків загальних смертей у світі. Низькоякісна медична допомога, наприклад, призводить до витрат у розмірі від 1,4 до 1,6 трильйонів доларів США щороку через втрату продуктивності.

Багато показників для вимірювання якості вже існують і встановлені в країнах Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР), і вони готові та придатні для використання в системах охорони здоров'я в будь-яких умовах. Вибір існуючих індикаторів замість значних інвестицій у розробку нових може дозволити системам охорони здоров'я в умовах низького рівня ресурсів усунути розрив із системами охорони здоров'я з високими ресурсами в прозорості та ефективності [35].

Проміжні та підсумкові результати практичного впровадження реформ можливо отримати шляхом соціологічних опитувань, що дозволяє припустити, наскільки реформа сприяє поліпшенню ситуації у сфері надання послуг на первинному рівні. Оскільки на сьогодні в Україні триває військовий стан, пов'язаний із повномасштабним військовим вторгненням росії на територію України, Державна служба статистики не в змозі отримувати та оприлюднювати статистичну інформацію з багатьох питань. Тому для аналізу ми використали дані опитувань, проведеного серед жителів столиці України у 2020 році.

В січні 2020 року Київський міжнародний інститут соціології провів соціологічне опитування стосовно задоволеності жителями Києва (на який припадає майже 40% усіх пропозиції медичних послугчи медичної допомоги) якістю їх надання. Результати засвідчили, що майже 82% киян зверталися до медичних установ не менше 1 разу [36]. Первинна загальна консультація та діагностичні процедури переважно були причиною звернення (рис. 2.1).

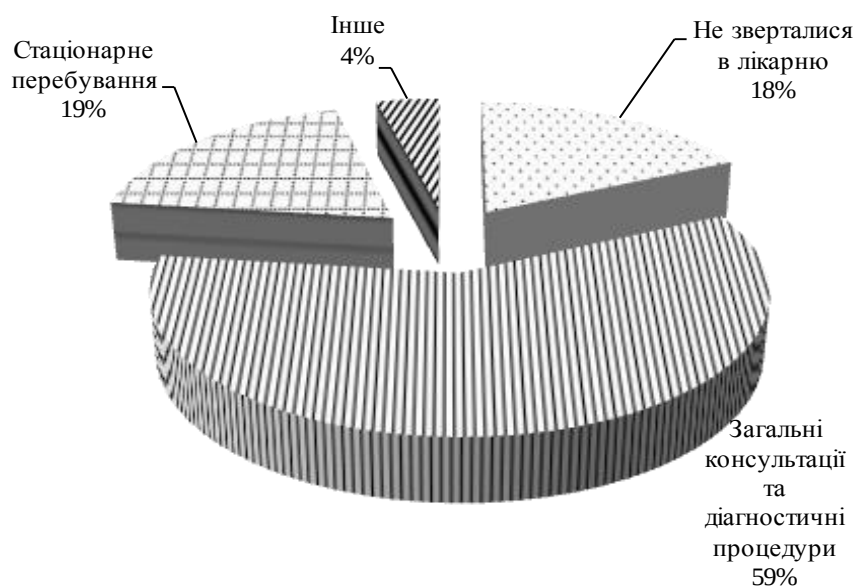


Рис. 2.1. Структура звернення до медичних установ жителів м.Києва в 2020 р.

Джерело: складено за даними [36]

Задоволеність пацієнта наданою медичною допомогою вважається оціночним інтегрованим показником діяльності окремого лікувального закладу [37, с. 29], а також одним із найважливіших показників її якості, так само як і стратегічну мету політики охорони здоров'я. Багатовимірність та диференційованість конструкту «задоволеність пацієнтів» пов'язується із діяльністю різних суб'єктів охорони здоров'я [38, с. 177].

Вивчення рівня та стану задоволеності є важливим показником доказового менеджменту для прийняття державно-управлінських рішень з питань якості медичної допомоги в країні, а також політичних рішень щодо вирішення загальнодержавних проблем трансформаційних змін у вітчизняній системі охорони здоров'я [39, с. 157].

Також вивчення очікувань населення від реалізації реформ та підтримки ідей реформування системи охорони здоров'я є ще одним із важливих напрямів аналізу. Їх підсумки є важливими для розуміння процесів упровадження політики, прийняття політичних рішень з питань створення комунікаційних компаній для стейкхолдерів та цільової аудиторії в цілому [40,

с. 45].

За результатами вищеназваного опитування лівова частка опитаних в цілому задоволена роботою закладів охорони здоров'я в Україні. Рівень задоволеності за визначеними пунктами перевищує 50% (рис. 2.2).

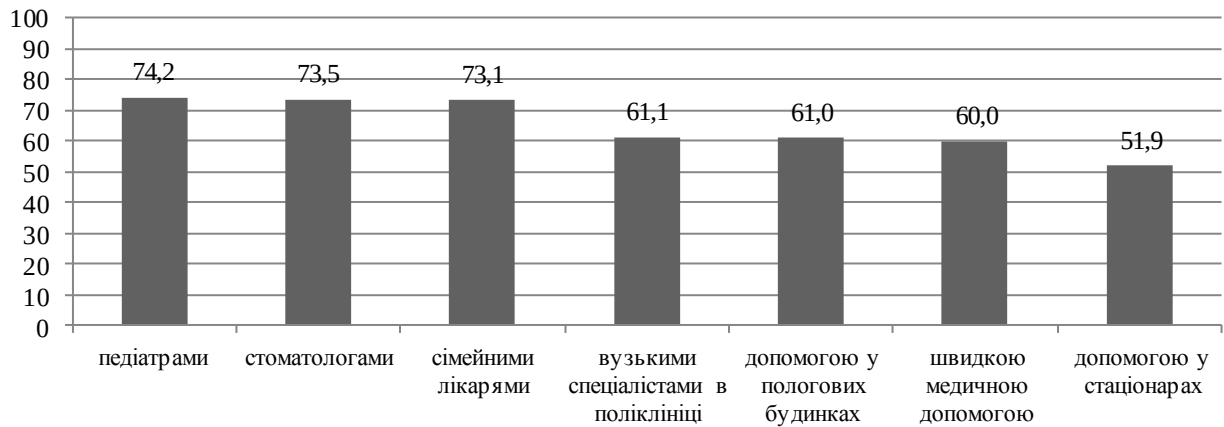


Рис. 2.2. Рівень задоволеності медичною допомогою серед населення загалом за 2020 р., у % від числа опитаних

Джерело: сформовано на підставі даних [41]

Наприклад, найбільше респондентів задоволені педіатрами – 74,2% (відповіді «скоріше задоволені» та «цілком задоволені»), сімейними лікарями чи дільничними терапевтами – 73,1%, стоматологами – 73,5%.

Менший рівень задоволеності допомогою, що надається у стаціонарах, виявили біля 51,9% опитаних, вузькими спеціалістами в поліклініці – 61,5%, медичною допомогою у пологових будинках задоволені 61,1% пацієнтів [41].

Порівнюючи рівень задоволеності, очевидно, що у лікарнях (стаціонарах) спостерігається найменше задоволення населення рівнем медичної допомоги, зокрема:

- серед серед чоловіків спостерігався дещо нижчий рівень задоволеності більшістю аспектів надання медичної допомоги, ніж у жінок;
- найбільше задоволені медичною допомогою в стаціонарі люди старші 60 років;
- жителі міст менше задоволені медичною допомогою, аніж мешканці

сільської місцевості, окрім швидкої допомоги;

- найбільше задоволені медичною допомогою пацієнти молодого віку

до 30 років;

- ті, хто оцінює власне здоров'я як погане, мало задоволені;
- респонденти, які оцінюють своє здоров'я як добре, задоволені достатньо [41] (табл. 2.1.)

Таблиця 2.1.

Рівень задоволеності медичною допомогою серед населення в розрізі лікарів

|                                     | Дільничні<br>терапевти<br>або<br>сімейні<br>лікарі | Педіатри | Стоматологи | Вузькі<br>спеціалісти у<br>поліклініці | Медична<br>допомога у<br>стаціонарі | Медична<br>допомога у<br>пологових<br>будинках | Швидка<br>медична<br>допомога |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------|----------|-------------|----------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|
| 1                                   | 2                                                  | 3        | 4           | 5                                      | 6                                   | 7                                              | 8                             |
| <i>Середній показник по Україні</i> | 73,1                                               | 74,1     | 73,5        | 61,1                                   | 51,9                                | 61,0                                           | 60,8                          |
| <i>Стать</i>                        |                                                    |          |             |                                        |                                     |                                                |                               |
| чоловіки                            | 71,8                                               | 71,3     | 72,8        | 60,9                                   | 50,8                                | 57,6                                           | 59,5                          |
| жінки                               | 74,1                                               | 76,1     | 74,1        | 61,2                                   | 52,7                                | 63,0                                           | 61,7                          |
| <i>Вікова група</i>                 |                                                    |          |             |                                        |                                     |                                                |                               |
| 18-29 років                         | 76,0                                               | 79,1     | 79,6        | 68,5                                   | 51,5                                | 65,8                                           | 59,9                          |
| 30-44 роки                          | 71,8                                               | 75,8     | 73,6        | 59,8                                   | 49,2                                | 61,6                                           | 59,8                          |
| 45-59 років                         | 72,3                                               | 70,7     | 73,2        | 58,0                                   | 52,3                                | 58,1                                           | 57,9                          |
| 60 років і старші                   | 73,3                                               | 67,1     | 68,4        | 60,8                                   | 54,3                                | 53,3                                           | 64,4                          |

У 2020 р. найвищу оцінку від пацієнтів за усіма складовими системи охорони здоров'я отримала Волинська, Донецька та Тернопільська області. Харківська область, яка була одним із лідерів опитування 2019 р., у 2020 р. майже за всіма показниками системи охорони здоров'я отримала доволі низький рівень задоволеності [39; 41].

Щодо регіональних розходжень у рівнях задоволеності в середньому становлять майже 50 відсоткових пунктів за окремими складовими системи охорони здоров'я (табл. 2.2.)

Таблиця 2.2.

## Регіональні розходження у рівнях задоволеності

|                   | Дільничні<br>терапевти<br>/ сімейні<br>лікарі | Педіатри | Стоматологи | Вузькі<br>спеціалісти в<br>поліклініці | Швидка<br>медичнаа<br>допомога | Допомога в<br>стаціонарі | Допомога у<br>пологових<br>будинках |
|-------------------|-----------------------------------------------|----------|-------------|----------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| <b>Україна</b>    | 73,1                                          | 74,1     | 73,5        | 61,1                                   | 60,8                           | 51,9                     | 61,0                                |
| Вінницька         | 76,8                                          | 70,1     | 72,9        | 67,3                                   | 62,9                           | 55,5                     | 56,5                                |
| Волинська         | 86,3                                          | 87,5     | 86,8        | 84,0                                   | 73,3                           | 73,3                     | 78,9                                |
| Дніпропетр.       | 62,9                                          | 72,7     | 57,1        | 49,2                                   | 70,8                           | 53,7                     | 55,6                                |
| Донецька          | 78,2                                          | 86,7     | 85,3        | 67,0                                   | 79,9                           | 69,0                     | 87,0                                |
| Житомирська       | 84,6                                          | 89,2     | 76,6        | 64,6                                   | 71,6                           | 48,5                     | 74,7                                |
| Закарпатська      | 74,1                                          | 79,1     | 68,2        | 50,2                                   | 45,9                           | 30,9                     | 46,2                                |
| Запорізька        | 57,3                                          | 61,9     | 63,1        | 39,1                                   | 52,9                           | 38,5                     | 42,3                                |
| Івано-Франківська | 80,5                                          | 83,2     | 81,3        | 56,9                                   | 64,6                           | 52,4                     | 65,2                                |
| Київська          | 74,7                                          | 83,3     | 79,4        | 74,8                                   | 67,9                           | 62,7                     | 80,3                                |
| Кіровоградська    | 66,3                                          | 60,2     | 61,7        | 59,9                                   | 25,3                           | 33,7                     | 72,7                                |
| Луганська         | 80,2                                          | 70,1     | 67,8        | 57,5                                   | 66,8                           | 58,6                     | 67,3                                |
| Львівська         | 73,6                                          | 73,2     | 81,3        | 70,1                                   | 46,5                           | 59,2                     | 69,0                                |
| Миколаївська      | 60,4                                          | 72,0     | 64,7        | 66,0                                   | 60,9                           | 43,5                     | 59,6                                |
| Одеська           | 78,3                                          | 76,0     | 73,5        | 57,1                                   | 50,7                           | 37,8                     | 44,4                                |
| Полтавська        | 64,5                                          | 65,1     | 74,4        | 52,1                                   | 61,7                           | 55,3                     | 62,1                                |
| Рівненська        | 79,9                                          | 78,8     | 83,4        | 71,3                                   | 60                             | 67,1                     | 78,9                                |
| Сумська           | 81,8                                          | 85,4     | 88,4        | 67,6                                   | 66,6                           | 51,8                     | 63,1                                |
| Тернопільська     | 83,9                                          | 89,9     | 88,5        | 77,4                                   | 72,4                           | 57,9                     | 72,9                                |
| Харківська        | 60,4                                          | 39,9     | 49,6        | 38,9                                   | 30,6                           | 23,2                     | 20,9                                |
| Херсонська        | 84,9                                          | 87,6     | 76,3        | 77,4                                   | 74,3                           | 54,2                     | 65,6                                |
| Хмельницька       | 79,5                                          | 82,2     | 87,6        | 79,1                                   | 69,8                           | 69,2                     | 84,6                                |
| Черкаська         | 71,5                                          | 77,6     | 71,8        | 70,3                                   | 68,4                           | 68,2                     | 68,1                                |
| Чернівецька       | 79,3                                          | 80,3     | 81,6        | 73,2                                   | 70,4                           | 61,3                     | 68,4                                |
| Чернігівська      | 75,2                                          | 87,1     | 84,3        | 73,0                                   | 64,4                           | 57,7                     | 89,4                                |
| м. Київ           | 65,3                                          | 60,0     | 72,7        | 48,6                                   | 54,6                           | 37,2                     | 46,0                                |

– дільничними терапевтами / сімейними лікарями найменше задоволені у Запорізькій області (57,3%) найбільше - у Волинській області (86,3%);

– педіатрами найменше задоволені у Харківській області (39,9%). найбільше - у Тернопільській області (89,9%) [39; 41];

– стоматологами найменше задоволені у Харківській області (49,6%), найбільше - у Сумській області (88,4%);

- вузькими спеціалістами, що працюють у поліклініках, найменше задоволені у Харківській області (38,9%) найбільше - у Волинській області (84%);
- швидкою медичною допомогою найменше задоволені у Кіровоградській (25,3%), найбільше - у Донецькій області (79,9%);
- допомогою у стаціонарі найменше задоволені у Харківській області (23,2%), найбільше - у Волинській області (73,3%) [39; 41];
- медичною допомогою в пологових будинках найменше задоволені у Харківській області (20,9%), найбільше задоволені у Чернігівській області (89,4%) [39; 41].

