

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Навчально-науковий інститут інноваційних освітніх технологій
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

МОРОЗ Олег Борисович

**Механізми державного регулювання надання
медичних послуг. / Mechanisms of state regulation
of medical service**

спеціальність: 281 - Публічне управління та адміністрування
освітньо-професійна програма - Публічне управління та адміністрування

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи ПУАзм-21
О. Б. Мороз

Науковий керівник:
д.е.н., доцент, Р. Р. Августин

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту:

"04" 2 лютого 2021 р.

Завідувач кафедри

М. М. Шкільняк М. М. Шкільняк

ТЕРНОПІЛЬ - 2020

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	7
1.1. Сутність та об'єктивна необхідність надання медичних послуг в Україні.....	7
1.2. Інструментарій державного регулювання надання медичних послуг.....	16
Висновки до розділу 1	23
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ТА ОЦІНКА МЕХАНІЗМУ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	25
2.1. Оцінка організаційного забезпечення надання медичних послуг в закладі охорони здоров'я	25
2.2. Оцінка якості надання медичних послуг.....	32
2.3. Аналіз системи інформаційно-комунікативного забезпечення надання медичних послуг.....	44
Висновки до розділу 2	51
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	54
3.1. Інституційне забезпечення механізму державного регулювання надання медичних послуг.....	54
3.2. Удосконалення механізмів державного регулювання охорони здоров'я населення	64
Висновки до розділу 3	69
ВИСНОВКИ	70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	74
ДОДАТКИ	Ошибка! Закладка не определена.

ВСТУП

Актуальність теми. Сучасна національна система державного регулювання надання медичних послуг в Україні ґрунтується насамперед на принципах гуманізму і соціальної справедливості. В одних країнах залежність державного регулювання надання медичних послуг від держави дуже значна, а в інших країнах участь держави зводиться до виконання регулюючої функції. Однак населення України старіє, і поступово частка працездатних і дійових осіб в країні, чії кошти утворюють страхові фонди, скорочується. До того ж старіючому населенню необхідні пенсії та лікування.

У сучасному суспільстві одним з найбільш складних елементів державного регулювання є надання медичних послуг. Найгостріші дискусії зазвичай пов'язані з проблемою ринкових відносин і виникають суперечностями між соціальною місією держави та особистими підприємницькими мотивами. На відміну від звичайного ринку споживчих товарів та послуг, лікарі одночасно виступають у двох особах – і як сторона, яка визначає потреби пацієнта, і як сторона, що їх забезпечує та реалізує. До того ж потенційними споживачами медичних послуг є найбільш вразливі, похилого віку, хворі члени суспільства, а зовсім не молоді і здорові, у яких зосереджені основні фінансові ресурси.

У системі державного регулювання останніх років робляться спроби впровадження стандартів надання медичних послуг, однак ця робота ускладнена тим, що розробити єдині стандарти для всіх установ України неможливо через різницю між собою. Кадрове та технологічне оснащення лікувальних установ часом настільки різне, що стандарти, які застосовуються при оцінці якості в лікувальних установах на одній території, можуть бути зовсім не адаптованими до застосування на іншій території.

Еволюцію поглядів розвитку державного регулювання у сфері надання медичних послуг простежуємо у фундаментальних працях Р. Б. Салтман, Дж.

Фігейрас, більшу частку яких присвячено аналізу сучасних стратегій. Трансформаційні зміни моделі фінансування у сфері надання медичних послуг описано у наукових працях Й. Кутцина, Ч. Кашіна, М. Якаба та ін.

Упродовж останнього десятиріччя питання пошуку шляхів удосконалення державного регулювання надання медичних послуг, вироблення державної політики у цій сфері та надання якісних медичних послуг були предметом наукових досліджень вітчизняних науковців М. М. Білинської, В. Є. Воротіна, Н. В. Дацій, В. Д. Долота, Л. І. Жаліла, Н. П. Кризиної, В. М. Лехана, Я. Ф. Радиша, І. В. Рожкової, Є. О. Романенка, В. М. Рудого, І. М. Солоненка, Н. Д. Солоненко та ін.

Наявність великої кількості наукових праць з означеної тематики, поза сумнівом, свідчить про її актуальність, водночас недостатньо висвітлено вплив реформ державного регулювання надання медичних послуг, який вказує на ставлення науковців до цієї проблеми як до другорядної і відсутність спроможності у самих закладів висвітлювати цю проблему в експертно-науковому середовищі.

Мета і завдання дослідження. Метою випускної кваліфікаційної роботи є обґрунтування теоретичних і методичних засад, розробка науково-практичних рекомендацій щодо удосконалення механізмів державного регулювання надання медичних послуг.

Відповідно до мети поставлені такі завдання:

- визначити сутність та об'єктивну необхідність надання медичних послуг в Україні;
- дослідити інструментарій державного регулювання надання медичних послуг;
- оцінити організаційне забезпечення надання медичних послуг в закладі охорони здоров'я;
- оцінити якість надання медичних послуг;
- провести аналіз системи інформаційно-комунікативного забезпечення надання медичних послуг;
- визначити шляхи вдосконалення інституційного забезпечення механізму

державного регулювання надання медичних послуг;

- удосконалити механізм державного регулювання охорони здоров'я населення.

Об'єкт дослідження – процес надання медичних послуг населенню.

Предмет дослідження – механізми державного регулювання надання медичних послуг.

Методи дослідження. Теоретичною базою дослідження були праці українських і зарубіжних учених, наукові дослідження в галузі державного управління, законодавчі та нормативно-правові акти, що встановлюють правові й організаційні засади суспільних відносин у системі державного регулювання надання медичних послуг населенню в Україні.

У роботі відповідно до поставлених завдань використано такі методи дослідження, як синтез, аналіз, наукова абстракція – при уточненні категоріально-понятійного апарату дослідження; порівняльний і статистичний аналіз, системно-структурний аналіз – при дослідженні інструментарію державного регулювання надання медичних послуг належної якості та доступності; структурної декомпозиції – при розподілі функцій і завдань держави, медичних закладів, пацієнтів в процесі надання медичних послуг; економіко-математичне моделювання – при розробці пропозицій надання медичних послуг в умовах обмежених фінансових ресурсів.

Інформаційно-фактологічною базою дослідження є закони України, укази Президента України, нормативні акти Кабінету Міністрів України; аналітичні матеріали Міністерства охорони здоров'я України, звітно-аналітична інформація Державної служби статистики України; результати наукових досліджень із питань державного регулювання надання медичних послуг населенню в Україні, інформаційні матеріали діяльності КНП ТРР «ТЦРЛ».

Наукова новизна одержаних результатів полягає у вирішенні наукового завдання розвитку теоретико-методичних засад і науково-практичних

рекомендацій щодо державного регулювання надання медичних послуг населенню в Україні.

Практичне значення отриманих результатів полягає у тому, що розроблені у ній теоретичні положення та практичні рекомендації щодо удосконалення механізму державного регулювання надання медичних послуг можуть бути використані медичними установами різних форм власності у їх діяльності; при підготовці і прийнятті управлінських рішень щодо забезпечення і покращення надання медичних послуг.

Апробація. За результатами дослідження опубліковано тези доповідей на тему «Концептуальні засади державного регулювання надання медичних послуг» у матеріалах доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки» (Тернопіль, ТНЕУ, 2020) та тези доповідей на тему «Сутність та класифікація медичних послуг» у матеріалах доповідей IV Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених «Актуальні проблеми економіки, підприємництва та управління на сучасному етапі» (Тернопіль, ЗУНУ, 2020).

Структура роботи. Випускна кваліфікаційна робота, зміст якої викладено на 69 сторінках, складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел із 74 найменувань, 3 додатків та містить 4 таблиці і 12 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

1.1. Сутність та об'єктивна необхідність надання медичних послуг в Україні

Сучасна національна система державного регулювання надання медичних послуг в Україні ґрунтується насамперед на принципах гуманізму і соціальної справедливості. В одних країнах залежність державного регулювання надання медичних послуг від держави дуже значна, а в інших країнах участь держави зводиться до виконання регулюючої функції.

У сучасному суспільстві одним з найбільш складних елементів державного регулювання є надання медичних послуг. Найгостріші дискусії зазвичай пов'язані з проблемою ринкових відносин і виникають суперечностями між соціальною місією держави та особистими підприємницькими мотивами. На відміну від звичайного ринку споживчих товарів та послуг, лікарі одночасно виступають у двох особах – і як сторона, яка визначає потреби пацієнта, і як сторона, що їх забезпечує та реалізує. До того ж потенційними споживачами медичних послуг є найбільш вразливі, похилого віку, хворі члени суспільства, а зовсім не молоді і здорові, у яких зосереджені основні фінансові ресурси.

Українські науковці зробили значний внесок у розробку проблеми покращення державного регулювання надання медичних послуг. Це, зокрема, М.М.Білинська, Ю.В.Вороненко, Л.І.Жаліло, В.М.Лехан, В.Ф.Москаленко, Я.Ф.Радиш, І.М.Солоненко, Н.Д.Солоненко та ін. Об'єктами розгляду науковців у цій сфері виступають різноманітні напрями, серед яких державне управління реформуванням системи охорони здоров'я, автономізація закладів охорони здоров'я, перебудова галузі в умовах обмежених ресурсів, удосконалення організаційно-правових засад місцевого самоврядування в галузі охорони здоров'я, управління організаційними змінами, механізми державного управління

багатоканальним фінансуванням системи, державне регулювання надання медичних послуг на засадах загальнообов'язкового державного соціального страхування, перебудова стаціонарної медичної допомоги, упровадження інноваційних підходів, підвищення якості медичної допомоги тощо [2].

Медична послуга як дія лише спрямована на досягнення корисного ефекту, оцінюється в процесі надання як корисна, але не обов'язково принесе користь і допомогу, тому було б зручним використовувати слова "корисна мета". У зв'язку з цим послуга могла б бути визначена як "вчинення певних дій (здійснення певної діяльності), спрямованих на досягнення конкретної корисної мети". Необхідно відзначити, що вказівка на мету має бути присутньою у визначенні послуги, яка закріплюється додатковими гарантіями її одержувача, проте правовим змістом послуги в будь-якому випадку виступають дії, а ознака досягти мети в кожному конкретному випадку лише мається на увазі, але не є обов'язковим. Важливо, щоб в момент надання послуги вона була спрямована на цю мету, але перетворюватися в результат її надання після здійснення діяльності не повинна. Крім того, стосовно медичної послуги дана корисна мета (ефект) завжди стосується особистості споживача послуги (втілюється в ньому). Таким чином, категорія послуги, введена чинним законодавством, може бути застосована і до медичної послуги, лише з урахуванням її специфіки.

Система державного регулювання надання медичних послуг в сучасному стані об'єднує в собі страхування різних соціальних ризиків, що призводять до зниження особистих доходів громадян або збільшення загальносімейних витрат внаслідок необхідності отримання медичних послуг, втрати здоров'я від різних причин.

В даний час найбільш поширеними способами компенсації втрат в результаті настання перерахованих вище ризиків є допомоги на випадок хвороби, компенсації від втрати здоров'я від нещасного випадку на виробництві, а також оплата медичних послуг, що надаються громадянам на безоплатній основі.

В цілому система державного регулювання надання медичних послуг в Україні, а так само в багатьох країнах, в області надання медичних послуг має змішаний характер. В одних країнах залежність державного регулювання надання

медичних послуг в галузі охорони здоров'я від держави дуже значна, а в інших країнах участь держави зводиться до виконання регулюючої функції [1, 39].

Однак населення України старіє і поступово частка працездатних і дійових осіб в країні, чії кошти утворюють страхові фонди, скорочується. При цьому, старіючому населенню необхідні пенсії та лікування.

Безумовно, не можна відмовлятися від системи соціального захисту, але необхідний розумний баланс допомоги співгромадянам, з одного боку - збереження допомог і пенсій і системи заохочення працюючого, економічно активного населення, з іншого - надання податкових пільг.

У сучасному суспільстві одним з найбільш складних секторів соціального забезпечення є охорона здоров'я. Найгостріші суперечки зазвичай пов'язані з проблемою ринкових відносин і виникають суперечностями між соціальною місією держави і особистими підприємницькими мотивами. На відміну від звичайного ринку споживчих товарів та послуг лікарі одночасно виступають у двох особах - і як сторона, яка визначає потреби пацієнта, і як сторона, їх забезпечує і реалізує послуги. До того ж потенційними споживачами медичної допомоги є найбільш вразливі, старі і хворі члени суспільства, а зовсім не молоді і здорові, у яких зосереджені основні фінансові ресурси.

Шляхи створення та розвитку державного регулювання надання медичних послуг ґрунтуються на вимогах часу, сформованому рівні соціально-економічного розвитку суспільства, наявних систем медичної і соціальної допомоги населенню та формується системи соціальної політики держави.

У міжнародній і українській практиці державного регулювання надання медичних послуг та управління якістю довгий час не було необхідних інструментів і методів управління якістю медичних послуг.

До теперішнього часу немає точних даних про найбільш ефективну однієї з перерахованих вище систем, але є переконливі дані про необхідність систематичного і регулярного використання однієї з систем.

В системі української охорони здоров'я останніх років робляться спроби впровадження стандартів медичної допомоги, однак ця робота ускладнена тим, що

розробити єдині стандарти для всіх установ України неможливо через їх значної різниці між собою. Кадрове і технологічне оснащення лікувальних установ часом настільки різне, що стандарти, що застосовуються при оцінці якості в лікувальних установах одній території, можуть бути зовсім не адаптованими до застосування на іншій території. Навіть всередині одного регіону застосовність стандартів може викликати ряд проблем, в центральних клініках, а також лікувальних установах, які знаходяться поблизу центру регіону матеріально-технічна база, а так само кваліфікація кадрового складу можуть відрізнятись досить значно.