Щодо змін, які спостерігали впродовж останнього року в трьох аспектах медичної допомоги (якість, фінансова доступність та територіальна або часова доступність) для трьох рівнів цієї допомоги – сімейний/дільничний лікар, вузькі спеціалісти в поліклініці та в стаціонарі (лікарні), то виявлено, що 14,3% респондентів вважають, що за останній рік якість медичної допомоги, яка надається сімейним лікарем або дільничним терапевтом чи педіатром, поліпшилась. При цьому 69,7% респондентів вважають, що якість не змінилась, а 16,0% обрали варіант відповіді, що якість погіршилась [39; 41].

Що стосується змін у фінансовій доступності допомоги, яка надається сімейним лікарем або дільничним терапевтом чи педіатром, то на її поліпшенні наголошували 5,8% респондентів, а на погіршенні – 26,4%. При цьому 80,8% респондентів також вважали, що територіальна доступність цієї допомоги залишилась без змін. У цілому територіальна або часова доступність різних видів медичної допомоги, за оцінками респондентів, за останній рік теж мало змінилась на краще. Найгірша ситуація з фінансовою доступністю медичної допомоги – 3-поміж усіх оцінюваних аспектів саме цей набрав найбільше оцінок «погіршилося», і це справедливо щодо всіх рівнів медичної допомоги, які розглядалися.

3-поміж тих, хто у 2019 році вважав, що якість медичної допомоги, яка

надається сімейним лікарем або дільничним терапевтом чи педіатром, поліпшилась, 73,3% відзначають, що на краще змінилось ставлення лікарів до пацієнтів, 55,7% респондентів вказали, що якість допомоги погіршилась (рис. 2.3.) [39; 41].



Рис. 2.3. Динаміка зміни якості медичної допомоги, яка надається в лікарні, вузьким спеціалістом у поліклініці, сімейним лікарем

Джерело: сформовано на підставі даних [39; 41]

Окрім того, зростання конкуренції на ринку медичних послуг впливає на підвищення їх якості, оскільки маючи зворотній зв'язок, медичні заклади починають орієнтуватися на потреби пацієнта, адже лише за пацієнтом у заклад може надійти фінансування. Зміна алгоритмів покриття витрат дозволила професіоналам отримувати гідні заробітні плати: подекуди заробітна плата лікарів первинної ланки зросла в чотири рази.

Таким чином, реформа системи охорони здоров'я сприяє покращенню якості медичної допомоги та зниженню зростання витрат та є метою державного регулювання у сфері забезпечення якості медичної допомоги, особливо у сучасних умовах розвитку цифрового суспільства. Стратегією, яка часто обговорюється як засіб досягнення цих цілей, є прагнення до конкурентоспроможної системи надання медичної допомоги та фінансування,



включаючи систему конкуруючих організацій підтримки здоров'я. Хоча конкуренція серед медичних закладів залишається важливою основою політики та стримування витрат, останнім часом плани, орієнтовані на кінцевого споживача, набувають дуже великого значення.

Що стосується покращення якості надання медичної допомоги в умовах розвитку цифрового суспільства, варто зазначити, що розвиток цифрової охорони здоров'я змінює парадигму якісної медичної допомоги. У науковій літературі цифрове здоров'я визначається по-різному, але спільним для цих визначень є цифрове втручання, яке вивчає надання медичної допомоги, а не використання самої технології.

Завдяки індустріальній революції 4.0 цифрове здоров'я активізує застосування цифрових технологій, які змінюють ландшафт та якість традиційної медичної практики. Як наслідок, зростає інтерес до капіталізації цифрового здоров'я для покращення якості медичного обслуговування.

Разом з тим, проблеми, пов'язані з цифровим здоров'ям, включають етичну стурбованість інформаційною безпекою, прийнятність нової практики, а також те, чи справді технологія практична та можлива для впровадження в реальну практику. У листопаді 2018 року ці виклики спонукали Європейський Союз санкціонувати публічні слухання офіційної доповіді групи експертів щодо ефективних способів інвестування в охорону здоров'я для оцінки впливу цифрової трансформації на послуги охорони здоров'я. У своєму підсумковому висновку експертна група з 14 членів підкреслила, що при прийнятті рішення про впровадження, використання чи інвестування нових цифрових послуг охорони здоров'я слід враховувати необхідність узгодження доказів із потребами практики, політики та досліджень охорони здоров'я [42].

Цифрове здоров'я може підвищити якість охорони здоров'я, спираючись на так звані домени якості, що визначені провідними світовими експертами у галузі, а саме: безпеку пацієнтів, доступ до медичної допомоги, ефективне лікування, ефективне використання ресурсів, справедливість надання

допомоги для підгруп населення та допомога, орієнтована на пацієнта. Висновки цих експертів узгоджувалися з наступними визначеннями [43] якісної медичної допомоги від Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ):

- безпека пацієнтів пов'язана з наданням допомоги, яка мінімізує ризику та шкоду.
- ефективне лікування означає покращення результатів для здоров'я пацієнтів і суспільства.
- ефективність вказує на оптимальне використання ресурсів без відходів.
- справедливі проблеми охорони здоров'я щодо постійної якості медичної допомоги для різних підгруп пацієнтів.
- якість доступу означає надання медичної допомоги, яка є своєчасною, географічно розумною та відповідає медичним потребам.
- нарешті, підхід, орієнтований на пацієнта, наголошує на догляді, який враховує індивідуальні переваги пацієнта, прагнення та культуру спільноти.

Таким чином, перегляд поняття якості забезпечує багатогранний підхід до розуміння цифрового здоров'я та його ролі в покращенні якості медичного обслуговування.

## **2.2. Регулювання якості й доступності надання медичних послуг населенню у зарубіжних країнах**

За останні 20 років було запроваджено різноманітні інституції з метою сприяння кращому розумінню систем охорони здоров'я та можливості здійснення оцінювання ефективності системи охорони здоров'я. Більшість цих структур прямо або опосередковано включають якість як важливу ціль системи охорони здоров'я, але вони відрізняються тим, як саме вони

визначають якість і як саме вони визначають її внесок у загальні цілі системи охорони здоров'я. Особливо впливовою структурою є структура «будівельних блоків» ВООЗ для зміцнення систем охорони здоров'я.

Така побудова концептуалізує системи охорони здоров'я з точки зору її складових, включаючи надання послуг, професійні кадри охорони здоров'я, інформацію, медичні продукти, фінансування та лідерство/врядування. Крім того, рамки визначають якість і безпеку як проміжні цілі систем охорони здоров'я разом із доступом і охопленням. Досягнення цих проміжних цілей зрештою сприятиме досягненню загальних цілей системи охорони здоров'я щодо покращення здоров'я, оперативності реагування, фінансового захисту та підвищення ефективності [44].

Оскільки уряди планують забезпечити універсальне охоплення послугами охорони здоров'я, існує декілька аспектів, які слід враховувати. Наприклад, послуги повинні бути побудовані таким чином, щоб відповідати місцевим потребам в охороні здоров'я. Хоча, здавалося б, очевидно, багато систем охорони здоров'я не мають зосередженості населення та здоров'я. Натомість наявні мережі медичних послуг є продуктом історичної спадщини або є результатом політичного лобіювання чи тимчасового донорського фінансування. Місцеві громади можуть бути сторонніми спостерігачами в організації догляду, який в кінцевому підсумку призначений для них.

Багато країн з низьким і середнім рівнем доходу мають справу з високим тягарем інфекційних захворювань, і це означало, що їхні системи потребували сильних функцій охорони здоров'я в таких сферах, як нагляд, лабораторії та планова імунізація. Вони також могли отримати значні донорські кошти у вигляді грантів програми для контролю або усунення конкретних захворювань. Однак все частіше зростаючий тягар неінфекційних захворювань у цих самих країнах вимагає послуг, здатних з часом підтримувати людей персоналізованою, проактивною допомогою для управління їхнім станом, запобігати ускладненням та підвищувати якість життя [45].

Нещодавно проведено велике дослідження, де було проаналізовано 22 ініціативи щодо зміцнення первинної медико-санітарної допомоги в 10 округах Китаю та на національному та регіональному рівнях у 12 країнах. Було виведено вісім постулатів високоефективних систем первинної медико-санітарної допомоги:

- забезпечення первинної медико-санітарної допомоги як першої точки контакту для більшості потреб охорони здоров'я;
- функціонуючі мультидисциплінарні бригади допомоги;
- вертикальна інтеграція послуг;
- горизонтальна інтеграція послуг;
- передові інформаційно-комунікаційні технології;
- інтегровані клінічні шляхи та функційні системи подвійного направлення;
- еталони вимірювань і зворотний зв'язок;
- сертифікація [46].

У Китаї ключовим завданням є побудова якісних послуг первинної медичної допомоги. Перші контакти з охороною здоров'я, а також регулярна точка входження людини в систему охорони здоров'я повинні бути безперервними і всеосяжними. Жодні проблеми фізичного чи психічного здоров'я не повинні бути виключені з функцій нагляду та координації первинної медичної допомоги. Якщо окремі особи та сім'ї в географічному відношенні (або іншим чином визначені) громаді офіційно зареєстровані у певного постачальника первинної медичної допомоги, це дозволяє створювати профілі охорони здоров'я громади, а також здійснювати нагляд і надання профілактичної допомоги. Реєстрація також створює структуру для проактивної допомоги серед людей з хронічними захворюваннями. Первинна медична допомога є фундаментальною для надання якісної медичної допомоги у системі охорони здоров'я і є ключовою у нагляді за інфекційними захворюваннями або іншими небезпеками, а також у наданні екстреної

допомоги у випадку спалахів.

Огляд рандомізованих контрольованих досліджень інтегрованих програм догляду за слабкими людьми похилого віку показав, що найбільшу користь отримували ті, в яких літня людина безпосередньо брала участь у плануванні догляду.

Якщо групи пацієнтів заохочуються до колективних дій, люди отримують величезну користь від підтримки інших людей з подібними проблемами зі здоров'ям. Програма ВООЗ «Пацієнти за безпеку пацієнтів» добре це ілюструє. Програма розширила можливості глобальної мережі адвокатів пацієнтів, яка спрямована на сприяння співпраці між пацієнтами, сім'ями, громадами, постачальниками медичних послуг та політиками, щоб зробити охорону здоров'я безпечнішою завдяки інсайтам та досвіду самих пацієнтів [47].

У Коста-Ріці інноваційний сектор первинної медичної допомоги формує міцну базу для решти системи охорони здоров'я. Громадські клініки або Інтегровані базові команди охорони здоров'я є функціональними одиницями надання первинної медичної допомоги. Кожна Інтегрована базова команда складається як мінімум з одного лікаря, однієї медсестри і одного фельдшера та обслуговує близько 1000 домогосподарств. Інший персонал, такий як соціальні працівники, стоматологи, лаборанти, фармацевти та дієтологи, також можуть підтримувати клініку.

Окрім того, Інтегрованою базовою командою нещодавно були створені Центри інтегрованої охорони здоров'я. Вони запропонували підвищити якість надання медичної допомоги шляхом реалізації розширеної моделі надання первинної медичної допомоги, включаючи послуги з материнства, ліжка проміжного догляду (щоб уникнути госпіталізації або прискорення ранніх виписок), незначні хірургічні втручання, реабілітацію, спеціалізовані клініки (наприклад, лікування болю) та діагностика, наприклад рентгенографія.

Відтак якість медичної допомоги місцева влада оцінює за 30

показниками наприклад, безперервності, задоволеності пацієнтів, ефективності, організаційної компетентності тощо. Для кожного показника встановлюється національна ціль і публікуються інформаційні панелі проміжних результатів, що дозволяє постачальникам медичних послуг порівнювати власну ефективність з національними, регіональними та місцевими критеріями [48].

Охорона здоров'я є основним благом людини, оскільки вона впливає на наші можливості досягати життєвих цілей, зменшує наш біль і страждання, допомагає запобігти передчасній втраті життя та надає інформацію, необхідну для планування нашого життя. Суспільство зобов'язане надати доступ до адекватного рівня догляду всім своїм членам, незалежно від платоспроможності.

Лікарі регулярно стикаються з наслідками відсутності доступу до належної медичної допомоги та несуть відповідну відповідальність за внесок свого досвіду в суспільні рішення про те, які медичні послуги мають бути включені до мінімального пакету медичної допомоги для всіх [49].

Розглядаючи систему охорони здоров'я Швеції, можна вважати однією з кращих із-за її високої ефективності при помірних витратах. Охорона здоров'я Швеції є державною на 90%, характеризується поділом відповідальності за охорону здоров'я між державою, політичними органами і муніципалітетами, що свідчить про високий рівень децентралізації.

Держава організовує роботу місцевих органів влади, формує політику, реалізує стратегії і принципи у сфері охорони здоров'я, поводить прийняття законів, тим самими здійснюючи регулятивний вплив. Зокрема, Закон про охорону здоров'я та медичну допомогу визначає обов'язки політичних органів і муніципалітетів і надає самостійність місцевим органам управління.

Державна рада з охорони здоров'я і соціального забезпечення контролює діяльність усіх медичних працівників. До органів управління входять:

- управління з лікарських засобів - контролює якість і ефективність використання лікарських засобів;
- державний інститут громадського здоров'я - здійснює контроль за профілактикою;
- державна фармацевтична корпорація, яка контролює діяльність аптек, забезпечує лікарськими засобами;
- державна рада по соціальному страхуванню - виплачує страхову допомогу і компенсації;
- асоціація муніципалітетів і ландстингів, яка представляє інтереси регіонів на центральному рівні [50].

Незважаючи на те, що державне регулювання є найбільш ефективним способом регулювання, відсутність конкуренції призводить до високих витрат грошових коштів і, як наслідок, низьку ефективність.

Разом з тим, реформи внутрішнього ринку медичних послуг Швеції, спрямовані на скорочення витрат, ввели нові схеми фінансування і організації медичного обслуговування. Розвиток приватної медицини і можливість вибору медичної організації привели до посилення конкуренції на ринку медичних послуг. Наслідком цього стала переорієнтація політики в галузі охорони здоров'я з конкурентної площини на взаємовигідну співпрацю між медичними організаціями та покупцями медичних послуг.

Найбільш важливими завданнями для шведських муніципалітетів є покращення фінансування та якості психіатричної та соціальної допомоги. У середньостроковій перспективі завдання полягають у підвищенні якості в регіонах із нижчими показниками, покращенні доступу до первинної медичної допомоги, підвищення співвідношення ціни та якості в лікарняному секторі. Фінансування має стати більш стабільним, важливим завданням також є потреба віднайти нові джерела фінансування, особливо для догляду за людьми похилого віку [51].

Іспанія має високоякісну систему охорони здоров'я, яка гарантує

загальне охоплення всіх жителів. Охорона здоров'я в Іспанії включає як приватну, так і державну медичну допомогу, при цьому деякі лікарні (*hospitales*) і медичні центри (*centros de salud*) пропонують як приватні (*privado*), так і державні послуги (*asistencia sanitaria pública*).

Близько 90% іспанців користуються державною системою охорони здоров'я, яка називається Національною системою охорони здоров'я. Однак він дуже децентралізований, а надання послуг організовано на регіональному рівні. Система контролюється Міністерством охорони здоров'я Іспанії, яке розробляє політику та контролює національний бюджет охорони здоров'я.

Іспанія посідає 19-те місце в Європейському індексі здоров'я споживачів за 2018 рік і отримує похвалу за покращення показників здоров'я. З іншого боку, погана доступність і надмірна залежність від приватного сектору залишаються проблематичними.

Державне медичне обслуговування є безкоштовним для всіх, хто живе та працює в Іспанії. Оскільки іспанська система охорони здоров'я є децентралізованою, умови у регіонах для користування медичними послугами можуть відрізнятись [52].

Іспанія має двосторонні угоди з деякими країнами, такими як Андорра, Бразилія, Чилі, Еквадор і Перу, які дозволяють громадянам цих країн, які відвідують Іспанію на короткий період часу, отримати безкоштовну екстрену медичну допомогу.

Витрати на охорону здоров'я в Іспанії становлять близько 9% річного ВВП, що робить Іспанію 13-ю за величиною витрат на охорону здоров'я серед розвинутих країн. Витрати становлять трохи більше 2000 євро на людину. Проте витрати на охорону здоров'я зросли за останні роки, і великою мірою громадяни стали покладатися на послуги приватного сектора.

Незважаючи на це, більшість державних медичних послуг в Іспанії залишаються безкоштовними. Резидентам потрібно сплачувати лише частину витрат за рецептами, якщо вони регулярно сплачують державне медичне



страхування в Іспанії. Їм також доведеться платити за певні спеціальні медичні процедури та може знадобитися додаткове приватне страхування.

Кожен регіон Іспанії несе індивідуальну відповідальність за бюджет охорони здоров'я, який остаточно розподіляє центральний уряд. Певні інші групи, такі як пенсіонери та ті, хто отримує допомогу, також можуть зареєструватися для отримання медичної допомоги, якщо вони є резидентами. Вони можуть зробити це, навіть якщо вони не заплатили за схемою медичного страхування. Існує також система пільгових державних внесків для тих, хто має низькі доходи та тих, хто не має роботи, яка називається *convenio especial*.

Ті, хто не охоплений державним страхуванням, повинні будуть оформити приватну медичну страховку.

Приватне надання медичних послуг в Іспанії працює разом із державною системою, а деякі постачальники пропонують як державні, так і приватні послуги. Будь-хто, хто не має права на державну медичну допомогу, повинен оформити приватну медичну страховку або сплатити повну суму будь-яких медичних витрат.

Близько 19% населення Іспанії мають певну форму приватного медичного обслуговування. Приватне медичне страхування в Іспанії зазвичай коштує від 50 до 200 євро на місяць, залежно від плану покриття [53].

Вважається, що Сінгапур має високоефективну систему охорони здоров'я як з точки зору фінансування, так і результатів, і займає шосте місце у світі за версією Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), а також друге місце серед 166 країн за показниками охорони здоров'я за версією The Economist Intelligence Unit, Глобальний індекс здоров'я Bloomberg, назвав Сінгапур четвертою найздоровішою країною у світі та найздоровішою в Азії. Середня тривалість життя сінгапурців також одна з найдовших у світі – 87,6 років для жінок і 75,8 для чоловіків.

Уряд Сінгапуру регулярно коригує політику, щоб активно регулювати «пропозицію та ціни на медичні послуги в країні», намагаючись контролювати

витрати. Це сприяє ефективності та економічності системи охорони здоров'я.

Загалом, регуляторні органи Сінгапуру зазвичай зосереджуються на кількох ключових детермінантах, розглядаючи, наскільки якісною є система охорони здоров'я. Наприклад, вони дивляться на те, наскільки вона ефективна, наскільки вона орієнтована на пацієнта, її справедливість, а також безпека та ефективність медичної допомоги, яку вона надає [54].

Вважається, що у Сінгапурі система охорони здоров'я світового рівня, яка розглядається як модель команди роботи у охороні здоров'я. У 2010 році система охорони здоров'я Сінгапуру була визнана Всесвітньою організацією охорони здоров'я найкращою в Азії – попереду Гонконгу та Японії.

У своєму звіті за 2010 рік Всесвітня організація охорони здоров'я поставила Сінгапур на 6 місце серед 100 найкращих систем охорони здоров'я світу. Зараз у Сінгапурі є 22 лікарні та медичні заклади, які акредитовані Міжнародною об'єднаною комісією. Загалом, будь-який вид медичного лікування, який може знадобитися пацієнту, доступний у Сінгапурі за розумною ціною та високою якістю обслуговування.

Інфраструктура охорони здоров'я в Сінгапурі складається з державних і приватних закладів охорони здоров'я, які пропонують високу якість медичного обслуговування, маючи в арсеналі різні рівні обслуговування та комфорту. Медичні плани, страхування та пільги значно відрізняються і зазвичай залежать від імміграційного статусу громадянина та роботодавця.

Громадяни та постійні жителі Сінгапуру мають право на субсидовані державні медичні послуги через обов'язкову національну систему заощаджень, тоді як іноземці, які мають різні робочі перепустки, отримують медичне страхування або через свого роботодавця, або купують його приватно самостійно. Роботодавці в Сінгапурі не зобов'язані надавати працівникам медичні страховки. За загальним правилом, що більша компанія, то вища ймовірність того, що компанія пропонує певний вид медичного страхування своїм співробітникам [55].

Німеччина витрачає на охорону здоров'я більше, ніж більшість інших європейських країн, і забезпечує загальне охоплення з широким пакетом пільг.

У 2020 році на охорону здоров'я Німеччина витратила 390,6 млрд євро, що відповідає 11,7% ВВП. Витрати країни на охорону здоров'я на душу населення є третім за величиною в європейському регіоні (після Швейцарії та Норвегії). Медичне страхування є обов'язковим і надається або за схемою соціального медичного страхування (SHI), або через альтернативне приватне медичне страхування. SHI охоплює широкий пакет переваг, що виходить за межі основних послуг, і пацієнти можуть вільно обирати своїх лікарів, лікарів загальної практики та спеціалістів. Розподіл витрат є низьким, лише 13,6% витрат на охорону здоров'я припадає на оплату домогосподарств із власної кишені [56].

Асоціації страхових фондів і медичні асоціації здійснюють регулювання системи медичного страхування, найбільш значущим з яких є Федеральний об'єднаний комітет медичного страхування. Розмір внесків до системи приватного медичного страхування з метою недопущення їх зростання в міру збільшення віку регулює Уряд.

Для Німеччини не характерне пряме регулювання цін виробника. Досвід Німеччини свідчить про те, що охорона здоров'я розвинених країн також є предметом конфлікту ринкової конкуренції і державного регулювання. Регулювання системи охорони здоров'я здійснюється центральним урядом і регіональними органами. Фіксовані ставки гонорарів і цінові обмеження призводять до того, що лікарі через відсутність фінансових стимулів не прагнуть надавати допомогу пацієнтам понад необхідний мінімум, оскільки змушені працювати в умовах жорстких тарифів, що й ставить питання про якість їх послуг.

У Німеччині існує галузевий поділ послуг. Громадська охорона здоров'я, амбулаторна допомога, лікарняна допомога та довгострокова допомога дуже окремі та організовані по-різному з точки зору планування,

фінансування та управління. Ця фрагментація створює проблеми для охорони здоров'я з точки зору координації та безперервності медичної допомоги, якості послуг для пацієнтів та ефективності розподілу ресурсів.

Забезпечення якості та підвищення ефективності є основними напрямками політики.

Ключовими сферами змін за останні роки були забезпечення рівного доступу до амбулаторної допомоги, забезпечення якості стаціонарної допомоги та посилення координації допомоги. З точки зору ефективності, Німеччина має в своєму розпорядженні великий людський, технічний та інфраструктурний потенціал і часто використовує ці ресурси, з дуже великою кількістю послуг, що надаються в різних секторах охорони здоров'я. Це можна розглядати як досягнення значного рівня технічної ефективності. Проте, враховуючи високі обсяги, є деякі питання щодо надлишку послуг [57].

На початку 1990-х років уряд Нідерландів почав замінювати регулювання пропозиції охорона здоров'я шляхом керованої конкуренції. Ідея керованої конкуренції полягає в тому, що страховики та постачальники послуг конкурують за ціною та якістю, тоді як уряд встановлює певні правила для забезпечення суспільних цілей. Кінцевою метою реформ є досягнення здоров'я завдяки такій системі догляду, в якій стимули до ефективності поєднуються з загальним доступом до якісного медичного догляду.

Нідерландська система медичного страхування має давні традиції як державної, так і приватної ініціативи. До 1940 року державного фінансового регулювання охорони здоров'я майже не було. З 1940 по 1970 рік уряд встановив кілька правил для досягнення рівня універсального доступу до медичних послуг для усіх. У цей період було запроваджено дві основні схеми медичного страхування.

Перше – так зване страхування на випадок хвороби (1941 р.) – було обов'язковим для осіб із низьким і середнім доходом та охоплювала переважно лікувальну допомогу, таку як первинна медична допомога,

стаціонарна, амбулаторно-поліклінічна допомога та призначення ліків. Наприкінці 20 століття дві третини населення було охоплено цією так званою лікарняною страховкою. Переважній частці людей з високим рівнем доходу не дозволяли записуватися до лікарняної каси, а пропонували скористатися приватною медичною страховкою з аналогічним покриттям.

Друга схема – так званий Закон про надзвичайні медичні витрати (1968 р.) – охоплював покриття для довгострокової медичної допомоги, догляду за психічно та фізично неповноцінними та госпіталізацію понад один рік. Ця схема, яка існує й сьогодні, є обов'язковою для всього населення [58].

Таким чином, основними напрямками регулювання системи охорони здоров'я в зарубіжних країнах, в тому числі, спрямованого на забезпечення якості наданих медичних послуг населенню, які можуть бути застосованими і в Україні, є: забезпечення проведення наукових розробок, розвитку інновацій, науково-технічного процесу та створення системи відповідних стандартів якості медичних послуг; створення ефективної системи контролю якості медичних послуг; проведення заходів щодо посилення мотивації праці медичних працівників та ефективного використання їх праці; створення ефективних програм навчання, підвищення кваліфікації для медичного персоналу, а також пріоритетне здійснення заходів, спрямованих на підтримку здоров'я населення, мотивація громадян на збереження і зміцнення свого здоров'я та на формування здорової поведінки та здорового способу життя.