Серед різноманіття методів державного регулювання надання медичних послуг та управління якістю найбільш часто згадуються метод «мозкової атаки», графіки причинної залежності, метод номінальної групи, метод Дельфі, схеми процесів, гістограми, графіки контролю, діаграми Парето, діаграми розкиду, переліки контрольних питань та тощо [3]. У більш рідкісних випадках використовуються більш складні засоби, такі як технологія розгортання функції якості, статистичний контроль процесів і планування експериментів.

Удосконалення системи охорони здоров'я - одне з базових умов успішного виконання стратегії соціально-економічного розвитку країни, а поліпшення стану здоров'я населення - найважливіша мета цього розвитку [9, 251]. Модернізація охорони здоров'я в першу чергу має на меті забезпечення доступної та якісної медичної допомоги для широких верств населення, а отже і якісних медичних послуг.

Обмеження доступності і зниження якості медичних послуг неминуче призведе до негативних соціально-політичних наслідків, а відновлення втраченого трудового потенціалу України зажадає значних додаткових витрат.

Доступність медичної допомоги - це вільний доступ до служб охорони здоров'я незалежно від соціальних, культурних, географічних, економічних, організаційних чи мовних бар'єрів. Доступність медичних послуг обумовлена:

- збалансованістю необхідних обсягів медичної допомоги населенню з можливостями держави, медичними та фінансовими ресурсами країни;
- наявністю і рівнем кваліфікації медичних кадрів;

- наявністю в регіонах необхідних медичних технологій;
- можливістю вільного вибору лікаря і медичної організації;
- наявними транспортними можливостями;
- рівнем інформованості населення з проблем збереження і зміцнення здоров'я, а так само профілактики захворювань.

При порядку надання медичної послуги є певні вимоги. Наприклад, як повинні бути оснащені медичний заклад, кабінет або машина швидкої допомоги; скільки чоловік повинні працювати в тому чи іншому підрозділі, яка норма навантаження; яка повинна бути послідовність лікувально-діагностичних заходів, куди і коли передавати пацієнта та тощо. Однак сучасний стан охорони здоров'я не відповідає вимогам, що пред'являються, ніж більш видалено лікувальний заклад від центру, тим більше його матеріальна і кадрова бази відмінні від норми, що не дозволяє виконувати існуючі стандарти надання медичної допомоги і порядки надання медичних послуг.

Стандарт надання медичних послуг включає в себе необхідні медичні маніпуляції, застосування конкретних ліків, можливість оперативного втручання та інші методи лікування та тощо.

Стандарти створюються на базі методичних рекомендацій, які розробляються міжнародними / вітчизняним професійними співтовариствами (асоціаціями) і містять відомості щодо профілактики, діагностики, лікування конкретних захворювань і синдромів.

Недоліком сучасних стандартів є те, що фахівці МОЗ не розглядають стандарт як мінімальний рівень надання послуги, а розглядають як мінімально достатній.

Система державного регулювання надання медичних послуг це система, ефективна робота якої неможлива без об'єктивної та достовірної інформації. Саме така інформація дозволяє приймати правильні рішення з управління якістю продукції, процесами, системами і різними видами ресурсів організації. Але для того, щоб прийняті рішення дійсно були правильними, вони повинні ґрунтуватися на певному наборі вихідних даних, що характеризують продукцію, процес або

систему управління організації. Отримати цей набір даних можна в тому випадку, якщо організація систематично застосовує інструменти якості [10].

Механізм організаційно-економічного забезпечення якості медичних послуг включає сукупність інструментів і методів по розробці принципів, процесів, практичних інструментів його управління, розглядаються як складові якості медичної допомоги. Уявімо цей процес у вигляді схеми, на рис. 1.1.

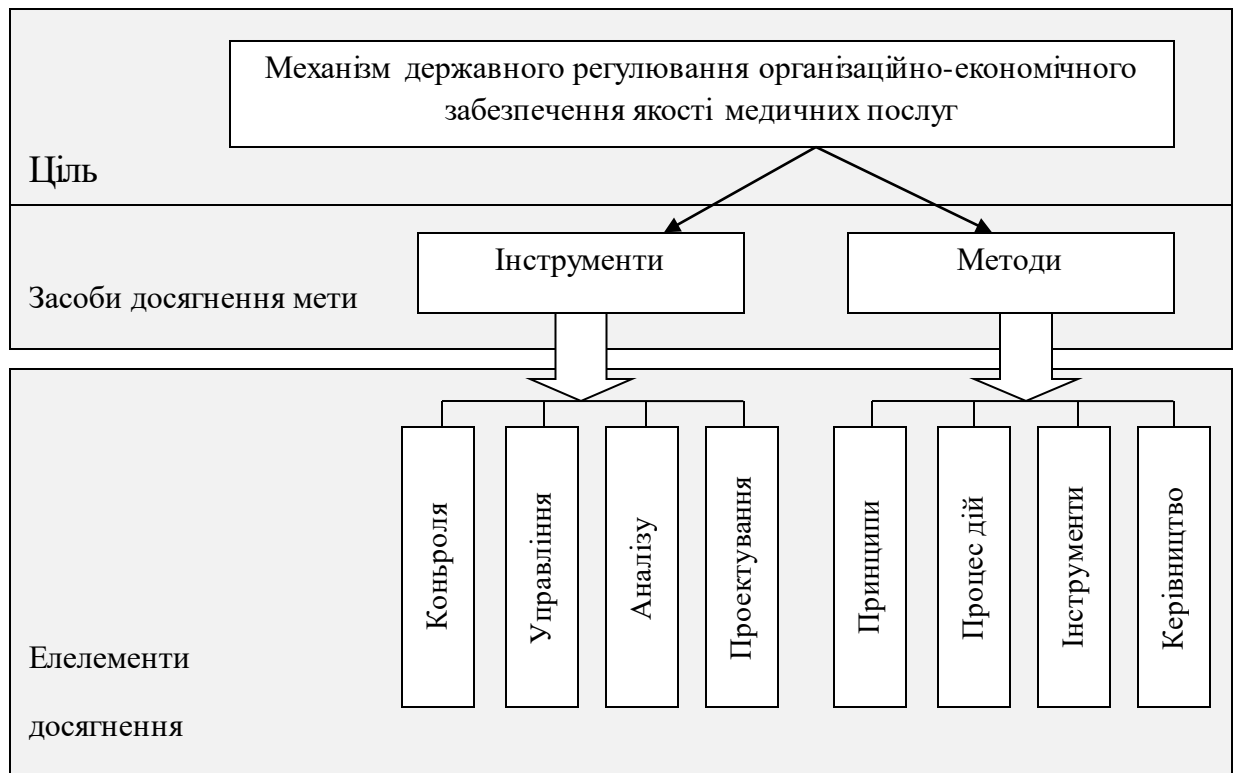


Рис.1.1. Механізм державного регулювання організаційно-економічного забезпечення якості медичних послуг

Примітка. Сформовано з використанням джерела [10]

Ефективність і якість соціального захисту населення в сфері надання медичних послуг вимагає розробки інструментарно-методичних засобів [35]. В першу чергу потрібно сформулювати мету і завдання вдосконалення організаційно-економічного забезпечення якості медичних послуг, що дозволить підвищити рівень соціального захисту населення. Представлено «дерево цілей» (рис. 1.2), в якому відображена стратегія подальшого дослідження.

Згідно рис. 1.2 посилення державного регулювання надання медичних послуг можна домогтися шляхом підвищення якості та доступності медичної послуги. Для

цього необхідно визначити інструменти, що дозволяють отримати бажаний результат по кожному засобу досягнення.

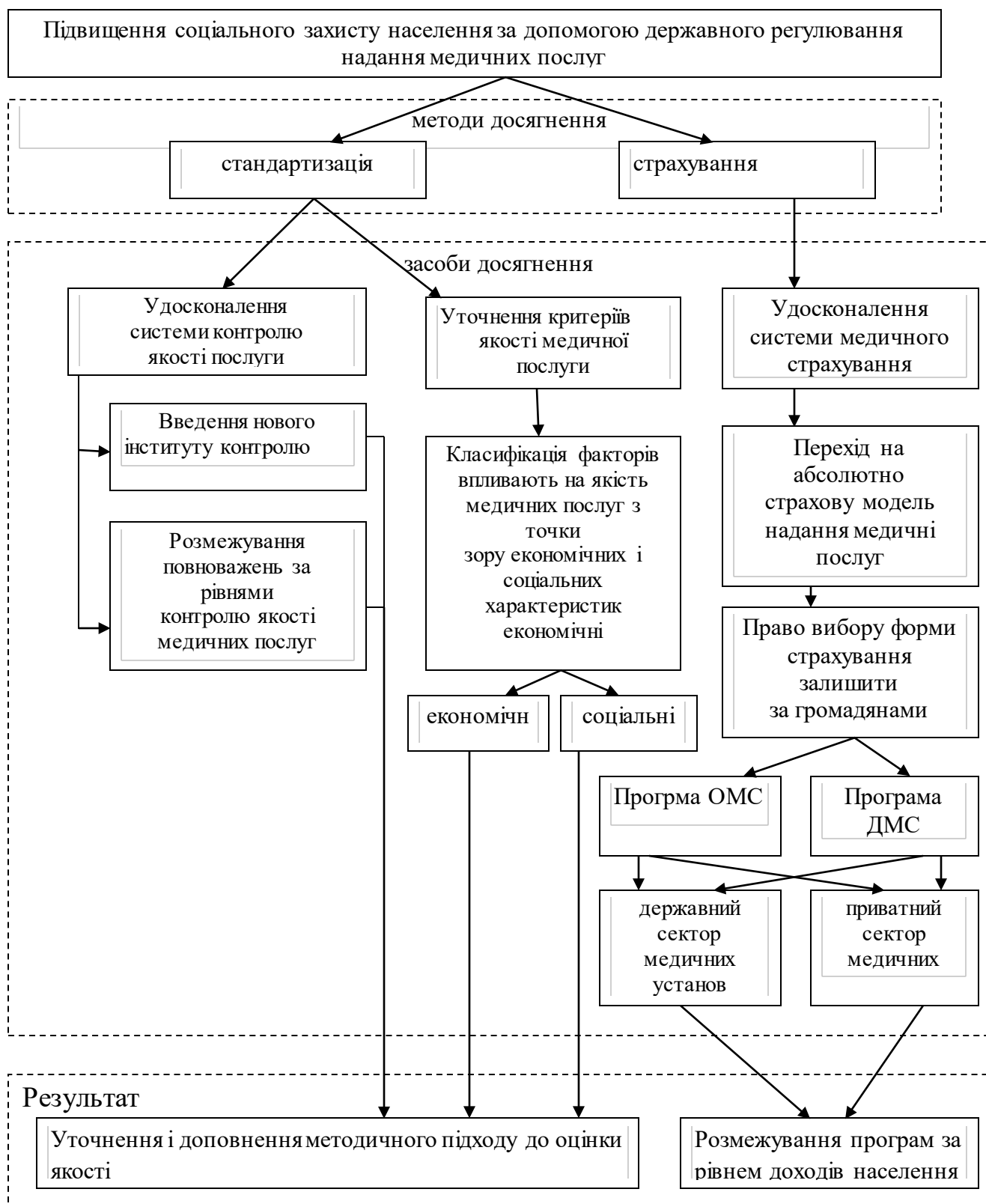


Рис. 1.2. Підвищення соціального захисту населення за допомогою державного регулювання надання медичних послуг

Примітка. Сформовано автором за [1]

Підвищення державного регулювання надання якісних медичних послуг є гострою проблемою в розвитку сучасної системи охорони здоров'я, яка привернула увагу вчених у зв'язку з новим витком розвитку в 90-і роки минулого століття медичного страхування [1, 40]. Однак, і зараз якість медичних послуг так і не досягло бажаного рівня, що пояснюється відсутністю чітких критеріїв його визначення.

На наш погляд, це пов'язано з тим, що при плануванні заходів підвищення якості обслуговування в охороні здоров'я не розмежовуються поняття «медична послуга» і «медична допомога». Використання їх як тотожних дезорієнтує вибір інструментів управління якістю та критеріїв, його оцінюваних.

Медична послуга, в свою чергу – це одиничне медичне втручання або комплекс втручань, зосереджених на профілактиці, діагностиці та лікуванні захворювань, медичної реабілітації та мають самостійне закінчене значення [8].

Медичні послуги включають набір послуг безпосередньо пов'язаних з впливом на стан здоров'я населення. Послуги готельного (сервісного) обслуговування є супутніми медичних послуг, але від якості їх надання часто залежить задоволеність споживача медичних послуг якістю медичної допомоги. В першу чергу, це пояснюється простотою в оцінці споживачем - подобається, не подобається, що не можна застосувати при оцінці якості медичної послуги, в якій крім сприйняття процесу її надання, оцінюються результати у вигляді показників здоров'я, які пацієнт самостійно без експертів не може визначити.

При оцінці якості медичної допомоги та підвищення ефективності управління ним, необхідно розробити таку методику оцінки якості медичної допомоги, в якій будуть об'єднуватися індикатори відображають якість медичних послуг, а також готельних (сервісних) послуг.

На сьогоднішній день більша увага приділяється правильності виконання стандартів надання медичної допомоги, при відсутності індивідуального підходу, тому що невідповідність стандартам тягне санкції щодо медичного закладу і персоналу бере участь в процесі надання медичних послуг.

Крім цього доцільно виконання складових медичну допомогу

закріпити за організаціями спеціалізуються на них, надання медичних послуг залишити за лікувально-профілактичними установами, а сервісні послуги (харчування пацієнтів, прибирання приміщень лікувального закладу та інші) передати організаціям побутового обслуговування (рис. 1.3.).