Аналіз показав, що особливістю української системи охорони здоров'я є те, що державний і приватний сегменти медичних послуг виступають альтернативними варіантами для пацієнта, в той час як у розвинених країнах вони функціонують як єдина система. У комерційному сегменті ринку кількість лікарів фізичних осіб-підприємців з приватною практикою, істотно перевищує кількість клінік (юридичних осіб). Дана статистика, з одного боку, демонструє спосіб легалізації фактичних доходів лікарями в державних клініках. З іншого боку, формат такої практики не дозволяє її віднести повною

мірою до комерційної медицини, внаслідок непрозорого бюджетування і ціноутворення, однак саме ця діяльність є основною для виникнення на її основі комерційної практики.

Проаналізовані результати соціологічного опитування, проведеного Київським міжнародним інститутом соціології, показали, що населення найменше всього вдоволене медичною допомогою у лікарнях (стаціонарах). Порівняння ситуації в регіонах дало підстави стверджувати, що у 2019 році найвищий рівень задоволення всіма складовими системи охорони здоров'я висловили мешканці Волинської, Донецької та Тернопільської областей. Щодо змін, які спостерігали впродовж останнього року в трьох аспектах медичної допомоги (якість, фінансова доступність та територіальна або часова доступність) для трьох рівнів цієї допомоги – сімейний/дільничний лікар, вузькі спеціалісти в поліклініці та в стаціонарі (лікарні), то виявлено, що 14,3% респондентів вважають, що за останній рік якість медичної допомоги, яка надається сімейним лікарем або дільничним терапевтом чи педіатром, поліпшилась. Опитування респондентів відобразили найбільш проблемні фактори української системи охорони здоров'я з точки зору споживачів медичних послуг: черги на прийом до лікаря в поліклініках, незадовільний стан обладнання та недоступність ліків. Це в повній мірі відображає ситуацію в державному секторі і може бути очевидним стимулом для переходу на обслуговування в приватний сегмент клінік.

Проведений аналіз підтвердив, що якість медичної послуги - це її відповідність певним встановленим вимогам, в тому числі: відповідність змісту медичної діяльності, потребам пацієнтів, системі встановлених стандартів і нормативів. Тому, вдосконалення системи охорони здоров'я має бути направлене до адаптації її до сучасних потреб населення, існуючим економічним можливостям. При цьому головною метою вдосконалення сфери охорони здоров'я кожної країни, є створення такої стійкої системи, функціонування якої, буде сприяти забезпеченню високої якості і доступності

медичних послуг для кожного жителя незалежно від його соціального чи матеріального статусу. Крім того, зростання конкуренції на ринку медичних послуг призводить до появи нових постачальників таких послуг і пріоритетною зацікавленістю господарюючих суб'єктів в отриманні прибутку, іноді на шкоду якості наданих медичних послуг.

### **РОЗДІЛ 3**

## **ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ У СФЕРІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ЦИФРОВІЗАЦІЇ**

### **3.1. Впровадження європейського досвіду державного регулювання якості надання медичної допомоги**

Перша хвиля великих реформ охорони здоров'я після запровадження обов'язкового медичного страхування відбулася в Європі наприкінці Другої світової війни: в імперській Німеччині Отто фон Бісмарком у 1883 році та у Великобританії Вінстоном Черчиллем і Ллойд Джорджем у 1911 році.

Головною метою було забезпечення загального, справедливого та безкоштовного доступу до всіх ресурсів охорони здоров'я. Переважали дві моделі:

- 1) поступове об'єднання наявних ресурсів охорони здоров'я в національну службу охорони здоров'я, доступну для всіх;
- 2) система соціального забезпечення, яка в кінцевому підсумку гарантувала б загальне безкоштовне охоплення договірних послуг, придбаних у постачальників медичних послуг [59].

Зазначимо, що того часу існував дивовижний ступінь довіри до науки і техніки та соціальної інженерії. Будь-яка медична технологія вважалася ефективною, якщо не було доведено протилежне. Минулі та майбутні покращення здоров'я та виживання вважалися винятковими результатами медичної допомоги. Існувало тверде переконання, і це було одним із принципів плану лорда Беверіджа для Національної служби охорони здоров'я Великої Британії, що ранній доступ до лікарняної допомоги зменшить виникнення незворотних і дорогих захворювань. Прогнозувалося і вважалося, що це в кінцевому підсумку призведе до суттєвого скорочення видатків на охорону здоров'я в найближчому майбутньому.

Зусилля з розвитку ресурсів охорони здоров'я, розпочаті в середині



1940 - х років, були спрямовані на зменшення дефіциту в постачанні та географічного розподілу лікарень і лікарів.

На початку 1970-х років довіра до політики та варіантів охорони здоров'я після Другої світової війни дещо зменшилась. Нова хвиля реформ набрала обертів. Витрати на охорону здоров'я перевищили допустимий рівень, і, незважаючи на це, вплив охорони здоров'я на виживання здавався незначним або навіть хибним, із тривожним зниженням очікуваної тривалості життя чоловіків середнього віку [60].

Реформи охорони здоров'я в середині 1970-х років приділили значну увагу потенціалу зміцнення здоров'я та профілактики захворювань. Проте, в оперативному плані реформи (наприклад, реорганізація Національної служби охорони здоров'я у Сполученому Королівстві у 1973 році) стосувалися переважно структурних та деяких управлінських проблем систем надання медичної допомоги. Рівневі та регіональні комплексні системи охорони здоров'я пропагувалися як заміна непов'язаних індивідуальних постачальників у минулому.

Перенесення тягаря надання допомоги на громаду з лікарні та її ресурсів первинної медичної допомоги було важливою політикою в рамках реформ середини 1970-х років. Стимування пропозиції, попиту та цін на медичне обслуговування стало важливою, складною та дорогою регулятивною діяльністю для урядів.

Третя хвиля великих реформ охорони здоров'я почалася наприкінці 1980 - х років. Проте цього разу реформи не обмежилися лише Західною Європою. На Заході уряди в основному боролися з проблемою покриття вартості, дилемою, що виникла внаслідок попередньої політики охорони здоров'я, а також із постійною неефективністю та нерівністю в їхніх системах охорони здоров'я. Країни Східної Європи, навпаки, повністю відмовлялися від своїх невдалих систем охорони здоров'я. Східноєвропейські послуги охорони здоров'я, які раніше часто виставлялися як демонстрація раціонального

планування, що здатні надавати комплексні, доступні та справедливі медичні послуги, виявились недостатніми. Вони, як правило, були застарілими, неналежним чином оснащені та укомплектовані надлишком погано підготовлених і деморалізованих медичних працівників [61].

Поточні реформи охорони здоров'я в Німеччині, Ірландії, Нідерландах та Великобританії є більш комплексними, ніж реформи в інших країнах Європи.

У Бельгії, Франції, Іспанії, Нідерландах і Великобританії реформи відображають тривалий і заплутаний процес переговорів. Урядам, зіткнувшись із мінливими альянсами різних груп інтересів і опозиційних партій, врешті-решт вдається узгодити політичні пропозиції та інструменти, які часто є діаметрально протилежними.

Більшість країн в основному обрали посилення державного регулювання. Вони запровадили різноманітні, часом складні з операційної точки зору, економічні важелі для контролю за неналежним використанням медичних послуг. Спеціальним управлінським заходам і складним управлінським інформаційним системам, які можна використовувати для підвищення ефективності, включаючи механізми оцінки та забезпечення якості медичної допомоги, приділяється більше уваги, ніж у попередніх реформах. Однак динаміка збільшення витрат на управління продовжує спостерігатись [62].

Інші країни, зокрема Великобританія та Нідерланди, обрали «керовану конкуренцію», яку запропонував відомий економіст Стенфордського університету Ален С. Ентховен, з більшою опорою на ринкові сили та конкуренцію в системі охорони здоров'я. В обох країнах нормативно-правова та фінансова база продовжує функціонувати як так звана парасолька для забезпечення справедливості, якості та доступності. В Іспанії Комітет Abril, який оцінює іспанську систему охорони здоров'я з огляду на реформи, зустрів великий опір з боку парламенту щодо його пропозицій щодо приватизації.

Для більшості країн контроль ситуації в сфері охорони здоров'я входить в число основних державних пріоритетів, а найбільш розвинені країни світу щорічно збільшують витрати на охорону здоров'я.

За оцінками порталу [apteka.ua](http://apteka.ua), за останнє двадцятиріччя витрати на медицину зросли в Польщі та Норвегії в 4 рази, у Великобританії та Іспанії - в 3 рази, в Німеччині і в США - в 2,5 [64].

США є світовим лідером за часткою витрат у ВВП на охорону здоров'я [64].

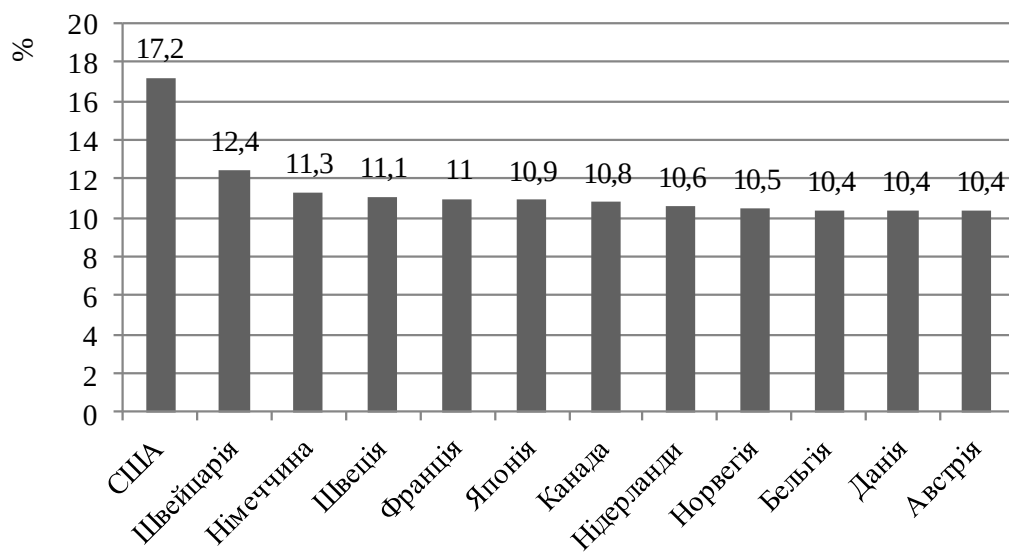


Рис. 3.1. Країни з найвищим співвідношенням витрат на охорону здоров'я до ВВП, 2019 р.

Джерело: дані [64]

За даними Conference Series (портал семінарів з медицини, фармацевтики, науки і техніки, технологій і бізнесу), протягом 2019-2023 років очікуються, що витрати на охорону здоров'я зростуть з більш потужним складним річним темпом зростання (CAGR) у 5 відсотків порівняно з 2,7 відсотка у 2014-2018 роках.

У всіх регіонах, крім Північної Америки, очікується середнє зростання витрат в прогнозований період, з найбільшим щорічним зростанням на Близькому Сході/Африці (7,4 відсотка) та в Азії (7,1 відсотка) [65].

Глобальні витрати на охорону здоров'я як частка валового внутрішнього продукту (ВВП), ймовірно, залишаться на рівні близько 10,2 відсотка до 2023 року, що дорівнює співвідношенню 2020 року. Цей очікуваний стабільний стан відображає економічні покращення та зусилля систем охорони здоров'я щодо стримування витрат.

У розрахунку на душу населення витрати ймовірно й надалі будуть розподілятися нерівномірно, коливаючись від 12 262 доларів США у Сполучених Штатах лише до 45 доларів США в Пакистані у 2023 році.

У 2019 році світове населення становило 7,7 мільярда, а до 2030 року воно досягне 8,5 мільярда. Відбувається глобальне зростання домогосподарств із вищим рівнем доходу (тих, хто заробляє понад 25 000 доларів США на рік). Зростання кількості населення в поєднанні зі збільшенням економічної потужності та зусиллями щодо розширення систем громадського здоров'я, ймовірно призведе до збільшення витрат на охорону здоров'я.

Надання медичної допомоги зростаючій геріатричній демографії, ймовірно, є головною проблемою для урядів та систем охорони здоров'я. Прогнозується, що загальна тривалість життя збільшиться з 73,7 років у 2018 році до 74,7 років у 2023 році. Кількість осіб старше 65 років становитиме понад 686 мільйонів, або 11,8 відсотка всього населення.

Тенденція буде найбільш помітною в Японії, де очікується, що до 2023 року частка людей у віці 65+ досягне майже 29 відсотків; в Західній Європі, як очікується, становитиме 22 відсотки [66].

Витрати на світовому ринку геріатричної допомоги (медичне обслуговування вдома, віддалений моніторинг пацієнтів тощо), ймовірно, до 2023 року перевищить 1,4 трильйона доларів США [65].

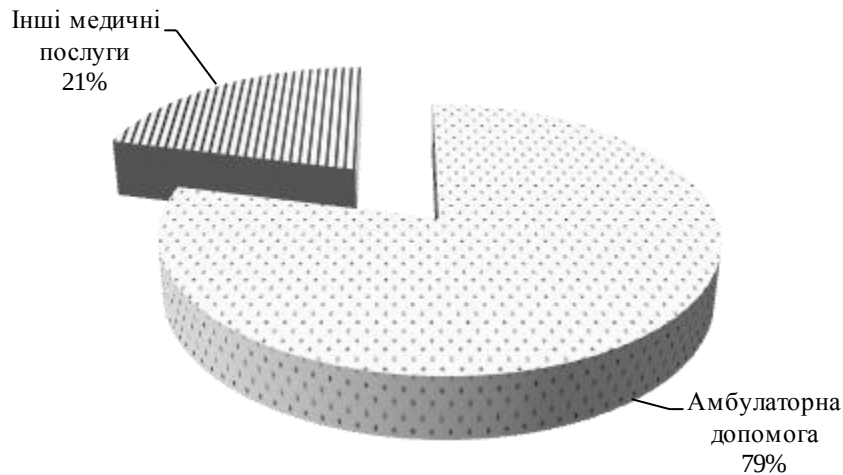


Рис. 3.2. Структура глобального ринку охорони здоров'я, 2020 р.