Рис. 1.3. Ефективність державного регулювання надання якісних медичних послуг

Примітка. Сформовано автором за [15]

Виходячи з цього, пропонується розробити інституційно-інструментарне забезпечення принципу «соціальної справедливості» захищає інтереси не тільки малозабезпечених верств населення, а й тих, хто має можливість оплачувати медичні та сервісні послуги поза програмою ОМС [15, 78].

1.2. Інструментарій державного регулювання надання медичних послуг

Інструменти державного регулювання надання якісних медичних послуг - це різні методи і техніки по збору, обробці і поданням кількісних і якісних даних будь-якого об'єкта (продукту, процесу, системи та тощо). Набір методів, який застосовується у сфері державного регулювання надання якісних медичних послуг досить широкий та різноманітний. Він формувався протягом всієї історії розвитку менеджменту якості. Всі інструменти управління якістю надання медичних послуг можна згрупувати за програмними цілями їх застосування: інструменти проектування якості; інструменти управління якістю; інструменти контролю якості; інструменти аналізу якості.

Перераховані критерії повинні характеризувати ефективність управління якістю надання медичних послуг з точки зору:

- медичного ефекту;
- соціального ефекту;
- економічного ефекту [34, 39].

При виборі індикаторів якості слід враховувати, що витрати на їх визначення не повинні перевищувати потенційну користь від проведених заходів щодо вдосконалення якості медичних послуг.

В якості індикаторів можна використовувати динаміку показників якості життя хворих, за умови, що якість життя є найбільш важливим результатом лікування і вимірюється за допомогою валідизованих методів.

Індикатори якості можуть бути використані під час експертизи і оцінки якості медичної допомоги відповідно до встановлених процедур: внутрішній контроль якості з боку заступника головного лікаря з лікувальної частини і клініко-експертної роботи; зовнішньому контролю з боку страхових медичних організацій, органів управління охороною здоров'я, уповноважених за якістю медичної допомоги; на етапі самооцінки і зовнішньої оцінки медичних організацій при проведенні акредитації та тощо.

При наявності в організації комп'ютеризованих інформаційних систем,

доцільно передбачати автоматичне визначення індикаторів якості та відображення відхилень від погоджених нормативних рівнів.

На підставі цього можна сформулювати наступні індикатори якості:

1. Швидкість постановки діагнозу.
2. Тривалість перебування хворого в стаціонарі.
3. Кількість рецидивів.
4. Кількість повторних звернень.
5. Тривалість тимчасової непрацездатності пацієнтів працездатного віку.
6. Втрата працездатності в результаті інвалідизації та її причини (тяжкість захворювання, неправильне лікування).
7. Летальність працездатного населення.
8. Рівень кваліфікації медичного персоналу.
9. Доступність високотехнологічних видів медичної допомоги.

У клінічній практиці для організації лікувального процесу і державного регулювання оцінки якості надання медичних послуг використовують ряд інструментів, серед яких найбільш відомі клінічні рекомендації, стандарти і протоколи ведення хворих.

Індикатори державного регулювання оцінки якості надання медичних послуг – числові показники, які використовуються для оцінки медичної допомоги, побічно відображають якість її основних складових (структури, процесів і результатів) [26]. Аналіз індикаторів якості дозволяє розробити способи поліпшення надання якості медичної допомоги.

Інструменти якості - це методи і техніки по збору, обробці і поданням кількісних і якісних характеристик послуги. Комплекс методів застосовуваних у сфері управління якістю досить широкий і різноманітний (рис. 1.4.).

З метою забезпечення надання якісних медичних послуг в Україні були реалізовані різні цільові програми, спрямовані на матеріально-технічне оснащення охорони здоров'я та підвищення кваліфікації медичних кадрів.

Однією з основних проблем вітчизняної охорони здоров'я є невідповідність державних гарантій медичної допомоги їх ресурсного забезпечення. Безумовно,

позитивні зрушення в збільшенні фінансування є, однак для повної відповідності гарантій і ресурсного забезпечення останнім необхідно збільшити в 2-3 рази [31]. При цьому проблема полягає не тільки в нестачі коштів, а й у відсутності адекватних методик визначення необхідних обсягів медичної допомоги та фінансування.

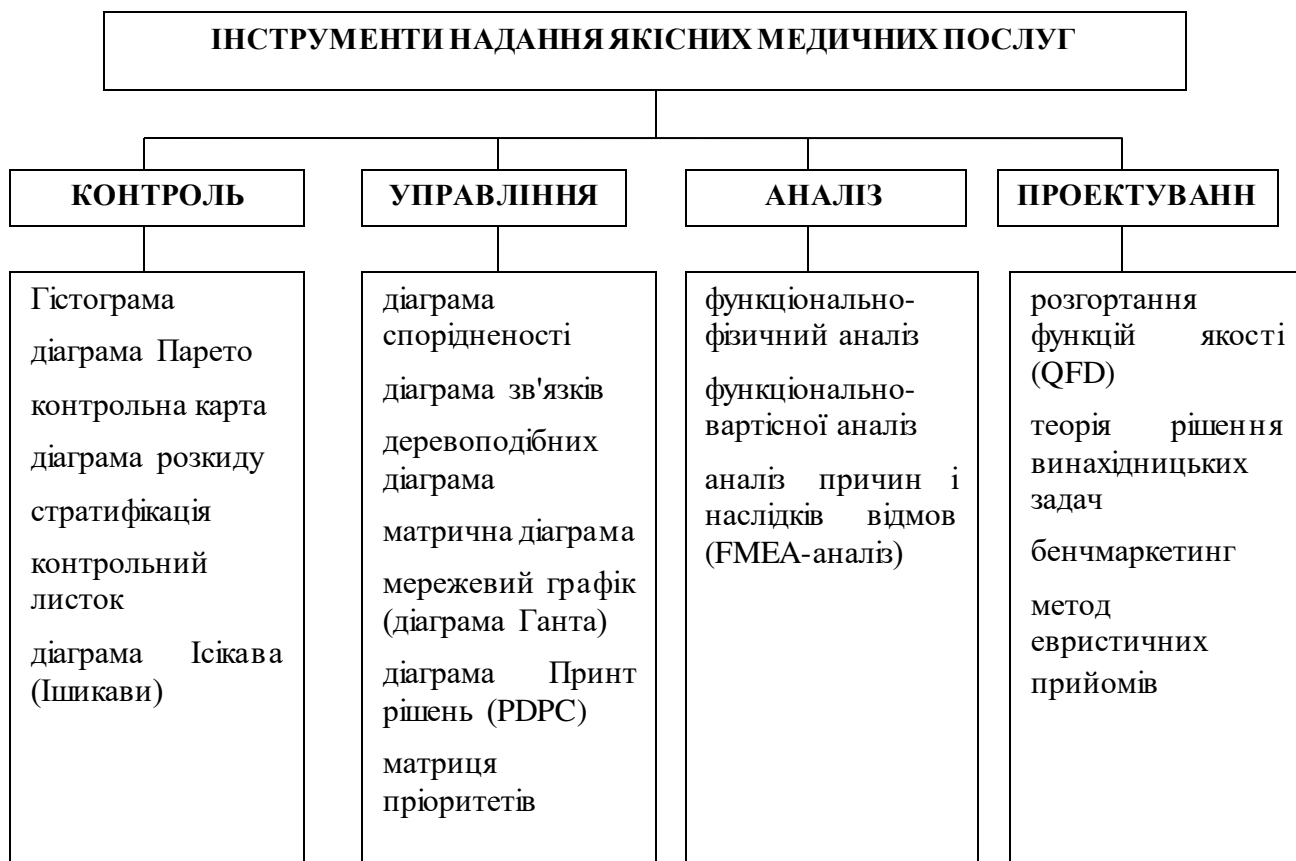


Рис.1.4. Інструменти надання якісних медичних послуг

Примітка. Сформовано автором за [40]

Недоліком інструментів контролю якості є відсутність можливості висловити характеристику деяких об'єктів у вигляді кількісних показників. В цьому випадку для аналізу об'єкта і прийняття управлінських рішень більш ефективно використовувати якісні показники.

Ефективне державне регулювання надання медичних послуг належної якості послуг неможливо без управління процесами використання медичних технологій в клінічній практиці на всіх рівнях, в тому числі на рівні «лікар-пацієнт». Проте, ця сфера довгий час вважалася прерогативою лікаря, і будь-які втручання розцінювалися як посягання на свободу клінічного мислення і відповідно на

інтереси хворого.

В даний час керівники в системі державного регулювання надання медичних послуг належної якості не має достатньо дієвих інструментів для управління лікувально-діагностичним процесом. Державне регулювання надання медичних послуг належної якості та доступності складно організувати процес надання медичних послуг, що базується на невизначеності результату. Особливо важко створити ефективну систему контролю, оскільки неможливо точно оцінити ступінь досягнення невизначеного результату.

Відсутність можливості безпосередньо контролювати основний виробничий процес призвело до того, що в медицині склалися дві паралельні «управлінських» лінії, що володіють владою і впливом: адміністративна та клінічна. Авторитет висококваліфікованого фахівця (лікаря) в установі охорони здоров'я частіше більш вагою, ніж авторитет головного лікаря.

Виділяють три основні моделі державного регулювання надання медичних послуг належної якості та доступності, які представлені на рис.1.5., професійна, бюрократична і індустріальна, однак на рубежі XX і XXI століть почала швидко формуватися нова, четверта інформаційно-комунікативна модель.

Новим елементом державного регулювання надання медичних послуг є розвиток ліцензування медичної діяльності. Однак головним недоліком даного елемента, є відсутність чіткого керівництва при виборі набору медичних технологій, які є необхідними і достатніми для досягнення належної якості медичних послуг по кожній медичній спеціальності. Об'єктивність державного регулювання надання оцінки медичних послуг належної споживачами сумнівна, так як вже згадувався факт оцінки медичної послуги з позиції якості супутніх їх надання сервісних послуг.

Більш об'єктивною оцінкою якості можна вважати результати експертиз якості здійснюваних на відомчому і позавідомчої рівнях контролю.

Позавідомчий контроль, здійснюється з боку організацій незалежних від споживачів та лікувально-профілактичних установ. Відомчий, здійснюється адміністрацією ЛПУ, територіальним органом управління охорони здоров'я.

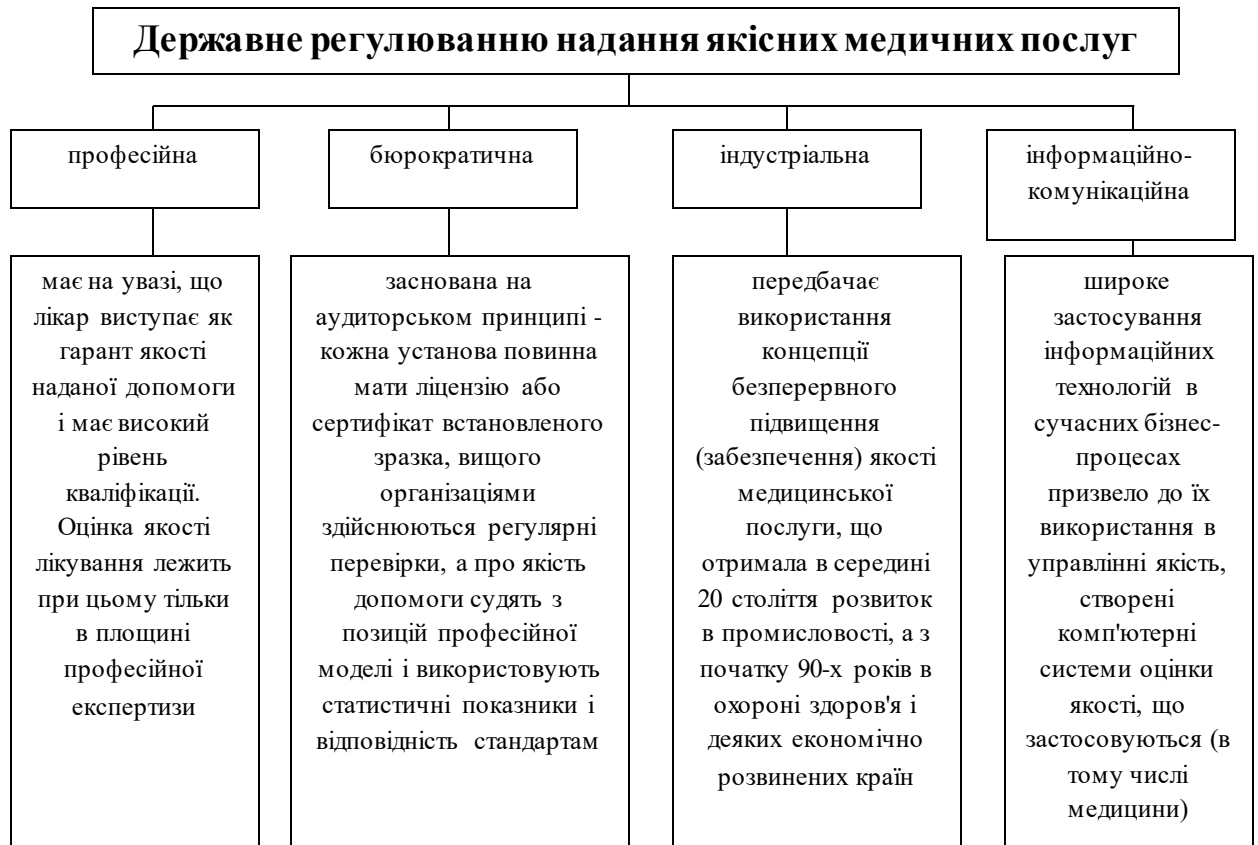


Рис. 1.5. Моделі державного регулювання надання медичних послуг

Примітка. Сформовано автором за [10]

Позавідомчий контроль здійснюється шляхом:

- а) проведення перевірок дотримання органами державної влади і органами місцевого самоврядування, державними позабюджетними фондами, а також здійснюють медичну та фармацевтичну діяльність організаціями та індивідуальними підприємцями прав громадян у сфері охорони здоров'я громадян;
- б) здійснення ліцензування медичної діяльності;
- в) проведення перевірок дотримання здійснюють медичну діяльність організаціями та індивідуальними підприємцями порядків надання медичної допомоги та стандартів медичної допомоги;
- г) проведення перевірок дотримання здійснюють медичну діяльність організаціями та індивідуальними підприємцями порядків проведення медичних експертиз, медичних оглядів і медичних оглядів;
- д) проведення перевірок дотримання здійснюють медичну діяльність організаціями та індивідуальними підприємцями безпечних умов праці, а також вимог щодо безпечного застосування і експлуатації медичних виробів та їх

утилізації (знищення);

е) проведення перевірок дотримання медичними працівниками, керівниками медичних організацій, фармацевтичними працівниками і керівниками аптечних організацій обмежень, які застосовуються до зазначених осіб під час здійснення професійної діяльності в Відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»;

ж) проведення перевірок організації та здійснення:

- державними органами виконавчої влади відомчого контролю якості та безпеки медичної діяльності підвідомчих їм органів і організацій;
- державними органами виконавчої влади і органами місцевого самоврядування, які здійснюють повноваження у сфері охорони здоров'я громадян, а також здійснюють медичну діяльність організаціями та індивідуальними підприємцями внутрішнього контролю якості та безпеки медичної діяльності.

Відомчий контроль включає проведення перевірок:

1) дотримання медичними організаціями порядків надання медичної допомоги та стандартів медичної допомоги;

2) дотримання медичними організаціями безпечних умов праці, вимог щодо безпечного застосування і експлуатації медичних виробів та їх утилізації (знищення);

3) дотримання медичними працівниками, керівниками медичних організацій, фармацевтичними працівниками і керівниками аптечних організацій обмежень, які застосовуються до них при здійсненні професійної діяльності.

Відомчий контроль здійснюється за допомогою планових і позапланових документарних і (або) виїзних перевірок. Планові перевірки щодо підвідомчого органу або організації здійснюються не частіше ніж один раз на рік.

Позапланові перевірки здійснюються в наступних випадках:

а) надходження до органу виконавчої влади звернень громадян, юридичних осіб і індивідуальних підприємців зі скаргами на порушення прав і законних інтересів підвідомчими органами та організаціями;

б) з метою контролю виконання раніше виданих доручень або приписів;

в) з метою перевірки поданих підвідомчими органами та організаціями статистичної звітності або даних моніторингу;

г) невідповідності показників діяльності підвідомчого органа або організації встановленим цільовим показниками діяльності;

д) невиконання підвідомчим органом або організацією встановлених обсягів державного завдання з надання медичної допомоги.

Тому необхідно побудувати контроль таким чином, щоб результати перевірки однієї ланки контрольних органів доповнювалися результатами іншого, і консолідувалися в єдиний документ, дозволяючи виявити недоліки функціонування всієї системи охорони здоров'я. Нами запропоновано оптимальна структура контролю якості медичних послуг, яка представлена на рис. 1.6.

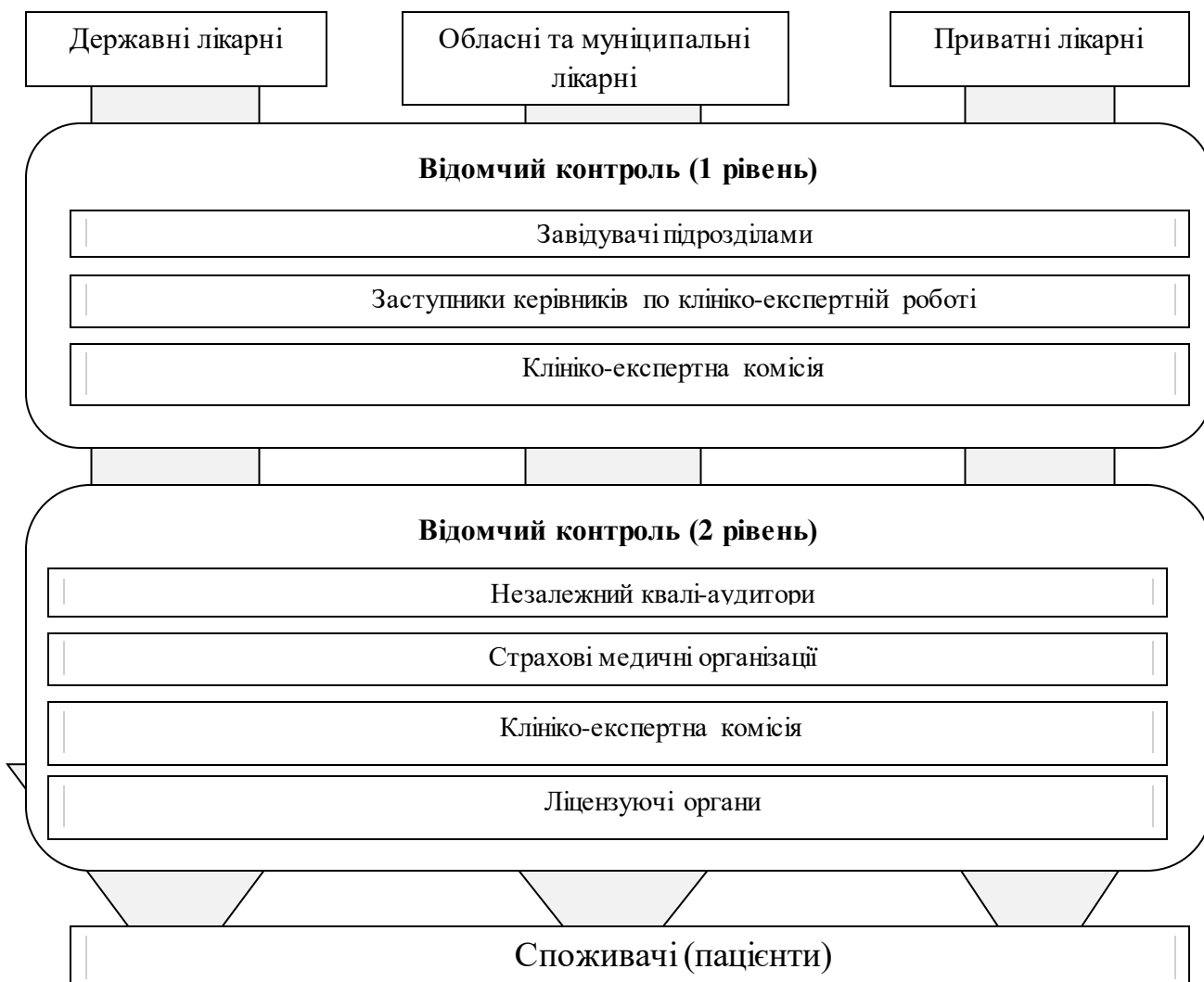


Рис. 1.6. Державне регулювання надання якості медичних послуг, як елемент соціальної захисту пацієнтів

Контроль якості наданих медичних послуг як в державних так і в приватних лікувальних установах не став дієвим інструментом управління послугами охорони здоров'я. Однією з причин цього, є відсутність однозначного методу оцінки якості медичних послуг. Визначено, що ланки існуючої системи контролю якості дублюють функції один одного, що знижує ефективність даної методики.

За кожною ланкою контролю необхідно закріпити певну групу індикаторів якості медичних послуг, яка буде відповідати на питання входять до компетенції даного органу контролю. З цієї цілю необхідно чітко визначення факторів і критеріїв їх характеризуючих, а так само закріплення за кожною ланкою контролю показників з цього переліку, аналіз яких дозволить своєчасно прийняти управлінські рішення щодо усунення недоліків та підвищення якості, в галузі їх компетенції.

Розумно зберегти практику перевірок позавідомчим рівнем контролю відомчого рівня. Для залучення приватного сектору медичних організацій в систему ОМС, необхідно створити незалежну структуру позавідомчого контролю – квалі-аудит (аудит якості медичних послуг), метою оцінки якого буде виявлення недоліків і їх раннє усунення дозволяє приймати ефективні управлінські рішення. Для приватних медичних організацій це знизить ризик несплати рахунків за надані медичні послуги за програмою ОМС, що в даний час є першопричиною відмови приватного сектора від участі в системі ОМС. Для медичних організацій приватного сектора, даний вид контролю буде обов'язковим, а для державного сектора охорони здоров'я в добровільному порядку.

Висновки до розділу 1

Система соціального забезпечення України об'єднує: пенсійне забезпечення, державне (обов'язкове) соціальне страхування, медичне страхування. Економічну основу соціального забезпечення складають державний бюджет і кошти соціального страхування. Виплати по соціальному страхуванню провадяться із страхових фондів, які формуються з відрахувань роботодавців. Стан здоров'я

населення залишається складним. Україна є «лідером» щодо розповсюдження серйозних захворювань, що пов'язано з недостатнім рівнем забезпечення фінансування заходів із профілактики захворювань та лікування громадян.

В системі української охорони здоров'я останніх років робляться спроби впровадження стандартів медичної допомоги, однак ця робота ускладнена тим, що розробити єдині стандарти для всіх установ України неможливо через їх значної різниці між собою.

Механізм організаційно-економічного забезпечення якості медичних послуг включає сукупність інструментів і методів по розробці принципів, процесів, практичних інструментів його управління, розглядаються як складові якості медичної допомоги. Для оцінки якості медичної допомоги використовується ряд індикаторів, який не розмежує поняття медичної та готельної послуги, тому для побудови ефективної системи контролю та управління якістю необхідно, в першу чергу, розмежувати ці поняття в структурі медичної допомоги, а також визначити з чого вони складаються і якими є їх кінцеві результати. Це необхідно, в першу чергу, для того, щоб зрозуміти, що і як оцінювати, а також які інструменти і механізми контролю застосовувати для підвищення ефективності якості медичних послуг та соціального захисту населення їх отримують.

Визначено, що інструменти державного регулювання надання якісних медичних послуг - це різні методи і техніки по збору, обробці і поданням кількісних і якісних даних будь-якого об'єкта (продукту, процесу, системи та тощо). Набір методів, який застосовується у сфері державного регулювання надання якісних медичних послуг досить широкий та різноманітний. Він формувався протягом всієї історії розвитку менеджменту якості. Всі інструменти управління якістю надання медичних послуг можна згрупувати за програмними цілями їх застосування: інструменти проектування якості; інструменти управління якістю; інструменти контролю якості; інструменти аналізу якості.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ТА ОЦІНКА МЕХАНІЗМУ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Оцінка організаційного забезпечення надання медичних послуг в закладі охорони здоров'я

Комунальне некомерційне підприємство Тернопільської районної ради «Тернопільська центральна районна лікарня» (надалі – КНП ТРР «Тернопільська центральна районна лікарня») є лікарняним (амбулаторним) закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає послуги вторинної/спеціалізованої медичної допомоги будь-яким особам в порядку та на умовах, встановлених законодавством України.

Досліджуваний заклад охорони здоров'я створений за рішенням Тернопільської районної ради (надалі – Засновник) від 30.10.2018 року № 454 II пленарного засідання XXI сесії відповідно до Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» шляхом поділу Комунального закладу Тернопільської районної ради «Тернопільське районне територіальне медичне об'єднання» (адреса: 47740, Тернопільська область, Тернопільський район, с. Великі Бірки, вул. Грушевського, 51, код ЄДРПОУ 36143907) у два підприємства: Комунальне некомерційне підприємство Тернопільської районної ради «Тернопільський районний центр первинної медико-санітарної допомоги» та Комунальне некомерційне підприємство Тернопільської районної ради «Тернопільська центральна районна лікарня» (КНП ТРР «ТЦРЛ») (Додаток А).

Підприємство створене на базі спільного майна територіальних громад сіл та селищ Тернопільського району.

Засновником, власником та органом управління майном Підприємства є територіальні громади Тернопільського району в особі Тернопільської районної ради. Підприємство здійснює господарську некомерційну діяльність, спрямовану на досягнення соціальних та інших результатів без мети одержання прибутку.

Основною метою діяльності КНП ТРР «ТЦРЛ» є забезпечення медичного обслуговування населення шляхом надання йому медичних послуг в порядку та обсязі, встановлених законодавством.

Основними видами діяльності КНП ТРР «ТЦРЛ» є:

- створення умов, необхідних для забезпечення доступної та якісної медичної допомоги населенню, організації належного управління внутрішнім лікувально-діагностичним процесом та ефективного використання майна та інших ресурсів КНП ТРР «ТЦРЛ»;
- надання пацієнтам відповідно до законодавства на безвідплатній та відплатній основі послуг вторинної/спеціалізованої стаціонарної медичної допомоги, у тому числі екстреної (невідкладної), необхідної для забезпечення належних профілактики, діагностики і лікування хвороб, травм, отруєнь чи інших розладів здоров'я, медичного контролю за перебігом вагітності й ведення пологів і післяпологового періоду;
- надання пацієнтам відповідно до законодавства на безвідплатній та відплатній основі спеціалізованої амбулаторної медичної допомоги (спеціалізована медична практика);
- організація, у разі потреби, надання пацієнтам медичної допомоги більш високого рівня спеціалізації на базі інших закладів охорони здоров'я шляхом направлення пацієнтів до цих закладів у порядку, встановленому законодавством;
- організація взаємодії з іншими закладами охорони здоров'я з метою забезпечення наступництва у наданні медичної допомоги на різних рівнях та ефективного використання ресурсів системи медичного обслуговування;
- проведення експертизи тимчасової непрацездатності та контролю за видачею листків непрацездатності;
- проведення профілактичних оглядів;
- придбання, зберігання, перевезення, реалізація (відпуск), знищення, використання наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів;

- закупівля, зберігання та використання ресурсів, необхідних для надання медичних послуг, зокрема лікарських засобів (у т.ч. наркотичних засобів та прекурсорів), обладнання та інвентарю;
- впровадження нових форм та методів профілактики, діагностики, лікування та реабілітації захворювань та станів.
- забезпечення дотримання стандартів та уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги.
- надання будь-яких платних послуг підприємствам, установам, організаціям, фізичним та юридичним особам відповідно до законодавства.
- організація та проведення з'їздів, конгресів, симпозіумів, науково-практичних конференцій, наукових форумів, круглих столів, семінарів тощо.