Джерело: складено на підставі даних [65]

При цьому первинна медико-санітарна допомога (сімейна медицина) складає в структурі 36%, вузькопрофільна медична допомога та амбулаторна хірургія, відповідно 15% та 13%, а швидка допомога та поліклінічна допомога менше 10% (рис. 3.3).

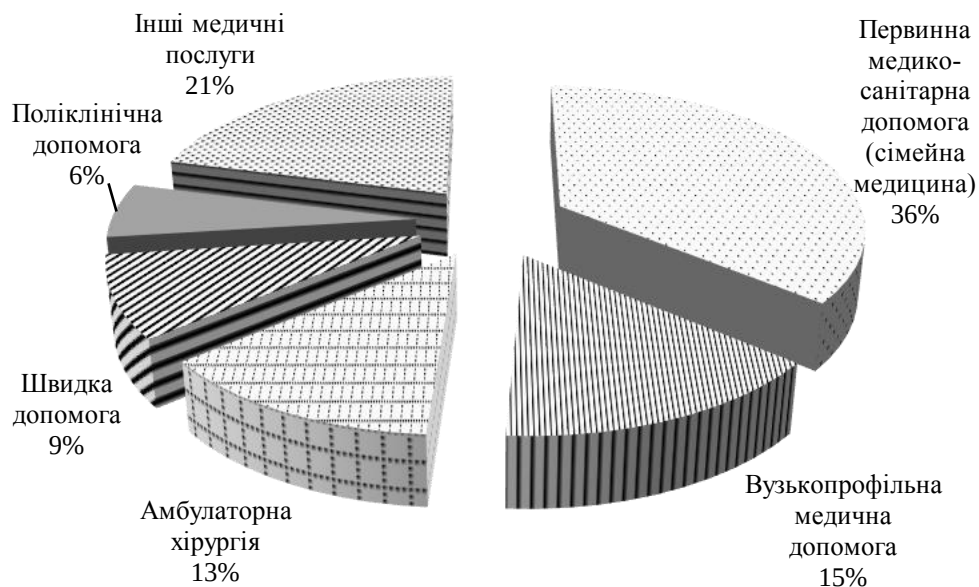


Рис. 3.2. Структура медичних послуг, 2020 р.

Джерело: складено на підставі даних [65]

Європейський Союз побудований на концепції вільного руху товарів, послуг, людей і капіталу. Закони, прийняті для реалізації та захисту цих

свобод, впливають на сектор охорони здоров'я. Наприклад, щоб полегшити професійну мобільність, кваліфікація, отримана в одній країні, автоматично визнається в інших. Громадяни можуть вільно подорожувати Європою, маючи впевненість у тому, що вони матимуть доступ до медичної допомоги, якщо виникне надзвичайна ситуація. Ліцензування нових ліків і медичних пристроїв узгоджено по всій Європі.

В ЄС надання медичної допомоги є відповідальністю окремих країн. Припущення про те, що медичні послуги, які надаються відповідно до національних норм у будь-якій країні ЄС, будуть відповідної якості, підтверджено Європейським судом, який застосував принцип взаємного визнання у своїх рішеннях.

Проте в Європі підхід до якості в різних країні різняться, часто через історичні причини, наприклад, чи були лікарі державними службовцями, підлягали нагляду за своєю роботою, чи вони вважають себе представником вільної професії, яка вимагає професійної автономії. Ці відмінності стають дедалі важливішими з двох причин.

По-перше, кількість медичних працівників, які переміщуються в межах ЄС, швидко зростає. Цим фахівцям потрібна інформація про структури та процеси для підвищення якості, з якими вони стикаються, а професійні команди повинні розуміти, що нові члени з-за кордону можуть мати інший досвід і очікування.

По-друге, все ще незвично для громадян однієї країни отримувати медичну допомогу в іншій європейській країні (на це припадає щонайбільше 1% загальних витрат на охорону здоров'я), але в деяких місцях і для деяких груп це явище є важливим. Відвідувачам може знадобитися лікування під час подорожі, і багато людей зараз їдуть на пенсію в іншу країну [63].

Крім того, людям може знадобитися отримати послуги, які недоступні вдома, наприклад, люди, які живуть у прикордонних районах або в невеликих країнах, які не можуть запропонувати вузькоспеціалізовані послуги, або де

лікування доступне швидше чи дешевше в іншому місці. Деякі постачальники медичних послуг та заклади зараз працюють більш ніж в одній європейській країні, і лібералізація медичного страхування та надання послуг у деяких країнах, ймовірно, прискорить цю тенденцію [67].

Разом з тим, політика охорони здоров'я в ЄС містить у своїй основі фундаментальну суперечність. Послідовні європейські договори чітко визначають, що охорона здоров'я є відповідальністю держав-членів, але надання медичної допомоги включає людей, товари та послуги, які підпадають під дію європейського законодавства.

Ініціативи щодо якості медичної допомоги можна розділити на дві великі категорії. Деякі з них діють зверху вниз, часто у формі законодавства чи нормативних актів урядів і офіційних органів. Інші – знизу вгору, ініційовані медичними працівниками та іншими постачальниками.

У Європі є ще один вимір: ступінь узгодженості чи різноманітності між країнами. Закони та нормативні акти варіюються від тих, що діють на європейському рівні, через ті, де деякі або всі країни прийняли спільні рішення, до тих, де політика є повністю національною. Ініціативи «знизу вгору» часто починаються в одному місці, але можуть бути скопійовані іншими та застосовані в кількох країнах [68].

Різнomanітність підходів до покращення якості унеможливорює створення ідеальної систематики ініціатив, пов'язаних з якістю. В Європі існує декілька широких категорій ініціатив, які ілюструють як схожість, так і різноманітність європейських систем охорони здоров'я.

*Дозвіл на лікарські засоби та вироби медичного призначення.* Схвалення ліків є однією з небагатьох сфер охорони здоров'я, де практика гармонізована в межах ЄС. Виробники можуть подавати нові продукти на затвердження централізовано до Європейського агентства з оцінки лікарських засобів. Крім того, вони можуть звернутися за схваленням до національного агентства з оцінки, яке потім розповсюдить деталі до відповідних агентств у всіх інших

країнах ЄС; якщо заперечення не отримано, продукт схвалений для продажу на території ЄС (принцип взаємного визнання). Деякі продукти, наприклад ті, що пов'язані з біотехнологіями, повинні бути затверджені централізовано; інакше виробник може вибрати, який шлях використовувати. ЄС також ухвалив законодавство, яке вимагає, щоб ліки супроводжувалися листівками з детальною інформацією для пацієнтів [69].

*Підготовка медичних працівників.* Здатність медичного працівника, який пройшов навчання в одній країні, працювати в іншій базується на взаємному визнанні. Послідовне законодавство ЄС встановило мінімум стандартів для навчальних програм. Люди, які пройшли таку програму, вважаються такими, що відповідають прийнятним європейським стандартам. Однак цю систему критикували, оскільки критерії визнання пов'язані майже виключно з тривалістю навчання, не враховуючи змісту, а також не враховуючи зростаюче використання компетентнісних підходів у професійній освіті. Спеціалізовані кваліфікації бувають двох типів: ті, що пов'язані зі спеціальностями, такими як хірургія, які визнаються повсюдно, і кваліфікації, що стосуються спеціальностей, визнаних лише в кількох країнах, таких як дерматовенерологія. Кваліфікації другої групи можуть бути використані тільки в країні, яка визнає спеціальність. Законодавство ЄС не стосується перепідтвердження, яке діє в деяких країнах, наприклад у Нідерландах, і запроваджується в інших.

*Реєстрація, ліцензування та акредитація об'єктів.* Декілька країн запровадили власні системи, щоб забезпечити відповідність закладів охорони здоров'я певним стандартам, що перевищують ті, що застосовуються до всіх громадських будівель (наприклад, протипожежні правила).

Загальноєвропейської системи не існує, хоча в деяких місцях використовуються міжнародні ініціативи. У таких країнах, як Данія, Чеська Республіка, Італія та Іспанія, окремі лікарні або групи лікарень добровільно зверталися за акредитацією до Joint Commission International, а інші



використовували моделі, адаптовані на основі канадських стандартів якості. Варіанти організаційного аудиту, започатковані Королівським фондом у Великій Британії, були прийняті у Швеції та Фінляндії [70].

У Франції, Фінляндії, Німеччині, Данії, Польщі, Швеції та Великобританії деякі окремі лікарні домагалися сертифікації Міжнародною організацією стандартизації. Стандарт ISO 9000 охоплює такі сфери, як ведення записів та ініціювання дій у відповідь на проблеми, що виникають, але він є загальним, а не специфічним для клінічної якості. Лікарні у Фінляндії, Люксембурзі, Нідерландах та Угорщині, а також у деяких регіонах Іспанії та Італії прийняли систему самооцінки, розроблену Європейським фондом управління якістю (EFQM), у деяких випадках пов'язану з національними схемами нагородження. Як і у випадку з ISO 9000, його зміст не стосується галузі охорони здоров'я [71].

Більшість країн мають національні органи з акредитації лабораторій, хоча процедури значно відрізняються. Ці національні органи працюють разом над розробкою спільних підходів.

*Безпека пацієнтів.* І Люксембург, і Великобританія використовували своє головування в ЄС, щоб зробити безпеку пацієнтів пріоритетом. Всесвітня організація охорони здоров'я створила Всесвітній альянс із безпеки пацієнтів, і важливість безпеки пацієнтів була схвалена Радою Європи [72].

Проте нещодавнє європейське дослідження безпеки пацієнтів виявило, що у 2005 році лише Данія, Німеччина, Іспанія, Нідерланди та Великобританія створили спеціальні інституційні структури для забезпечення безпеки пацієнтів; системи, запроваджені Данією та Сполученим Королівством, були визнані найдосконалішими. Інші країни запровадили такі елементи, як національні або регіональні системи звітності про інциденти, вимоги щодо найму на підприємствах менеджерів із ризиків та захисту інформаторів, але їх природа і сфера застосування дуже різнилася [73].

*Клінічні рекомендації.* Майже всі країни мають різноманітні процеси для

розробки або адаптації клінічних настанов. Вони варіюються від ініціатив в окремих установах до національних програм, у яких працюють групи аналітиків, які проводять систематичні огляди.

У 2001 році Рада Європи розробила низку рекомендацій щодо розробки клінічних настанов. Кілька європейських спеціалізованих асоціацій, таких як Європейська асоціація урології, мають добре налагоджену систему розробки настанов. Крім того, європейський дослідницький проект AGREE та Міжнародна мережа настанов, міжнародна мережа організацій, що розробляють настанови, зробили значний внесок у створення консенсусу на європейському рівні щодо методів розробки настанов та оцінки їх якості [74].

*Експертна оцінка.* Кілька країн запровадили системи експертної оцінки, такі як голландська система візитів та клінічний аудит у Великобританії. Місцеві та регіональні приклади в інших країнах, як правило, відображають присутність окремих клініцистів-ентузіастів, і міждисциплінарний аудит виглядає досить рідкісним явищем.

За винятком ліків (де політика була здебільшого керована промисловими проблемами), сам ЄС відіграє обмежену роль у якості медичної допомоги. В інших сферах ситуація відображає фундаментальні відмінності в системах охорони здоров'я, інтереси та вплив різних зацікавлених сторін. Уряди, принаймні теоретично, можуть відігравати більшу роль там, де вони безпосередньо наймають медичних працівників, як це стосується лікарів лікарень у країнах із національними службами охорони здоров'я. Залучення уряду часто є меншим там, де лікарі працюють самотійно. Діяльність із забезпечення якості, є більш поширена там, де медичні працівники працюють у мультидисциплінарних командах, оскільки легше організувати експертну перевірку з колегами, ніж з конкурентами, коли вони практикують самотійно.

Професійні асоціації також можуть відігравати важливу роль. Загалом ці асоціації працюють у трьох широких сферах: ведення переговорів від імені своїх членів, боротьба з непрофесійною поведінкою та активне підвищення

професійних стандартів. Характер і потужність таких асоціацій значно відрізняються. Ключовим фактором є пріоритет, який асоціації надають підвищенню професійних стандартів, що може бути мінімальним, якщо їхні зусилля зосереджені на фінансових переговорах. У Данії, Нідерландах та Великобританії (де вони започаткували низку національних аудитів), професійні організації брали активну участь у низці заходів із забезпечення якості [75].

У країнах, де охорона здоров'я фінансується через соціальне страхування, страхові фонди заснували організації для надання технічної підтримки для включення якості в контракти з постачальниками, наприклад, Національний інститут страхування на випадок хвороби та інвалідності (RIZIV-INAMI) у Бельгії. У Німеччині Федеральний офіс із забезпечення якості (BQS) був створений корпоративними учасниками для підтримки розробки та впровадження заходів зовнішнього забезпечення якості в лікарнях.

Міжнародний вплив є досить важливим, прикладом чого є прийняття моделі акредитації Joint Commission International. У таких країнах, як Угорщина, асоціації із забезпечення якості виникли через участь у спільних проектах, що фінансуються ЄС, причому голландські команди були особливо впливовими. Підходи також різняться всередині країни, що відображає відмінності між тими країнами, у яких система охорони здоров'я організована централізовано, і тими, де вона децентралізовано. Так, іспанські автономні області Каталонія та Андалусія запровадили системи акредитації лікарень, Арагон і Кантабрія застосовують модель EFQM, а Наварра розробила власну програму управління якістю. Так само існує значна різноманітність між регіонами Італії.

Якість деяких елементів охорони здоров'я координується на європейському рівні або шляхом створення централізованих систем, як у випадку з деякими ліками, або шляхом гармонізації стандартів, як у випадку з

професійною освітою.

Але інші елементи, такі як якість систем охорони здоров'я, організацій і клінічних процесів, не координуються. Кілька країн демонструють мало доказів будь-якого конкретного прогресу; в інших, те, що існує, ґрунтується на роботі кількох осіб і мало впливає на більшість медичних працівників.

Таким чином, надання медичної допомоги є національною відповідальністю, але в Європі, яка характеризується вільним пересуванням, національні уряди та інші зацікавлені сторони повинні враховувати ширший європейський контекст у розробці політики та плануванні охорони здоров'я.

Враховуючи величезну різноманітність систем охорони здоров'я та клінічних практик, а також відсутність чіткої договірної основи для дій, є сподівання, що на європейському рівні з'являться більш скоординовані механізми для забезпечення якості та безпечності надання медичної допомоги для усіх європейських громадян, а якість медичної допомоги в Європі досягне високого рівня розвитку з огляду на зростаючу мобільність як спеціалістів, так і пацієнтів.

### **3.2. Шляхи підвищення якості надання медичної допомоги в Україні в сучасних цифрових умовах**

Розробка, уточнення та реалізація національної політики та стратегії у сфері якості медичної допомоги є зростаючим пріоритетом, оскільки країни прагнуть систематично покращувати роботу системи охорони здоров'я. Більшість підходів до розробки національної стратегії якості медичної допомоги передбачають один або кілька з наступних процесів:

- вироблення концептуальних засад державної політики та стратегії впровадження як складової національного плану з реформування сектору охорони здоров'я;
- проектування документу про політику якості, який має бути розроблений як окремий національний документ, як правило в рамках багатостороннього процесу, очолюваного або підтримуваного Міністерством

охорони здоров'я;

- розробка національної стратегії впровадження якості з детальним порядком денним дій та розділами про основні завдання та заходи із її реалізації [76].

Підвищення якості в системах охорони здоров'я можливе за умови дотримання низки кроків та застосування принципів, до яких відносять принципи прозорості, людиноцентричності, вимірювання та генерації інформації, а також інвестування в робочу силу, що лежить в основі лідерства та підтримуючої культури. З урахуванням цих основ можна впровадити та підтримувати перевірені втручання та практики для забезпечення якості - такі як протоколи лікування, контрольні списки, освіта, а також звітність та зворотний зв'язок.

Загальний висновок з 15 оглядів якості в національних системах охорони здоров'я, проведених ОЕСР у період з 2012 по 2016 рік, свідчить про необхідність більшої прозорості щодо ефективності з точки зору якості та результатів медичної допомоги. Ключовим компонентом прозорості є відкритість та чесність щодо результатів, включаючи прогалини та помилки. У таких умовах це перетворюється на можливості для навчання. Культура прозорості може потребувати часу для побудови, але її можна і потрібно прищеплювати усім системам охорони здоров'я, незалежно від наявних ресурсів [77].

Залучення людей та громад до власного здоров'я та підвищення якості надання медичних послуг визнано ключовою детермінантою розвитку галузі охорони здоров'я розвинутих країн світу. Громадяни, які активно займаються власним здоров'ям, страждають менше від ускладнень і характеризуються кращим здоров'ям і самопочуттям. На клінічному рівні це означає надання можливості пацієнтам співпрацювати з лікарями у клінічних рішеннях, а також активно керувати своїм здоров'ям.

Однак людиноцентричність виходить за рамки індивідуального догляду.

Медичні працівники та пацієнти можуть і мають бути залучені до визначення пріоритетів і до розробки політики. Ніде це не є таким важливим, ніж на первинній ланці медичної допомоги. Ці послуги повинні бути розроблені за участю громад, виходячи з їхніх унікальних потреб та уподобань.

Якість вимагає вимірювання і генерації інформації. Охорона здоров'я постійно змінюється, тому якість потрібно постійно контролювати та оцінювати, щоб сприяти покращенню. До прикладу, банківська галузь виділяє 13% своїх доходів на інформаційні системи. Охорона здоров'я інвестує менше 5%, це – мізерна сума для інформаційного впливу. Надійні показники якості повинні бути вбудовані в місцеву та національну інформаційну інфраструктуру охорони здоров'я. Інформація повинна бути доступною для всіх відповідних суб'єктів, включаючи державного регулятора, пацієнтів та постачальників [77].

Надаючи високоякісну допомогу, спеціалізовані знання повинні бути доповнені здатністю спілкуватися та працювати в команді з іншими професіоналами, а також співпрацювати з пацієнтами та їх опікунами. Також важливими є навчання та соціалізація працівників, заходи щодо вдосконалення, зворотний зв'язок щодо ефективності та спільного навчання, а також такі фактори, як фінансове стимулювання. Але ключовим елементом є послідовність лідерства з боку урядів, політиків, клінічних лідерів, менеджерів систем охорони здоров'я та громадянського суспільства. Це не вимагає високого рівня ресурсів – це, скоріше, вимагає інвестицій у бік прозорості для постійного вдосконалення [75].

Хоча високоякісна медична допомога для всіх може здатися амбітною, її можна досягти з виробленою стратегією, надійним плануванням та розумними інвестиціями. Для країн з низьким і середнім рівнем доходу вирішення проблеми якості при створенні універсального охоплення послугами охорони здоров'я є величезною можливістю. Отже, прагнення до універсального охоплення здоров'ям - це не лише інвестиція в краще здоров'я - це

зобов'язання побудувати більш здорове суспільство та здоровий світ.

Вищенаведені засади є основою державного регулювання та практики для постійного покращення якості медичної допомоги. Разом з тим, якість має корелюватися із відповідальністю всіх зацікавлених сторін та інституцій. Вона повинна підтримуватися національним стратегічним напрямком з чітко визначеними цілями та завданнями, а також участю зацікавлених сторін у ефективному функціонуванні усієї системи охорони здоров'я.

Що стосується вітчизняної системи охорони здоров'я, то причинами низької якості медичних послуг є:

- економіко-технологічні та матеріально-технічні причини (брак фінансування, старіння фондів, проблеми постачання);
- причини, пов'язані з людським фактором (нестача і/або неефективність кадрових ресурсів, недостатня управлінська підготовка);
- причини, пов'язані з використанням застарілих технологій управління діяльністю лікувально-профілактичних установ [78, с. 72].

Основними рішеннями, пов'язані з усуненням причин низької якості медичних послуг в національній системі охорони здоров'я, можуть бути:

- перехід від централізованої системи обов'язкового медичного страхування до децентралізованої і диверсифікованої (через розвиток сегмента добровільного медичного страхування);
- перехід від класичної системи мотивації та стимулювання до концепції високотехнологічного комплаєнс-менеджменту в управлінні кадровими ресурсами лікувально-профілактичних установ;
- перехід від традиційного процесного (реактивного) управління до управління на основі концепції проактивного інтегрованого планування діяльності лікувально-профілактичних установ.

Можна виокремити сутність основних рішень, які зможуть забезпечити підвищення якості медичних послуг в українській системі охорони здоров'я:

- по-перше, назріла необхідність реформування системи медичного

страхування. Потрібно змінити підхід до медичного страхування, для чого потрібно спочатку перенести обов'язок по відрахуванню страхових виплат з роботодавців на самих працівників. Далі слід розширити перелік ставок по медичному страхуванню з тим, щоб і роботодавці, і працівники могли оптимально використовувати можливості страхової медицини для скорочення соціальних ризиків і підвищення трудової мотивації. Ще один важливий аспект - це розвиток сегмента добровільного медичного страхування. Тут можна використовувати інтегрований підхід: мінімальна ставка по обов'язковому страхуванню і індивідуальний вибір плану добровільного страхування;

- по-друге, для вирішення кадрових проблем слід змінити специфіку управління персоналом в сфері охорони здоров'я. Для цього необхідно перейти до високотехнологічного комплаєнс-менеджменту, який передбачає використання телемедичних технологій не тільки для віддалених консультацій пацієнтів, але і для навчання/розвитку персоналу, а також для проведення лікарських консилиумів. При цьому в кожному лікувально-профілактичному закладі створюється перелік внутрішніх стандартів, уніфікованих з законодавчими нормами, правилами надання медичної допомоги. На основі зазначених стандартів будується весь лікувальний процес в закладі охорони здоров'я, в тому числі організація зворотного зв'язку з населенням, а також взаємодія з органами влади (по суті комплаєнс-менеджмент в лікувально-профілактичних установах - це своєрідна форма підвищення ефективності діяльності ділових та підприємницьких структур, тобто соціально відповідальна прецизійна медицина);

- по-третє, потрібно змінити всю концепцію управління діяльністю лікувально-профілактичних установ і перейти від традиційного реактивного управління процесами до проактивного управління на основі інтегрованого планування, яке передбачає забезпечення балансу цілей у фінансовій, матеріально-технічній, кадровій та маркетинговій компонентах управління.



Такий підхід може бути реалізований тільки за умови фінансово-економічної самостійності лікувально-профілактичних установ, саме тому необхідна децентралізована і диверсифікована система медичного страхування населення.

Деталізація окремих рішень та заходів, які зможуть забезпечити підвищення якості медичних послуг в охороні здоров'я, представлена нижче на рис. 3.1.

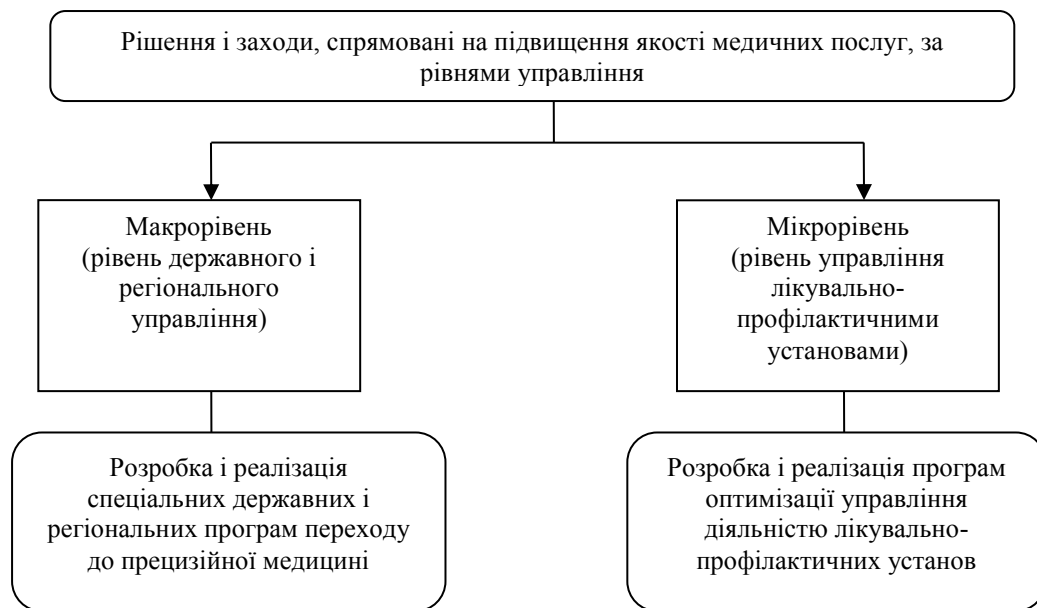


Рис. 3.1. Основні рішення та заходи, спрямовані на підвищення якості медичних послуг в національній системі охорони здоров'я

Джерело: складено автором

Таким чином, ми виділяємо рішення макро- і мікрорівня, які забезпечать підвищення якості медичних послуг. При цьому вважаємо за необхідне підкреслити наступне:

1) та частина рішень і заходів, яка відноситься до макрорівня, в першу чергу повинна припускати скорочення прямого державного фінансування системи охорони здоров'я та розвиток різних форм державно-приватного партнерства, в тому числі приватної фінансової ініціативи;

2) завдання держави полягає в тому, щоб створити у населення стійку мотивацію до здорового способу життя і стимули до зниження соціальних

ризиків за рахунок самострахування і кострахування (тобто спільні плани медичного страхування між працівником і роботодавцем);

3) та частина рішень і заходів, яка відноситься до мікрорівня, повинна бути орієнтована на забезпечення переходу до нової парадигми управління, в якій лікувально-профілактичні установи (незалежно від форми власності та джерел фінансування) будуть прагнути до добросовісної конкуренції на ринку медичних послуг;

4) завдання управлінської ланки сучасних лікувально-профілактичних установ полягає в тому, щоб активно розвивати багатосторонню взаємодію (з державою, підприємництвом/бізнесом, громадськими і науковими організаціями) для формування платформи прецизійної медицини в кожній клініці або стаціонарі.

Досягнення значного прогресу в досягненні Цілей сталого розвитку та досягненні універсального охоплення послугами охорони здоров'я, є можливим з точки зору трьох глобальних установ, що займаються охороною здоров'я – ОЕСР, Світового банку та Всесвітньої організації охорони здоров'я, та які пропонують шляхи підвищення якості надання медичної допомоги з метою доступу до високоякісних, орієнтованих на людей медичних послуг для усіх [79].