КНП ТРР «ТЦРЛ» надає медичні послуги на підставі ліцензії на медичну практику. Якщо для провадження певних видів діяльності, передбачених Статутом, потрібний спеціальний дозвіл, КНПТРР «ТЦРЛ» отримує його в порядку, визначеному законодавством України.

Управління діяльністю КНП ТРР «ТЦРЛ» здійснює на підставі Статуту керівник. Здійснюючи організаційну функцію, керівник лікарні як головний суб'єкт управління, вирішує питання, які належать до його компетенції з метою виконання лікарнею функцій і завдань. Причому, ці питання уже сьогодні містять елементи конструювання дійсності підприємства (проектного управління) у відповідності до особливостей реформування сфери охорони здоров'я та потреби врахування факторів, що впливають та впливатимуть на стан і перспективи діяльності підприємства.

Організаційна структура КНП ТРР «ТЦРЛ» та її штатний розпис визначається та погоджується з відділом охорони здоров'я та медичного забезпечення Тернопільської районної ради, в залежності від потреб населення території обслуговування у плановій медичній допомозі і затверджується директором.

Організаційна структура КНП ТРР «ТЦРЛ» складається з: керівного складу (директора, медичного директора, головної медичної сестри, заступника директора

з експертизи тимчасової непрацездатності, заступника директора з економічних питань, головного бухгалтера), лікувально-профілактичних підрозділів та інші адміністративно-управлінські підрозділів. (рис. 2.1).

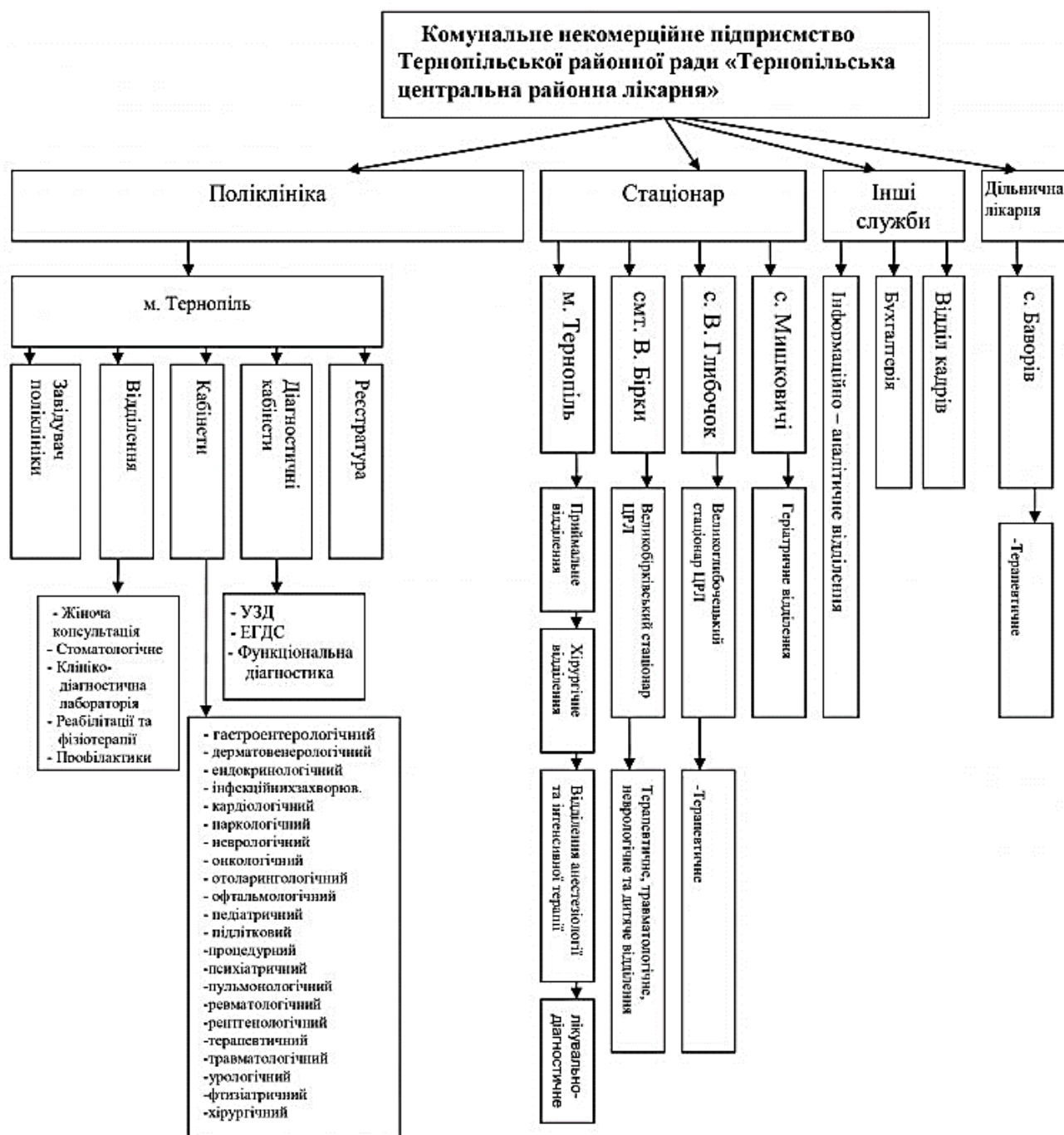


Рис. 2.1. Організаційна структура Комунального некомерційного підприємства Тернопільської районної ради «Тернопільська центральна районна лікарня»

Примітка. Сформовано автором за матеріалами Комунального некомерційного підприємства Тернопільської районної ради «Тернопільська центральна районна лікарня»

З рис. 2.1. видно, що організаційна структура досліджуваного медичного закладу належить до лінійно-функціонального типу, в основу якого покладено принцип розподілення повноважень і відповідальності за функціями та прийнятті рішень по вертикалі. Лінійно-функціональна структура дозволяє організувати управління за лінійною схемою, а функціональні підрозділи допомагають лінійним керівникам у вирішенні відповідних управлінських функцій.

До переваг такого типу організаційної структури належать: швидка реакція на розпорядження та вказівки від постановки до виконання; оперативність у прийнятті управлінських рішень; раціональне поєднання двох моделей: лінійної та функціональної, що зумовлює більш сталі взаємозв'язки та їх ефективність; висока відповідальність керівництва та лінійних працівників, єдність і чіткість у менеджменті; висока професійність спеціалістів функціональних підрозділів; зберігається висока ефективність координації процесів, навіть при великій кількості персоналу. Поряд із перевагами, можна виділити і недоліки такої структури: можливість дублювання управлінського функціоналу; можливість виникнення протиріч між керівниками лінійних та функціональних підрозділів; внутрішні перепони у міжфункціональній координації діяльності, направленої на впровадження інновацій; вірогідність відсутності гнучкості та подальших ускладнень при вирішенні нових завдань.

Детально переваги на недоліки організаційної структури КНП ТРР «ТЦРЛ» представлені в таблиці 2.1.

Відповідно до штатного розпису, у КНП ТРР «ТЦРЛ» працює 360 працівники. Серед усіх структурних підрозділів найбільшими за чисельністю працівників є поліклінічне відділення (45,00 штатних одиниць), господарсько-обслуговуючий відділ (27,50 штатних одиниць), Об'єднане відділення терапевтичного профілю (15,75 штатних одиниць) та хірургічне відділення (45,00 штатних одиниць). Найменшими за чисельністю працівників є відділення профілактики (12 штатних одиниць), Загально - лікарняний підрозділ (14 штатних одиниць) та адміністративно-управлінський підрозділ (6,00 штатних одиниць) (табл. 2.2).

Таблиця 2.1

Переваги на недоліки організаційної структури КНП ТРР «ТЦРЛ»

Переваги	Недоліки
<ul style="list-style-type: none"> – швидке виконання дій щодо розпорядження та вказівок, які видаються вищестоячими керівниками нижчестоячим; – раціональне поєднання лінійних та функціональних взаємозв'язків; – стабільність повноважень та відповідальності персоналу; – єдність та чіткість розпорядництва; – оперативне прийняття рішень; – персональна відповідальність кожного керівника за результати діяльності; – професійне вирішення завдань спеціалістами функціональних служб. 	<ul style="list-style-type: none"> – дублювання управлінських функцій; – розпорошення відповідальності; – внутрішні бар'єри, які відділяють лінійні підрозділи від функціональних; – протиріччя між лінійними та функціональними керівниками; – протидія лінійних керівників роботі функціональних спеціалістів; – спотворення інформації функціональних керівників при її передачі лінійними керівниками виконавцям.

Примітка. Наведено за [38]

Таблиця 2.2

Штатний розпис КНП ТРР «ТЦРЛ» на 2019 рік

№ з/п	Підрозділи	Кількість штатних одиниць
1	Адміністративно-управлінський підрозділ	6,00
2	Інформаційно-аналітичний відділ	8,25
3	Бухгалтерія	14,00
4	Адміністративно-управлінський та допоміжний персонал	14,00
	Господарська служба	27,50
ПОЛІКЛІНІЧНИЙ ВІДДІЛ:		
5	Поліклініка	45,00
6	Середній медичний персонал поліклініки	41,00
7	Молодший медичний персонал поліклініки	21,00
8	Рентгенологічний кабінет	10,25
9	Відділ профілактики	12,00
10	Стоматологічний відділ	28,50
11	Клініко-діагностична лабораторія	21,50
12	Фізіотерапевтичний відділ	27,00
СТАЦІОНАР ТЕРНОПІЛЬ		
13	Приймальне відділення	13,50
14	Об'єднане відділення терапевтичного профілю	15,75
15	Об'єднане відділення хірургічного профілю	45,00

Примітка. Наведено за матеріалами КНП ТРР «ТЦРЛ»

Аналіз забезпеченості кадрами КНП ТРР «ТЦРЛ» у 2017-2019 рр. показав, що протягом досліджуваного періоду зменшилась кількість штатних посад лікарів – з 137,25 у 2017 році до 121,0 – у 2019 році, а кількість фізичних осіб лікарів зменшилась з 129,0 у 2017 році до 103,0 у 2019 році. При цьому кількість штатних

посад медичних сестер суттєво зменшилась: з 258 – у 2017 році до 184 – у 2019 році (табл. 2.3). Серед лікарів, середнього медичного персоналу та медичних сестер протягом досліджуваного періоду стабільним залишається відсоток їх атестованості: серед лікарів атестованим є 91,5%, серед середнього медичного персоналу – 76,7% і серед медичних сестер – 74,3%.

Таблиця 2.3

Аналіз забезпеченості кадрами КНП ТРР «ТЦРЛ» у 2017-2019 рр.

Показники	2017	2018	2019
– кількість штатних посад лікарів	137,25	116,25	121,0
– кількість фізичних осіб лікарів	129	105	103
– кількість штатних посад середнього медперсоналу	258,25	181,75	184,0
– кількість фізичних осіб середнього медперсоналу	243	168	167
– забезпеченість середнім медперсоналом на 10 тис. нас.	44,0	45,4	47,5
– кількість штатних посад медичних сестер	114,0	114,0	134,0
– кількість фізичних осіб медичних сестер	113	119	123
– забезпеченість медичними сестрами на 10 тис. насел.	38,5	40,6	41,8
– % атестованих лікарів	91,5%	90,7%	91,5%
– % атестованих середнього медперсоналу	76,7%	79,1%	76,4%
– % атестованих медичних сестер	74,3%	76,4%	74,7%

Примітка. Наведено за матеріалами КНП ТРР «ТЦРЛ»

Динаміка кількості відвідувань КНП ТРР «ТЦРЛ» у 2017-2019 рр. представлена в табл. 2.4.

Таблиця 2.4

Динаміка кількості відвідувань КНП ТРР «ТЦРЛ» у 2017-2019 рр.

Показники	2019	2018	2017	% росту, зниження
1	2	3	4	5
– норматив (план) відвідувань всього:	108500	117000	128950	-7,2%
– виконано відвідувань всього	106342	106223	107687	+0,1%
– з них: з приводу захворювань	85289	84225	83764	+1,2%
– % виконання нормативу (плану) відвідувань	98,0%	90,8%	83,5%	
– норматив (план) відвідувань в поліклініку	90500	99000	110950	-8,5%
– виконано відвідувань в поліклініку	83983	85553	87367	-1,8%
– % виконання нормативу (плану) відвідувань в поліклініку	92,7%	86,4%	78,7%	
– план відвідувань (ліжко-днів) в денний стаціонар (ДС)	15500	15500	15500	=
– виконано відвідувань (ліжко-днів) в ДС	20232	18649	16789	

Продовження таблиці 2.4

1	2	3	4	5
– % виконання плану відвідувань (ліжко-днів) в ДС	130,5%	120,3%	108,3%	
– план відвідувань стаціонару вдома (неврологічний)	2500	2500	2500	=
– виконано відвідувань	2127	2021	2275	
– % виконання плану відвідувань в стаціонар вдома	85,0%	80,8%	91,0%	
– виконано консультативних відвідувань вдома	1044	1258	1256	-17,0%
– відвідувань на 1 мешканця всього	3,6	3,6	3,6	

Примітка. Наведено за матеріалами КНП ТРР «ТЦРЛ»

Отже, підсумовуючи вищесказане, слід зазначити, що КНП ТРР «ТЦРЛ» є багатопрофільним лікувально-профілактичним закладом з визначеною структурою, у відповідності до статуту, в склад якої входять: лікувальні підрозділи – стаціонарний та поліклінічний відділи.