Отже, глобальні інституції рекомендують усім національним урядам:

- сформувати національну політику і стратегію у сфері якості медичної допомоги;
- демонструвати відповідальність за надання високоякісного та безпечного медичного сервісу;
- забезпечити, щоб реформи, які головною метою вбачають універсальне охоплення послугами охорони здоров'я, вбудували якість у основу власних національних систем охорони здоров'я;
- забезпечити, щоб системи охорони здоров'я мали інфраструктуру інформаційних та цифрових технологій, здатних вимірювати та звітувати про

якість медичної допомоги;

- мінімізувати або ліквідувати розрив між фактичними і досяжними показниками в якості;
- зміцнити партнерські відносини між медичними працівниками та користувачами охорони здоров'я, які сприяють підвищенню якості медичної допомоги;
- створити та підтримувати медичних працівників, які задовольняють населення у високоякісній допомозі.

Національні системи охорони здоров'я мають виконати наступні заходи [79]:

- здійснювати доказові втручання, які демонструють покращення;
- популяризувати системи та практики з формування культури здоров'я, які зменшують шкоду для пацієнтів;
- забезпечити можливість мінімізації впливу шкідливих звичок на якість життя всіх людей з хронічним захворюванням;
- формувати стійкості для запобігання, виявлення та реагування на загрози безпеці здоров'я шляхом зосередженої уваги на якості;
- створити ефективну інфраструктуру для навчання та підвищення кваліфікації медичного персоналу;
- надавати технічну допомогу та управління знаннями для удосконалення.

Глобальні установи, що займаються охороною здоров'я – ОЕСР, Світовий банк та Всесвітня організація охорони здоров'я, пропонують також громадянам та пацієнтам виконати наступні умови [79]:

- мати можливість активно займатися покращенням та зміцненням власного здоров'я для оптимізації стану;
- займати активну громадянську позицію у розробці нових моделей медичних послуг для задоволення потреб місцевої громади;
- бути поінформованими про право мати доступ до медичної

допомоги, що відповідає досяжним сучасним стандартам якості;

- отримувати підтримку, інформацію та навички управління власним здоров'ям.

Медичні працівники також повинні:

- брати участь у вимірюванні та вдосконаленні якості разом зі своїми пацієнтами;

- сповідувати та реалізовувати на практиці філософію командної роботи;

- бачити пацієнтів партнерами у наданні допомоги;

Глобальні установи переконані, що лише такий комплексний підхід, за допомогою якого різні суб'єкти працюють разом на досягнення мети, матиме очевидний вплив на якість медичних послуг у всьому світі [79].

Таким чином, враховуючи вищенаведене, беручи до уваги пропозиції глобальних установ, що займаються охороною здоров'я – ОЕСР, Світового банку та Всесвітньої організації охорони здоров'я, а також результати дослідження закордонного досвіду регулювання системи охорони здоров'я, спрямованого на забезпечення якості наданих медичних послуг населенню, можемо визначити основні напрями удосконалення державного регулювання якості медичних послуг в умовах цифровізації і для України. Серед них:

1. Забезпечення проведення наукових розробок, розвитку інновацій, науково-технічного процесу та створення системи відповідних стандартів якості медичних послуг та розробки цифрових технологій щодо їх удосконалення.

Нові технології надають можливості для інноваційних продуктів - нових або поліпшених видів послуг. В цілому, цифровий розвиток системи охорони здоров'я забезпечує єдність науки і практики, міжнародні взаємовідносини із зарубіжними країнами і науковими центрами, розвиток державно-приватного партнерства.

Новітні технології створюють нові або змінені способи надання

медичної послуги, в тому числі, гарантуючи або покращуючи її якість. Підтверджується це також тим, що в громадському секторі економіки основною метою застосування інновацій є поліпшення добробуту суспільства. На відміну від нього, цифрові новації та технології у приватному секторі спрямовані на отримання фінансового прибутку. Тому, управління охороною здоров'я в багатьох зарубіжних країнах спрямоване на ефективну взаємодію цих двох секторів. Зокрема, дороговартісні інноваційні технологічні проекти, наприклад, біотехнології, в принципі неможливі без державної підтримки [80], а тому, в більшості зарубіжних країн фінансування науково-дослідної роботи здійснюється державою.

Успішним прикладом державного фінансування медичної науки є Швеція, яка визнана світовим лідером в деяких областях медичної науки, займає перші місця за кількістю наукових публікацій і кількості отриманих патентів. Зокрема, понад 3,6% ВВП Швеції йде на фінансування наукових розробок та інновацій. Фінансування здійснюється шляхом видачі грантів вищим навчальним закладам за допомогою дослідних рад та галузевих наукових інститутів.

2. Створення ефективної державної системи контролю дотримання стандартів якості медичних послуг, що надаються населенню.

Наприклад, в США застосовується деталізована номенклатура медичних послуг відповідно до Current Procedura l Terminology, яка, зокрема, застосовується при оплаті медичних послуг страховими організаціями. Незважаючи на те, що робота такої системи потребує значних витрат часу і ресурсів медичної організації, в результаті, вона дозволяє здійснювати контроль за якістю надаваних медичних послуг пацієнту.

3. Проведення заходів щодо посилення мотивації праці медичних працівників та ефективного використання їх праці; створення ефективних програм навчання, підвищення кваліфікації для медичного персоналу.

Наприклад, успішний досвід розвитку і функціонування системи

охорони здоров'я в Південній Кореї базується, в тому числі, на значній увазі держави до питань освіти, підвищення кваліфікації, участі в науково-дослідних роботах медичного персоналу.

4. Здійснення заходів, спрямованих на підтримку здоров'я населення, мотивація громадян на збереження і зміцнення свого здоров'я

У загальновизнаних ефективних системах охорони здоров'я Німеччини та Ізраїлю важлива роль належить профілактичній медицині. Іншими словами, держави, як пріоритетний напрямок поліпшення здоров'я і збільшення тривалості життя населення, бачать саме забезпечення профілактики захворювань, підвищення соціальної відповідальності населення як за своє здоров'я, так і здоров'я суспільства в цілому.

Показовим у цьому відношенні є і досвід Сінгапуру. Система індивідуальних медичних рахунків стимулює саму людину бути відповідальним за своє здоров'я, тим самим не допускаючи погіршення якості медичних послуг і підвищення їх вартості. Крім того, в Сінгапурі активно просувається здоровий спосіб життя, наприклад, шляхом проведення тестів на виконання фізичних нормативів, проведення освітніх програм зі здорового харчування і заняття спортом.

Формування та розвиток культури здоров'я та здорової поведінки, а також вивчення закономірностей впливу чинників навколишнього середовища, виробничої і соціальної сфери на здоров'я населення і доведення цих відомостей до населення, включені в основні заходи щодо забезпечення ефективної діяльності системи охорони здоров'я в Південній Кореї.

В цілому, бюджетні витрати на обслуговування медичної сфери перевищують віддачу від економічно активного вилікуваного населення, проте повністю відмовитися від бюджетного фінансування сфери охорони здоров'я не можуть більшість країн.

Загальними напрямками державного регулювання і контролю в системі охорони здоров'я є зниження витрат на охорону здоров'я, забезпечення

якісних, кваліфікованих, адекватних і доступних медичних послуг, незважаючи, що функціонування певних моделей регулювання ринку медичних послуг в кожній країні безпосередньо пов'язаний зі ступенем розвитку такої країни.

За результатами дослідження можемо зробити висновок, що ефективне державне управління сферою охорони здоров'я можливо в умовах розвинених ринкових відносин, але за умови дотримання учасниками своїх обов'язків з надання населенню доступної і якісної медичної допомоги. В іншому випадку, настає протиріччя соціальних пріоритетів суспільства з економічною діяльністю ринку медичних послуг. Досвід зарубіжних країн щодо врегулювання діяльності системи охорони здоров'я, забезпечення якісної і доступної медичної допомоги підтверджують можливість і результативність поєднання економічної та соціальної сфери в медичних послугах.

## ВИСНОВКИ

Проведене магістерське дослідження обумовлює виокремлення наступних висновків.

1) Досліджено теоретичні засади проблеми державного регулювання якості надання медичної допомоги. З'ясовано, що система охорони здоров'я завжди була і є складною багаторівневою структурою, в якій зони відповідальності розподілені між Урядом, міністерством та відомствами, адміністративними органами міського, районного та селищного рівнів. Тенденції та нові технології в охороні здоров'я зосереджені на наданні пацієнтам більшого доступу до медичної допомоги з метою запобігання проблемам із здоров'ям, перш ніж вони перетворяться на хвороби.

Ключовим і визначальним гравцем на ринку медичних послуг є держава. Лише у разі повного охоплення цільовими програмами всіх сегментів, і державного, і приватного, можливими є досягнення державою цілей у медичній галузі. Нормативно-правову базу, обсяг фінансових коштів у галузі визначає держава. Однак, ефективні цільові програми в сфері медицини, які могли б стимулювати приватно-державне партнерство з питань підвищення якості медичної допомоги, поки що перебувають у стані розробки та не можуть впливати на регулювання цього сегменту. Низький рівень тарифів для компенсації послуг, що надаються, в тому числі в системі сімейної медицини є перешкодою для більшості комерційних клінік в питаннях активної участі у пропонованих державою ініціативах.

2. Проаналізовано понятійно-категорійний апарат за темою дослідження. Обґрунтовано, що зарубіжні науковці поняття «якість медичної допомоги» тлумачать через чотири визначальні атрибути: 1) ефективність, 2) безпечність, 3) культура досконалості та 4) бажані результати. Виходячи з цих атрибутів, визначення якості медичної допомоги тлумачиться як оцінка та надання ефективної та безпечної медичної допомоги, відображеної в культурі



досконалості, що призводить до досягнення оптимального або бажаного здоров'я. Відтак, концептуалізація якості медичної допомоги повинна визначати її базові компоненти та мати потенціал для покращення її надання, що сприятиме повнішому та послідовнішому розумінню вказаних атрибутів, необхідних для покращення надання медичної допомоги та стійкої громадської довіри.

Обґрунтовано, що проблема якості медичної допомоги є мультидисциплінарною, а наукові дискусії навколо проблеми якості медичної допомоги продовжують відбуватися на різних науково-дослідних майданчиках. Вивчення понятійно-категорійного апарату за темою дослідження дає підстави зробити висновки, що ефективність системи охорони здоров'я і якість надання медичної допомоги населенню залежить від типу системи охорони здоров'я, механізмів державного регулювання у сфері забезпечення якості охорони здоров'я, зокрема організаційних та правових, від функціонування яких залежить загальна ефективність сфери охорони здоров'я.

3. З'ясовано сучасний стан та рівень якості надання медичної допомоги в Україні. Результати аналізу якості послуг сучасної медицини показали, що населення найменше всього вдоволене медичною допомогою у лікарнях (стаціонарах). Найвищий рівень задоволення всіма складовими системи охорони здоров'я висловили мешканці Волинської, Донецької та Тернопільської областей. Щодо змін в медичній допомозі, які спостерігали впродовж останнього року (якість, фінансова доступність та територіальна доступність), то лише 14,3% респондентів вважають, що якість медичної допомоги, яка надається сімейним лікарем або дільничним терапевтом чи педіатром, поліпшилась.

Доведено, що розвиток цифрової охорони здоров'я змінює парадигму якісної медичної допомоги. У науковій літературі цифрове здоров'я визначається по-різному, але спільним для цих визначень є цифрове втручання, яке вивчає надання медичної допомоги, а не використання самої

технології.

Обґрунтовано, що завдяки індустріальній революції 4.0 цифрове здоров'я активізує застосування цифрових технологій, які змінюють ландшафт та якість традиційної медичної практики. Як наслідок, зростає інтерес до капіталізації цифрового здоров'я для покращення якості медичного обслуговування. Разом з тим, проблеми, пов'язані з цифровим здоров'ям, включають етичну стурбованість інформаційною безпекою, прийнятність нової практики для впровадження в реальну медичну діяльність.

4. Вивчення практики державного регулювання якості й доступності медичних послуг населенню у зарубіжних країнах показало, що якість медичної послуги - це її відповідність певним встановленим вимогам, в тому числі: відповідність змісту медичної діяльності, потребам пацієнтів, системі встановлених стандартів і нормативів. Обґрунтовано, що основними напрямками регулювання системи охорони здоров'я в зарубіжних країнах, в тому числі, спрямованого на забезпечення якості наданих медичних послуг населенню, які можуть бути застосованими і в Україні, є: забезпечення проведення наукових розробок, розвитку інновацій, науково-технічного процесу та створення системи відповідних стандартів якості медичних послуг; створення ефективної системи контролю якості медичних послуг; проведення заходів щодо посилення мотивації праці медичних працівників та ефективного використання їх праці; створення ефективних програм навчання, підвищення кваліфікації для медичного персоналу, а також пріоритетне здійснення заходів, спрямованих на підтримку здоров'я населення, мотивація громадян на збереження і зміцнення свого здоров'я.

При цьому головною метою вдосконалення сфери охорони здоров'я кожної країни, є створення такої стійкої системи, функціонування якої, буде сприяти забезпеченню високої якості і доступності медичних послуг для кожного жителя незалежно від його соціального чи матеріального статусу.

5. Розроблено рекомендації щодо шляхів підвищення якості надання

медичної допомоги в Україні в сучасних цифрових умовах. На підставі проведеного дослідження систематизовані основні причини, які обумовлюють зниження якості медичних послуг в системі української охорони здоров'я, а також сформульовані основні рішення накопичених в національній медицині проблем. Деталізація окремих рішень та заходів, які можуть забезпечити підвищення якості медичних послуг в охороні здоров'я проведена на макрорівні (впровадження спеціальних державних і регіональних програм переходу до прецизійної медицині) і мікрорівні (реалізація програм оптимізації управління діяльністю лікувально-профілактичних установ).

Доведено, що більшість підходів до розробки національної стратегії якості медичної допомоги передбачають один або кілька з наступних процесів:

- вироблення концептуальних засад державної політики та стратегії впровадження як складової національного плану з реформування сектору охорони здоров'я;
- проектування документу про політику якості, який має бути розроблений як окремий національний документ, як правило в рамках багатостороннього процесу, очолюваного або підтримуваного Міністерством охорони здоров'я;
- розробка національної стратегії впровадження якості з детальним порядком денним дій та розділами про основні завдання та заходи із її реалізації.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Yannis Tountas. The historical origins of the basic concepts of health promotion and education: The role of ancient Greek philosophy and medicine. URL : [https://www.researchgate.net/publication/24218163\\_The\\_historical\\_origins\\_of\\_the\\_basic\\_concepts\\_of\\_health\\_promotion\\_and\\_education\\_The\\_role\\_of\\_ancient\\_Greek\\_philosophy\\_and\\_medicine](https://www.researchgate.net/publication/24218163_The_historical_origins_of_the_basic_concepts_of_health_promotion_and_education_The_role_of_ancient_Greek_philosophy_and_medicine)
2. Anna Lydia Svalastog, Doncho Donev. Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5778676/>
3. Modern Healthcare Trends and Technology. URL : <https://study.com/academy/lesson/modern-healthcare-trends-technology.html>
4. Adelais Markaki, Shreya Malhotra. Training needs assessment: tool utilization and global impact. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8167940/>
5. Addressing the physicians' shortage in developing countries by accelerating and reforming the medical education: Is it possible? URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5611431/>
6. Manpower capacity and reasons for staff shortage in primary health care maternity centres. URL : <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3819-x>
7. Severe shortage of caregivers at heart of European healthcare crisis. URL : [https://www.lemonde.fr/en/international/article/2022/07/28/severe-shortage-of-caregivers-at-heart-of-european-healthcare-crisis\\_5991700\\_4.html](https://www.lemonde.fr/en/international/article/2022/07/28/severe-shortage-of-caregivers-at-heart-of-european-healthcare-crisis_5991700_4.html)
8. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.07.2017 р. № 2168-VIII, поточна редакція від 03.07.2020. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
9. Medical service definition. URL : <https://www.lawinsider.com/dictionary/medical-service>
10. Про порядок контролю якості медичної допомоги: Наказ МОЗ від

28.09.2012 № 752. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text>

11. Angela Allen-Duck. Healthcare Quality: A Concept Analysis. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5640472/>

12. Butts J, Rich K. Nursing ethics: Across the curriculum and into practice. Online Journal of Health Ethics. 2013. № 2(2). P. 1-6.

13. Attree M. Towards a conceptual model of quality care. International Journal of Nursing Studies. 2006. № 33(1). P 13-28.

14. Рогач І.М., Слабкий Г.О. Контроль якості медичної допомоги на рівні закладу охорони здоров'я. Методичні рекомендації. Ужгород, 2014. 48 с.

15. Critical, Stable, or Fair: Defining Patient Conditions. URL : <https://www.webmd.com/a-to-z-guides/defining-patient-conditions>

16. What Are Some Key Examples of Social Justice in Health Care? URL : <https://online.regiscollege.edu/blog/social-justice-in-health-care/>

17. Selecting Measures for the National Health Care Quality Data Set. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK223321/>

18. Avedis Donabedian. Evaluating the Quality of Medical Care. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>

19. Margaret E. Kruk, Anna D. Gage. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7734391/>

20. Лехан В. М., Надутий К. О., Шевченко М. В. Методичні основи визначення необхідних ресурсів для досягнення цілей модернізації охорони здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*, 2013. № 2 (26). С. 67-71.

21. Медико-соціальні засади публічного врядування у сфері охорони здоров'я : монографія / [гол. авт. ; за заг. ред. М. М. Білинської. Н. О. Васюк. О. Д. Фірсової]. Київ : НАДУ, 2018. 416 с.

22. David Bach. Regulatory State. URL : <https://www.britannica.com/topic/regulatory-state>

23. Організація контролю якості медичної допомоги в закладах

охорони здоров'я (Методичні рекомендації) (63.14/84.14) / Ю. В. Вороненко, Н. Г. Гойда, О. З. Децик А. Б. Зіменковський Б. П. Криштопа та ін. Київ, 2014. 31 с.

24. Dr. Liji Thomas. What is the Role of Regulatory Bodies in Healthcare? URL : <https://www.news-medical.net/health/What-is-the-Role-of-Regulatory-Bodies-in-Healthcare.aspx>

25. Robert I. Field. Why Is Health Care Regulation So Complex? URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2730786/>

26. Coşkun Can Aktan. The Proper Role and Functions Of State for Health-Care Services: Recommendations for Ministry of Health of Turkey. URL : [https://www.researchgate.net/publication/318658755\\_the\\_proper\\_role\\_and\\_functions\\_of\\_state\\_for\\_health-care\\_services\\_recommendations\\_for\\_ministry\\_of\\_health\\_of\\_turkey](https://www.researchgate.net/publication/318658755_the_proper_role_and_functions_of_state_for_health-care_services_recommendations_for_ministry_of_health_of_turkey)

27. Надання якісних послуг охорони здоров'я: обов'язкова умова загального охоплення послугами охорони здоров'я на світовому рівні [Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage]. Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я, Організація економічного співробітництва та розвитку і Міжнародний банк реконструкції та розвитку / Світовий банк; 2019. URL : <https://publichealthupdate.com/delivering-quality-health-services-a-global-imperative-for-universal-health-coverage/>

28. Defining Basic Health Care. URL : <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/defining-basic-health-care>

29. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

30. Transforming and Scaling Up Health Professionals' Education and Training: World Health Organization Guidelines 2013. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK298950/>

31. Наказ МОЗ «Про порядок контролю якості медичної допомоги»

URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text>

32. Quality of care. World Health Organization. URL : [https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1)

33. Improving Healthcare Quality in Europe. URL : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327356/9789289051750-eng.pdf>

34. The Challenge and Potential for Assuring Quality Health Care for the 21st Century. URL : <https://www.ahrq.gov/patient-safety/quality-measures/21st-century/index.html>

35. The Current State of Global Health Care Quality. Crossing the Global Quality Chasm: Improving Health Care Worldwide. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535654/>

36. Офіційний web-сайт КМІС - Київський міжнародний інститут соціології. URL : <https://www.kiis.com.ua/>

37. Горачук В. В. Медико-соціальне обґрунтування моделі системи управління якістю медичної допомоги : автореф. дис. д. мед. н. : спец. 14.02.03 «Соціальна медицина»/ Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Київ, 2015. 46 с.

38. Singh J. The Patient Satisfaction Concept: a Review and Reconceptualization. *Advances in Consumer Research*, 16: 176-179. URL : <http://acrwebsite.org/volumes/6900/volumes/v16/NA-16>

39. Шкробанець І. Д., Бідучак А. С., Кардаш Е. В. Вивчення громадської думки пацієнтів щодо доступності, задоволеності надання медичних послуг та реформування охорони здоров'я / *Клінічна та експериментальна патологія*. 2013. Т. XII, № 4 (46). С. 155-157

40. Cavanagh S., Chadwick K. (2005). Health needs assessment: a practical guide. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), London, UK. 105 p. URL : [https://ihub.scot/media/1841/health\\_needs\\_assessment\\_a\\_practical\\_guide.pdf](https://ihub.scot/media/1841/health_needs_assessment_a_practical_guide.pdf)

41. Офіційний web-сайт Агентства медичного маркетингу. URL :

<https://amm.net.ua/>

42. Mohd Salami Ibrahim. Digital health for quality healthcare: A systematic mapping of review studies. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8943311/>

43. Quality of care. World Health Organization. URL : [https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1)

44. Reinhard Busse, Dimitra Panteli, Wilm Quentin. An introduction to healthcare quality: defining and explaining its role in health systems. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549277/>

45. Enhancing the Work of the Department of Health and Human Services National Vaccine Program in Global Immunization: Recommendations of the National Vaccine Advisory Committee. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4121882/>

46. BMC Health Services Research. The trend in primary health care preference in China: a cohort study of 12,508 residents from 2012 to 2018. URL : <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-06790-w>

47. Advance care planning for frail older people in China. URL : <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0969733018779177>

48. Madeline Pesec. Primary Health Care That Works: The Costa Rican Experience. URL : [https://www.researchgate.net/publication/314269661\\_Primary\\_Health\\_Care\\_That\\_Works\\_The\\_Costa\\_Rican\\_Experience](https://www.researchgate.net/publication/314269661_Primary_Health_Care_That_Works_The_Costa_Rican_Experience)

49. Costa Rica's Health Care Reform: Impact and Success of the EBAIS Model. URL : <https://mghjournal.com/2020/09/19/vol-viii-costa-ricas-health-care-reform-impact-and-success-of-the-ebais-model/>

50. Getting Better Value for Money from Sweden's Healthcare System. URL : <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/082725005676.pdf?expires=1666965873&id=id&accname=guest&checksum=A3AA86C997053461207615054ABD0825>

51. Quality and Efficiency in Swedish Health Care. URL :



<https://skr.se/download/18.45167e4317e2b341b24ad7ba/1642684549781/7164-452-7.pdf>

52. The healthcare system in Spain. URL : <https://www.expatica.com/es/healthcare/healthcare-basics/healthcare-in-spain-101467/>

53. Medical Treatment in Spain. How advanced are Spain's Healthcare market and facts you need to know. URL : <https://icloudhospital.com/articles/medical-treatment-in-spain-how-advanced-are-spains-healthcare-market-and-facts-you-need-to-know>

54. What Quality Of Healthcare Can You Expect In Singapore? URL : <https://www.expatsfocus.com/singapore/health/what-quality-of-healthcare-can-you-expect-in-singapore-6312>

55. Healthcare in Singapore. URL : <https://www.guidemesingapore.com/business-guides/immigration/get-to-know-singapore/healthcare-in-singapore>

56. Germany: Health System Review 2020. URL : <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/germany-health-system-review-2020>

57. The German Healthcare System is Probably One of the Best Worldwide. URL : <https://the-red-relocators.com/relocation-guides-germany/healthcare-in-germany/>

58. Richard C. van Kleef. Managed competition in the Dutch Health Care System: Preconditions and experiences so far. URL : [https://www.ipp.hit-u.ac.jp/tajika/lecture/material/kleef\\_Dutchsystem\\_english.pdf](https://www.ipp.hit-u.ac.jp/tajika/lecture/material/kleef_Dutchsystem_english.pdf)

59. Helena Legido-Quigley. How can quality of health care be safeguarded across the European Union? URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2335269/>

60. Health Care Reform: The European Experience. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK231468/>

61. How can quality of health care be safeguarded across the European

Union? URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2335269/>

62. The management of health systems in the EU Member States - The role of local and regional authorities. URL : <https://cor.europa.eu/en/engage/studies/Documents/health-systems/health-systems-en.pdf>

63. Health Care Systems In The Eu. A Comparative Study. URL : [https://www.europarl.europa.eu/workingpapers/saco/pdf/101\\_en.pdf](https://www.europarl.europa.eu/workingpapers/saco/pdf/101_en.pdf)

64. Офіційний web-сайт Електронного видання Аптека.UA. URL : <https://www.apteka.ua/article/11023>

65. Organization of the Pharmaceutical Business, Drug Technology and Forensic Pharmacy: Modern Trends in The Development of the Science of Pharmaceutical Law During the Covid-19 Pandemic. URL : <https://ssp.ee/index.php/mpm/article/view/59>

66. World Bank Group. Current health expenditure (% of GDP). URL : <https://data.worldbank.org>

67. Proposal for a Directive of the European Parliament and of the Council on the application of patients' rights in cross-border healthcare. URL : <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A52008PC0414>

68. Anika Kreutzberg, Christoph Reichebner. Regulating the input: health professions. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549267/>

69. Information to Patients - Legislative approach. URL : [https://health.ec.europa.eu/other-pages/basic-page/information-patients-legislative-approach\\_en](https://health.ec.europa.eu/other-pages/basic-page/information-patients-legislative-approach_en)

70. Search for JCI-Accredited Organizations. URL : <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/accredited-organizations/>

71. The European Foundation for Quality Management (EFQM). URL : [https://www.tlu.ee/~sirvir/IKM/Theoretical\\_models\\_of\\_Information\\_and\\_Knowledge\\_Management/the\\_european\\_foundation\\_for\\_quality\\_management\\_efqm\\_km\\_model.html](https://www.tlu.ee/~sirvir/IKM/Theoretical_models_of_Information_and_Knowledge_Management/the_european_foundation_for_quality_management_efqm_km_model.html)

72. Background on the World Alliance for Patient Safety. URL : <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/about/world-alliance-for-patient-safety>
73. Improving Patient Safety in the EU. Assessing the expected effects of three policy areas for future action. URL : [https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical\\_reports/2008/RAND\\_TR596.pdf](https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2008/RAND_TR596.pdf)
74. Recommendation Rec(2001)13 of the Committee of Ministers to member states on developing a methodology for drawing up guidelines on best medical practices. URL : <https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/rec200113.pdf>
75. Medical & Professional Associations. URL : <https://www.meditec.com/resourcestools/professional-associations-list>
76. Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach. URL : [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/96473/E91317.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/96473/E91317.pdf)
77. Reviews of National Health Care Quality – OECD. URL : <https://www.oecd.org/health>
78. Долгіх М. В. Оптимізація інструментів впливу на суспільство та професійні кадри системи охорони здоров'я України. *Держава та регіони. Серія «Державне управління»*. 2020 р. Випуск № 2. С. 70-74.
79. The World Bank Group. Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development. URL : <https://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/universal-health-coverage-for-inclusive-sustainable-development>
80. Центри передового досвіду первинної медичної допомоги. Посібник / Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2020. 154 с.