2.2. Оцінка якості надання медичних послуг

У сучасному світі все більшої ваги набуває якість послуг в усіх галузях економіки. Причиною цього є розвиток технологій, глобалізація ринків, зростання конкуренції, а також більше усвідомлення клієнтами своїх власних потреб та очікувань. Медичні послуги належать до найбільш потрібних суспільству. Мабуть, немає людини, яка б жодного разу в житті не скористалася медичною послугою. З іншого боку, медичні послуги дуже специфічні: їм властива велика працездатність і відсутність гарантій щодо позитивного результату.

Медичні послуги – це послуги, надання яких у непристосованому місці невідповідним персоналом із використанням неналежного устаткування може призвести до погіршення здоров'я або втрати життя для споживача конкретної послуги. Це головна і найважливіша причина, чому в охороні здоров'я якість має таке велике значення. У зв'язку з необхідністю вирішення цієї проблеми запроваджено механізми, що мають на меті забезпечення якості. До них належать: внутрішні – контроль якості медичних послуг самими закладами охорони здоров'я,

які надають ці послуги (вивчення й оцінка управлінським персоналом якості праці лікарів і медсестер, запобігання небажаним ситуаціям, запровадження власних програм контролю якості, вивчення думки пацієнтів щодо задоволення їх потреб); зовнішні – застосовуються по відношенню до всіх закладів на території всієї країни державними органами, групами експертів або недержавними організаціями, що займаються сертифікацією суб'єктів, які надають медичні послуги (ліцензування, що охоплює як державні, так і недержавні медичні заклади; акредитація – офіційне визнання наявності у закладі охорони здоров'я умов для якісного, своєчасного, певного рівня медичного обслуговування, дотримання стандартів охорони здоров'я, відповідності медичних (фармацевтичних) працівників єдиним кваліфікаційним вимогам).

Якість медичної послуги набуває дещо іншого значення у сприйнятті кожного окремого зацікавленого суб'єкта. Для пацієнтів передусім важливий результат, отриманий внаслідок надання послуги, а також її матеріальні складники. Для медичних працівників якість – це відповідність стандартам, якомога більш професійне, компетентне і сумлінне надання послуги. Керівництво закладу охорони здоров'я зосереджує увагу на належному виконанні нормативів та вимог, щоб уникнути скарг та можливих санкцій. Крім того, за умови наявності важелів, які б гарантували медичним працівникам і керівництву закладу охорони здоров'я отримання матеріальної винагороди за покращення якості послуг, вони будуть зацікавлені також у збільшенні конкурентоздатності й сучасності своїх послуг, у кінцевому фінансовому аспекті, пов'язаному з наданням послуги.

Ринок медичних послуг – це розгалужена мережа зв'язків між його окремими елементами. Природа медичних послуг така, що їх важко аналізувати, а оцінка їх якості значною мірою залежить від того, хто і на підставі яких критеріїв проводить цю оцінку. Аналіз оцінки якості медичних послуг слід розпочати з визначення того, хто є суб'єктами медичного ринку та яку позицію вони на ньому займають. На ринку медичних послуг присутні три суб'єкти, які мають ключове значення для системи медичної допомоги: пацієнт (суб'єкт, що споживає медичні послуги), медичний заклад (суб'єкт, що надає медичні послуги) і платник (суб'єкт, що

фінансує медичні послуги) [58]. Поданий поділ максимально спрощений, насправді функції платника, медичного закладу і пацієнта переплітаються та поєднуються. Наприклад, пацієнт може бути водночас і платником, якщо самостійно покриває вартість наданих йому медичних послуг.

Якість медичних послуг, які надає лікарня, певною мірою зумовлена тим, на якого споживача спрямована послуга, хто виступає в ролі платника і яку форму власності має медичний заклад [64]. Медичний заклад, заснований на приватній формі власності, спрямовує свою діяльність на отримання прибутку, що певною мірою змушує його дбати про якість своїх послуг, яка є запорукою позитивної репутації, що, в свою чергу, забезпечить прибуток. Виникає питання: чи лікарня зацікавлена у наданні послуг найвищої якості? Можемо стверджувати, що надання послуг на найвищому рівні спонукатиме пацієнтів, у разі виникнення потреби, до повторного відвідування цієї лікарні, а також спричинить появу нових пацієнтів, що почують позитивні відгуки про лікарню чи конкретного лікаря. Але тут виникає проблема. Лікарня несе конкретні затрати, пов'язані з наданням якісних послуг, внаслідок чого у неї з'являється багато потенційних клієнтів, що збільшить затрати, але, у випадку обмеженого державного фінансування, не забезпечить відповідного зростання доходу.

Лікарня, що має хорошу репутацію, буде змушена надавати послуги, витрати на які держава не хоче або, через свої обмежені фінансові можливості, не може компенсувати. Із точки зору менеджменту такий ефект, спричинений якістю медичних послуг, є небажаним і шкідливим для лікарні. З'являються фінансові витрати, що є наслідком надання послуг, які мають певну цінність, але не генерують адекватного доходу.

Цілком іншою повинна бути ситуація із якістю послуг для лікарні, що діє на комерційній основі: чим вища якість і чим кращий імідж лікарні, тим більший дохід. Така діяльність, що базується на здорових ринкових засадах, призводить до максимізації прибутку. Лікарня, як підприємство, що функціонує в умовах конкуренції з іншими суб'єктами, які надають ідентичні медичні послуги, мусить з ними конкурувати і співпрацювати, тому ставить великі вимоги до якості своїх

послуг.

Гарантоване Конституцією України право громадян на отримання ефективного і доступного медичного обслуговування має забезпечуватися системою дієвих управлінських рішень, пов'язаних як з розвитком ринку медичних послуг, створенням і підтримкою високотехнологічної медичної інфраструктури, розширенням джерел фінансування та виробленням чітких і прозорих правил державного фінансування і підтримки сфери охорони здоров'я, так і з вирішенням питань підвищення якості медичної допомоги та організації дієвого контролю за процесами її надання. На сучасному етапі проблеми державного регулювання надання доступних якісних медичних послуг в повному обсязі є ключовою квінтесенцією здійснюваної медичної реформи та прийнятих нормативно-правових актів, що регламентують діяльність закладів охорони здоров'я на ринку медичних послуг.

Важливість розв'язання проблеми надання медичних послуг належної якості обумовлена, також, необхідністю забезпечення реалізації програми медичних гарантій, встановлених Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [47], в якому одним із принципів державної політики визначено «забезпечення збереження і відновлення здоров'я населення шляхом надання медичних послуг та лікарських засобів належної якості» та, відповідно, дотримання права громадян на якісну медичну допомогу. Контрольні функції за дотриманням стандартів якості медичних послуг надавачами медичних послуг покладаються на Міністерство охорони здоров'я, яке систематично проводить аналіз результатів і ефективності надання медичних послуг, здійснює оцінку рівня задоволеності громадян якістю надання медичної допомоги, проводить моніторинг і прогнозування потреб населення в медичних послугах, відслідковує стан реалізації права громадян на якісну охорону здоров'я тощо.

Реформа фінансування галузі охорони здоров'я України передбачає перехід від фінансування медичних закладів відповідно до кошторису до оплати державою фактично наданої медичної допомоги конкретній людині. Принцип «гроші йдуть за пацієнтом» на практиці означає, що хворий звертається до конкретного лікаря за

допомогою, а держава перераховує кошти в медичний заклад, в якому працює лікар, або безпосередньо лікарю, якщо він має власну практику. Таким чином, якщо раніше держава утримувала медичні заклади, тепер вона оплачує конкретний пакет медичних послуг, наданий пацієнтам.

У 2018 р. нову модель фінансування охорони здоров'я запроваджено на первинній ланці медичної допомоги, де працюють сімейні лікарі, терапевти, педіатри. На вищих рівнях – вторинному (спеціалізованому) та третинному (високоспеціалізованому) запроваджена з 2020 р.

Для запровадження нової системи фінансування охорони здоров'я створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ), яка перераховує бюджетні кошти медичним закладам та лікарям-ФОПам за надання медичної допомоги населенню. НСЗУ укладає угоди з усіма медичними закладами і гарантує фінансування відповідно до кількості пацієнтів, яким в цих закладах буде надано медичну допомогу. Фінансування відбувається на умовах попередньої оплати.

Передбачається, що фінансування медичної допомоги через НСЗУ забезпечить єдині стандарти надання медичної допомоги та рівний доступ до медичних послуг для кожного громадянина, незалежно від прописки чи місця реєстрації. Держава гарантує, що кожному громадянину, який звернеться до сімейного лікаря, буде надано допомогу безкоштовно. Відповідно, лікар гарантовано отримає гроші за свою роботу, згідно з встановленим тарифом, незалежно від того, де він працює – у великому місті чи в сільській місцевості. Фінансування закладу, де працює лікар, амбулаторії чи лікаря-ФОПа здійснюватиметься з державного бюджету і не залежить від фінансової спроможності місцевої громади чи прихильності місцевих чиновників. Його обсяг розраховується виключно у відповідності до кількості громадян, які уклали угоди з лікарями цих закладів. На перехідний період частково (для вторинної й третинної ланки) зберігається діюча система фінансування медичних закладів – через субвенцію місцевим бюджетам.

До останнього часу медичні заклади отримували за договорами з НСЗУ фінансування на лікування пацієнтів, які підписали декларації з лікарями

медичного закладу, за так званним «зеленим списком», і на лікування пацієнтів, які мешкають на території обслуговування закладу, але ще не підписали декларацію з лікарем, за «червоним списком». Тариф для пацієнтів, які уклали декларацію, становить 370 грн на рік, а для другої категорії – 240 грн на рік (у 2018 р.).

З 1 квітня 2020 року запрацювала Програма медичних гарантій на рівні вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Заклади охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, розпочали роботу за договорами з НСЗУ.

Станом на вересень 2020 року з НСЗУ законтрактовано 3095 надавачів медичних послуг населенню, яким виплачено 51,6 млрд. грн. за надання послуг пацієнтам за Програмою медичних гарантій. З них: 13,3 млрд. грн. виплачено закладам первинної ланки; 29,7 млрд. грн. – закладам, що надають вторинну (спеціалізовану) допомогу; 3,7 млрд. грн. – закладам екстреної медичної допомоги. Також 4,9 млрд. грн. виплачено медичним закладам, що надають допомогу пацієнтам хворим на COVID-19, або з підозрою на нього.

З січня по вересень 2020 року чисельність українців, які підписали декларації з лікарями зросла на 1,5 млн., 30 млн. 610 тис. українців вже уклали декларації з лікарями первинної ланки [34].

На надання населенню первинної допомоги законтрактовано 1682 надавачів, з яких 1102 – комунальні заклади охорони здоров'я, 206 – приватні, 374 – лікарі ФОП. Кількість надавачів первинної допомоги, які уклали договір з НСЗУ станом на 01.10.2020 року на 216 більше, ніж було на кінець минулого року. Причому 75% з них є приватними або лікарями ФОП [34].

Зросла також і чисельність лікарів, які надають пацієнтам первинну допомогу, з початку року їх стало більше на понад 800 осіб.

На даний момент первинна ланка медичної допомоги відіграє важливу роль у боротьбі з пандемією. Суттєво зросла завантаженість на лікарів, адже до них в першу чергу звертаються пацієнти з підозрою на COVID-19. В майже 600 закладах первинної медичної допомоги було сформовано 1051 мобільну бригаду.

Спеціалізовану медичну допомогу отримали понад 290 тисяч пацієнтів за

пріоритетними послугами у квітні-серпні 2020 року. У Програмі медичних гарантій цього року визначено 5 пріоритетних медичних послуг, які перебувають у фокусі особливої уваги:

- лікування гострого мозкового інсульту;
- лікування гострого інфаркту міокарда;
- допомога при пологах;
- допомога у складних неонатальних випадках;
- інструментальні обстеження для ранньої діагностики онкологічних захворювань.

На сьогодні медичними закладами отримано 2,7 млрд. грн. за надання пріоритетних послуг пацієнтам [34].

До Програмі медичних гарантій також входить програма реімбурсації “Доступні ліки”, за якою пацієнти можуть отримати медикаменти для лікування серцево-судинних захворювань, діабету II типу та бронхіальної астми за рецептом лікаря безоплатно або з незначною доплатою. На сьогодні пацієнти можуть отримати 264 найменування таких лікарських засобів, 85 з них на безоплатній основі. Отримати ліки пацієнти можуть в понад 8,5 тисяч аптек по всій країні. Програмою “Доступні ліки” користуються 2,4 млн. пацієнтів. За відпущені аптеками ліки з початку року НСЗУ виплачено 686,6 млн. грн.

З точки зору вимог, що пред’являються до якості медичної допомоги її споживачами, медперсоналом та інвесторами, цікавими є дослідження американських вчених Medical Group Clinical Practice Improvement Process [71]. За їх визначенням пріоритетними характеристиками якості надання медичної послуги є:

- з боку пацієнтів – зацікавленість, ввічливість медичного персоналу; пом’якшення симптомів захворювання; функціональне поліпшення здоров’я;
- з боку медичного персоналу – відповідність наданої медичної допомоги сучасному технічному оснащенню, свобода дій в інтересах пацієнта;
- з боку інвесторів – ефективне використання наявних фондів охорони здоров’я, відповідне використання медичних ресурсів, максимальний внесок у зниження працевдатності.

На думку провідного фахівця в сфері менеджменту охорони здоров'я Донабедіана [73], якість медичної допомоги є сукупністю характеристик, що підтверджують відповідність наданої медичної допомоги наявними потребам пацієнта (населення), його очікуванням, сучасному рівню медичної науки і технології.

За методологією Донабедіана, якість медичної послуги включає три базові компоненти: 1 – структуру (яким чином організована медична допомога?); 2 – процес (як надається допомога?); 3 – кінцевий результат (що відбувається зі здоров'ям пацієнта?) Дані взаємозв'язки між складовими якості медичної послуги за Донабедіаном проілюстровано на рис. 2.2.



Рис. 2.2. Компоненти якості медичної допомоги та їх зміст за Донабедіаном

Примітка. Сформовано автором за [73]

На думку багатьох вітчизняних вчених, якість медичної послуги можна охарактеризувати більш ширшим переліком показників, серед яких варто виокремити такі: [60;30]:

а) професійну компетенцію медичного персоналу, що включає: рівень їхніх навичок та вмінь, що реалізуються у процесі надання медичної послуги та медичного обслуговування, ефективність менеджменту закладів та роботи обслуговуючого персоналу;

б) доступність медичної послуги (економічну, територіальну, фізичну), тобто

можливість безперешкодного надання медичної допомоги незалежно від економічних, географічних, соціальних, організаційних, культурних чи мовних чинників;

в) результативність лікування (надання медичної допомоги), що характеризується процесом поліпшення стану пацієнта або досягненням бажаного результату лікування;

г) міжособистісні відносини в процесі надання медичної допомоги: якість взаємодії між надавачами послуги та їх споживачами, а саме: між керівництвом та персоналом, медичними працівниками і пацієнтами;

д) ефективність лікувальної роботи, що проявляється у збалансованості можливостей забезпечення повного обсягу надання медичної допомоги та наявних ресурсів. Проблемою сучасного стану є постійно існуюча неузгодженість між потребою в допомозі та наявними ресурсами її надання;

е) безперервність медичної допомоги, коли пацієнт отримує необхідну йому медичну допомогу без перерви, припинення та зайвих повторень діагнозу або лікування;

є) безпека медичної послуги, ознаками якої є відсутність обмеження ризиків інфікування, виникнення шкідливих побічних проявів, пошкоджень або інших втрат, що виникають в процесі надання медичної допомоги;

ж) комфортність лікування, що безпосередньо не відноситься до клінічної ефективності, але може позитивно вплинути на рівень задоволеності пацієнта якістю обслуговування. Комфортність залежить як від зовнішнього вигляду і чистоти всіх приміщень, обладнання та персоналу, так і заходів, що здійснюються для забезпечення комфорту і зручності пацієнта.

Виходячи із завдань державного гарантування надання якісних медичних послуг, можемо виокремити три основні напрями їх реалізації:

1) розроблення та впровадження у практику надання медичних послуг медико-технологічних документів (далі – МТД). До їх переліку входять: адаптовані клінічні настанови; стандарти медичної допомоги для найбільш актуальних медичних проблем; нові клінічні протоколи медичної допомоги; уніфіковані

клінічні протоколи тощо;

2) побудова дієвих систем (моделей) управління якістю в закладах охорони здоров'я відповідно до вимог і рекомендацій міжнародних стандартів ISO 9000 та критеріїв якості ВООЗ;

3) вироблення чітких технологій та процедур контролю за якістю надання медичної допомоги, в т.ч. клінічного аудиту.

За першим підходом актуалізуються питання створення відповідних світовим вимогам стандартів медичних послуг. В сучасних умовах до стандартизації таких послуг висуваються вимоги щодо задоволення потреб громадян в безпечних та якісних медичних послугах; впровадження нових прогресивних технологій в медичній практиці; раціоналізації витрат на охорону здоров'я та надання платних медичних послуг; сприяння конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я та видів медичної допомоги на ринку медичних послуг.

В сучасній практиці надання медичної допомоги, за інформацією Міністерства охорони здоров'я України [39], застосовуються новітні стандарти лікування ВІЛ, COVID-19, новонароджених, надання хірургічної допомоги, лабораторної діагностики, реабілітації. Окрім того, українським медикам надано доступи до клінічних настанов на засадах доказової медицини від Duodecim, а також міжнародного класифікатора первинної медичної допомоги (ICPC-2). Таким чином, проваджуючи нові клінічні протоколи та алгоритми заклади охорони здоров'я мають можливість запроваджувати сучасні методи лікування і діагностування з доведеною ефективністю та переходити на новий якісний рівень надання медичної допомоги.

Наступним підходом є проблема підвищення якості власне системи управління закладами охорони здоров'я, основною метою якого є забезпечення його спроможності надавати якісну медичну допомогу в достатньому для споживача обсязі. Відповідно, критерієм якісного управління стає ступінь задоволеності споживача рівнем якості отриманої допомоги. Досягнення зазначеної мети залежить від низки чинників, що мають зовнішній та внутрішній характер. Варто відзначити, що підвищення якості управління можливе лише в

рамках запровадження відповідних систем якості, які відповідають міжнародним стандартам якості та враховують специфіку роботи. Міжнародний стандарт ISO 9000:2015 визначає сім фундаментальних принципів, за якими систему управління в закладі охорони здоров'я можна вважати якісною. Це:

- 1) орієнтація на замовника (споживача медичної послуги);
- 2) лідерство керівництва;
- 3) задіяність персоналу (залучення їх до процесів управління якістю);
- 4) процесний підхід (впровадження процесної моделі управління);
- 5) постійне поліпшення та удосконалення;
- 6) прийняття рішень на підставі фактичних даних (по-суті, це є принципом доказової медицини);
- 7) управління взаємовідносинами (врахування інтересів і потреб зацікавлених сторін).

Третій підхід це здійснення контрольної функції, що передбачає побудову чіткої системи контролю як самої медичної послуги, так і процесу її надання.

Контроль якості медичної допомоги має охоплювати всі складові її надання, зокрема: структуру, організацію; процес та результати медичної допомоги; процес реалізації управлінських рішень щодо підвищення якості; відповідність навичок медичного персоналу кваліфікаційним вимогам, в т. ч. керівників закладу; дотримання та забезпечення прав і безпеки пацієнтів в процесі надання медичної допомоги.

Контролю якості надання медичної допомоги в обов'язковому порядку підлягають:

- летальні випадки (смерть пацієнта);
- випадки ускладнень після медичного втручання;
- первинний вихід на інвалідність осіб працездатного віку;
- випадки повторної госпіталізації з причин аналогічного захворювання впродовж року;
- випадки захворювань з необхідністю подовження чи прискорення термінів лікування;

- випадки розбіжностей встановлених діагнозів лікарями діагнозів;
- випадки недотримання установлених медичних стандартів, клінічних протоколів, табелів матеріального і технічного оснащення медичного закладу;
- випадки, що супроводжуються скаргами пацієнтів, їхніми родичами або особами, які доглядають за ними.

Особливе місце в системі контролю якості надання медичної допомоги належить проведенню внутрішнього клінічного аудиту, який, за своєю сутністю, є формою зворотного зв'язку, за результатами якої приймаються попереджувальні та корегувальні заходи, що унеможливають зниження результативності та ефективності лікувального процесу та опосередковано сприяють підвищенню професійного розвитку медичного персоналу.

Узагальнюючи проведені дослідження можемо сформулювати певні положення, що дозволять удосконалити діючі механізми управління системою охорони здоров'я на всіх рівнях та підвищити якість медичних послуг, гарантованих державою [41]:

на рівні центральних органів виконавчої влади:

- розробити концептуальні засади державної політики якості надання медичної допомоги з метою орієнтування системи управління охороною здоров'я на вирішення проблем підвищення, гарантування доступності та безпеки такої допомоги;
- розробити чіткі критерії якості медичної допомоги, встановити вимоги до її забезпечення та регламентувати відповідальність за не належну якість і рівень надання допомоги, допущені помилки та дефекти в медичній практиці;
- здійснювати підтримку та сприяти формуванню ринку медичних послуг в Україні, що дозволить громадянам забезпечити компетентний вибір найбільш ефективного надавача медичної допомоги за критеріями якості та сприятиме здоровій конкуренції на засадах гарантії її якості і безпеки;
- прискорити запровадження професійного ліцензування медичної практики та реального лікарського самоврядування в закладах охорони здоров'я, що здійснюють реорганізаційні зміни в системі управління;

на рівні закладу охорони здоров'я:

- розвивати практику розроблення та впровадження сучасних моделей (систем) якості в діяльність медичного закладу, що дозволить забезпечити пряму залежність якості медичної допомоги від системи управління. Такими моделями можуть стати: система міжнародних стандартів якості ISO 9001; Моделі досконалості (EFQM); системи якості Міжнародного товариства якості охорони здоров'я (ISQua), моделі спільна комісія з акредитації організацій охорони здоров'я (JCAHO), моделі постійного покращання (Associates in Process Improvement);
- впроваджувати ефективні комунікативні технології та налагоджувати взаємини між медичними працівниками(надавачами послуг) закладу охорони здоров'я та пацієнтами (споживачами послуг) та їх документальне оформлення; постійно аналізувати обґрунтовані скарги пацієнтів та вносити корегування в процес гарантування безпеки пацієнтів;
- постійно моніторити всі зміни в лікувальному процесі, які впливають на якість надання медичної допомоги;
- забезпечувати постійний професійний розвиток медичного персоналу, посилювати його мотивацію та задоволеність роботою за рахунок кращої її організації та безпечності;
- створювати умови для своєчасного впровадження нових медико-технологічних документів на засадах доказової медицини;
- забезпечувати впровадження системи моніторингу індикаторів якості медичної допомоги, які в них визначені;
- запроваджувати елементи самооцінювання діяльності закладу охорони здоров'я в контексті підвищення якості надання медичної допомоги.

2.3. Аналіз системи інформаційно-комунікативного забезпечення надання медичних послуг

Сучасні умови функціонування організацій сфери охорони здоров'я обумовлюють потребу забезпечення ними відповідності своєї діяльності потребам

споживачів медичної допомоги і медичних послуг, збереження власної стабільності на ринку. Це є складним завданням, оскільки заклади охорони здоров'я змушені реагувати як на зовнішні зміни (наприклад, у законодавчих актах, потребах населення), так і на зміни внутрішнього характеру (наприклад, в частині організаційної перебудови, необхідності вдосконалення мотиваційного механізму впливу на персонал тощо). Тому, важливим напрямом діяльності організації сфери охорони здоров'я має бути інформаційно-аналітичне забезпечення та його постійне вдосконалення.

Інформаційне забезпечення охорони здоров'я є системою, яка включає комплекс елементів, що постійно змінюються. Це вимагає постійного коригування її роботи через впровадження сучасних технологій збору та обробки інформації. Вирішення проблеми інформаційного забезпечення охорони здоров'я в жодному разі не може обмежуватися питанням інформатизації, оскільки в основу модернізації сфери охорони здоров'я повинні бути покладені організаційні та інші заходи, засновані на детальному аналізі інформаційного середовища, яке швидко змінюється. Одним з інноваційних напрямів в управлінні охороною здоров'я є удосконалення розвитку інформаційної системи галузі, що набуває актуальності на шляху її реформування. Інформаційна система охорони здоров'я передбачає створення однорідного простору, формування універсальної системи соціального та медичного забезпечення, дотримання єдиних соціальних і медичних стандартів.

Обсяг функцій охорони здоров'я визначається нормативно-правовими підставами, соціально-економічним потенціалом адміністративних одиниць держави, складністю обслуговування інформаційних каналів, що потребує концентрації зусиль для підвищення результативності управління. Об'єднання інформаційних ресурсів регіональних і місцевих органів влади в єдине інформаційне поле, створення баз даних, що постійно оновлюються, автоматизація робочих місць є характерними ознаками сучасної системи управління. У цьому контексті діяльність органів влади щодо питань охорони здоров'я потребує вдосконалення і пошуку нових підходів до підвищення якості управління і надання медичних послуг. Досвід окремих регіонів України, де впродовж останніх років

цілеспрямовано реалізовувалася концепція інформатизації, свідчить, що підвищення якості надання медичних послуг населенню значною мірою залежить від оперативності впровадження й широти застосування новітніх інформаційних технологій [28]. Тому, головною метою держави, сформульованою у Законі України "Про Національну програму інформатизації", є створення умов для забезпечення окремих громадян та суспільства своєчасною, достовірною та повною інформацією шляхом широкого використання інформаційних технологій і забезпечення інформаційної безпеки держави [12].

На виконання законодавчих та розпорядчих документів в Україні поступово вводяться різні форми інформатизації суспільних процесів у системі надання послуг, зокрема в охороні здоров'я.

Інформаційне забезпечення діяльності охорони здоров'я може здійснюватися профільними структурними підрозділами органів влади та лікувально-профілактичними закладами. Постійним завданням влади є створення належної системи доступу громадян до інформації щодо забезпечення потреб суспільства в послугах охорони здоров'я шляхом запровадження різних форм та засобів [15]. Інформаційні процеси в охороні здоров'я – це саме ті процеси, які повинні кардинально змінити та поліпшити існуючий стан цієї системи. Методологічною основою галузі є забезпечення успіхів у здійсненні реформ, а вони, зокрема, повинні бути і на основі інформатизації (рис. 2.3).

Роль інформаційно-комунікативного забезпечення діяльності медичних установ в питаннях підвищення якості надання медичних послуг в сучасних умовах зростає, передусім, через те, що робота цих установ в напрямі надання якісних медичних послуг потребує мінімального прогнозованого розвитку, захисту від ризиків, небезпек і викликів.

Специфіка інформаційно-комунікативного забезпечення КНП ТРР «ТЦРЛ» в питаннях підвищення якості надання медичних послуг полягає в забезпеченні посадової особи, яка приймає рішення, необхідною і достатньою кількістю інформації для прийняття єдино правильного, ефективного управлінського рішення.

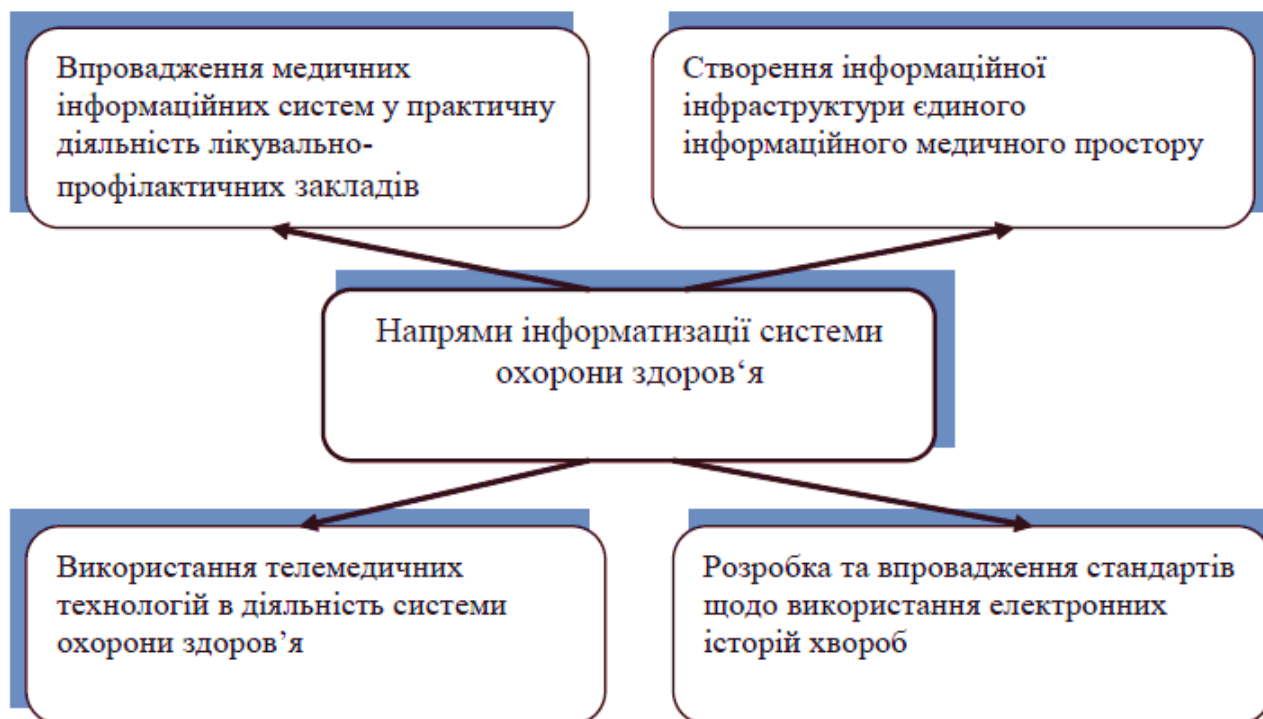


Рис. 2.3. Напрями інформатизації системи охорони здоров'я

Примітка. Сформовано автором за [15]

Основні умови, які необхідні для забезпечення функціонування системи інформаційно-комунікативного забезпечення КНП ТРР «ТЦРЛ» в питаннях підвищення якості надання медичних послуг охоплюють:

- присутність на ринку програмних засобів готових комп'ютерних рішень, які можна використовувати в діяльності лікарні;
- наявність постачальників програмного забезпечення, які можуть проводити навчання персоналу досліджуваної медичної установи та тривалий супровід програм;
- наявність відповідної нормативно-правової бази, яка формує стратегію інформаційної політики, та включає питання ведення нормативно-довідкової інформації, що є обов'язковою, визначення штатних одиниць лікарні із супроводу програмного забезпечення, визначення джерел фінансування комп'ютерної техніки, програмних засобів і телекомунікаційних технологій.

Пріоритетним напрямом інформатизації, що має бути реалізованим з метою належного інформаційно-комунікативного забезпечення КНП ТРР «ТЦРЛ» в

питаннях підвищення якості надання медичних послуг, є впровадження програмного забезпечення, яке слід практично впроваджувати з такою векторністю:

- облік витрат та управління ресурсами лікувальної установи;
- введення системи електронного документообігу;
- ведення медичної статистики;
- формування медичних реєстрів населення в зоні обслуговування лікувального закладу;
- формування баз даних пацієнтів, які знаходяться на обліку в поліклініці та лікувались в стаціонарі;
- облік пільгового забезпечення населення лікарськими засобами;
- електронний обмін документами між структурними підрозділами лікарні і з зовнішнім середовищем.

Необхідність інформаційно-комунікативного забезпечення КНП ТРР «ТЦРЛ» в питаннях підвищення якості надання медичних послуг обумовлюється значними обсягами інформації, які використовує лікарня.

Сучасні інформаційні технології є впливовим фактором у повсякденній діяльності. Для інформування пацієнтів про роботу КНП ТРР «ТЦРЛ» створено власний веб-сайт за адресою: www.trtmo.te.ua.

Кожен бажаючий може ознайомитись з послугами, що надаються лікарнею, працівниками, графіком роботи, новинами, оголошеннями тощо.

В КНП ТРР «ТЦРЛ» працює комп'ютерна локальна та Інтернет мережа, яка об'єднує усі комп'ютери закладу та його філіалів. Доступна wi-fi мережа для відвідувачів закладу.

Згідно вказівок НСЗУ для передачі даних в eHealth, роботи з ЕМЗ діє програма по обслуговуванню пацієнтів модуль «Поліклініка», модуль «Стаціонар», «Приймальне відділення» та всі необхідні функціонали згідно вимог МОЗ, ЕСОЗ, НСЗУ.

Автоматизована інформаційна система "Поліклініка" експлуатується у поліклінічному відділенні лікарні. Використання типової програми дозволяє:

- сформувати базу даних осіб, які прикріплені до поліклінічного відділення;
- вести єдину нормативно-довідкову інформацію;
- отримувати достовірні статистичні звіти;
- вести облік роботи медичного персоналу;
- проводити персоніфікований облік захворюваності, звертань пацієнтів до лікаря;
- здійснювати диспансеризацію населення;
- здійснювати аналіз якості медичного обслуговування.

Автоматизований облік кадрів програмою «Медкадри», медична статистика – формування звітності – програма «Медстат», бухгалтерський облік, проводиться/проводилося чимало реєстрів хворих, з них: реєстр хворих гіпертонією, цукровим діабетом, туберкульозом, психічними захворюваннями, реєстр жінок фертильного віку тощо. Автоматизовано збір показників роботи закладу, що опрацьовуються щоквартально на медичних радах з метою аналізу роботи і за потреби, їх покращення.

В (2011-2016 рр.) працювала Національна програма по туберкульозу, в якій проводилось фіксування виявлених, завдяки відділу профілактики, діагностичним можливостям, наявним у лікарні хворих закладу, в загальнонаціональну комп'ютерну мережу. На теперішній момент функціонує програма ТВ «Manager» - електронний реєстр хворих на туберкульоз.

Реєстр хворих з цукровим діабетом, що потребують інсулінотерапії на теперішній час проводиться через програму «Новодіаб», попередні роки всі хворі на діабет реєструвалися програмою «Синадіаб».

Реєстрація відвідувань пацієнтів з розладами психіки ведеться через сервіс звітності інформаційної системи НСЗУ ЕСОЗ 066.

Проводиться постійний контроль за обґрунтованістю видачі лікарняних листків і термінами перебування хворого на лікарняному листку ,а також проводиться навчання по переходу на електронний варіант роботи.

Ефективність лікувального процесу, якість оздоровлення населення в значній мірі залежить від рівня діяльності параклінічних служб. Рентгенологічні кабінети

– через програмне забезпечення рентгенологічної діагностичної системи HF-51 (HF-81) (рентгеноскопія, флюорографія, холецистографія, урографія, мамографія, метросальпінгографія), кабінети функціональної діагностики - також відповідними програмами, наданими постачальниками апаратури (електрокардіографія, спірографія, велохронометрія, холтеровське моніторування ЕКГ, ехокардіографія (ультразвукове обстеження серця), ендоскопічний кабінет, колоноскопія, гастродуоденоскопія, кабінет УЗД програмне забезпечення Sonoace R7, лабораторії наявні в КНП ТРР «ТЦРЛ», оснащені комп'ютерною технікою та функціоналом передачі даних досліджень вузьким спеціалістам .

В КНП ТРР «ТЦРЛ» надається цілодобова планова та невідкладна хірургічна допомога. Пацієнти мають можливість пройти повне обстеження та доопераційну підготовку. Робота стаціонару налагоджена від приймального відділення до виписки через функціонал «Стаціонар» між усіма відділеннями закладу мережею Інтернет.

Центральна районна поліклініка проводить клініко-діагностичний прийом, консультацію, обстеження, реабілітацію хворих по 29 спеціалізаціях, спеціалісти яких також забезпечені комп'ютерною технікою, проводиться запис на прийом згідно графіку роботи лікаря за допомогою програми «Поліклініка».

На постійній основі в КНП ТРР «ТЦРЛ» проводяться вебіари для користувачів, спілкування з спеціалістами та онлайн підтримкою. Діяльність закладу здійснюється у відповідності до плану основних організаційних заходів, який знаходить відображення у кварталних та місячних звітах. Приміщення для роботи з апаратурою пристосовані для безпечної роботи, проводиться навчання по техніці безпеки з працівниками закладу.

В розпорядженні КНП ТРР «ТЦРЛ» є всі необхідні засоби для надання медичної допомоги дітям, підліткам та дорослим, заключаються договори по наданню послуг з розміщення веб-сайту, віртуального серверу (хостінгу), реєстрації доменного імені у мережі Інтернет, послуг провайдерів, договори про надання інформаційних послуг з їх надавачами, розробниками програм. КНП ТРР «ТЦРЛ» знаходить можливості щороку удосконалювати свою інформаційно-

технічну базу, що дозволяє надавати всім пацієнтам медичну допомогу, яка відповідає належним стандартам.

Висновки до розділу 2

Комунальне некомерційне підприємство Тернопільської районної ради «Тернопільська центральна районна лікарня» (надалі – КНП ТРР «Тернопільська центральна районна лікарня») є лікарняним (амбулаторним) закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає послуги вторинної/спеціалізованої медичної допомоги будь-яким особам в порядку та на умовах, встановлених законодавством України.

У сучасному світі все більшої ваги набуває якість послуг в усіх галузях економіки. Причиною цього є розвиток технологій, глобалізація ринків, зростання конкуренції, а також більше усвідомлення клієнтами своїх власних потреб та очікувань. Медичні послуги належать до найбільш потрібних суспільству. Мабуть, немає людини, яка б жодного разу в житті не скористалася медичною послугою. З іншого боку, медичні послуги дуже специфічні: їм властива велика працеемність і відсутність гарантій щодо позитивного результату.

Якість медичної послуги набуває дещо іншого значення у сприйнятті кожного окремого зацікавленого суб'єкта. Для пацієнтів передусім важливий результат, отриманий внаслідок надання послуги, а також її матеріальні складники. Для медичних працівників якість – це відповідність стандартам, якомога більш професійне, компетентне і сумлінне надання послуги. Керівництво закладу охорони здоров'я зосереджує увагу на належному виконанні нормативів та вимог, щоб уникнути скарг та можливих санкцій. Крім того, за умови наявності важелів, які б гарантували медичним працівникам і керівництву закладу охорони здоров'я отримання матеріальної винагороди за покращення якості послуг, вони будуть зацікавлені також у збільшенні конкурентоздатності й сучасності своїх послуг, у кінцевому фінансовому аспекті, пов'язаному з наданням послуги.

Узагальнюючи проведені дослідження можемо сформулювати певні положення, що дозволять удосконалити діючі механізми управління системою

охорони здоров'я на всіх рівнях та підвищити якість медичних послуг, гарантованих державою:

на рівні центральних органів виконавчої влади:

– розробити концептуальні засади державної політики якості надання медичної допомоги з метою орієнтування системи управління охороною здоров'я на вирішення проблем підвищення, гарантування доступності та безпеки такої допомоги;

– розробити чіткі критерії якості медичної допомоги, встановити вимоги до її забезпечення та регламентувати відповідальність за не належну якість і рівень надання допомоги, допущені помилки та дефекти в медичній практиці;

– здійснювати підтримку та сприяти формуванню ринку медичних послуг в Україні, що дозволить громадянам забезпечити компетентний вибір найбільш ефективного надавача медичної допомоги за критеріями якості та сприятиме здоровій конкуренції на засадах гарантії її якості і безпеки;

– прискорити запровадження професійного ліцензування медичної практики та реального лікарського самоврядування в закладах охорони здоров'я, що здійснюють реорганізаційні зміни в системі управління;

на рівні закладу охорони здоров'я:

– розвивати практику розроблення та впровадження сучасних моделей (систем) якості в діяльність медичного закладу, що дозволить забезпечити пряму залежність якості медичної допомоги від системи управління. Такими моделями можуть стати: система міжнародних стандартів якості ISO 9001; Моделі досконалості (EFQM); системи якості Міжнародного товариства якості охорони здоров'я (ISQua), моделі спільна комісія з акредитації організацій охорони здоров'я (JCAHO), моделі постійного покращання (Associates in Process Improvement);

– впроваджувати ефективні комунікативні технології та налагоджувати взаємини між медичними працівниками(надавачами послуг) закладу охорони здоров'я та пацієнтами (споживачами послуг) та їх документальне оформлення; постійно аналізувати обґрунтовані скарги пацієнтів та вносити корегування в процес гарантування безпеки пацієнтів;

– постійно моніторити всі зміни в лікувальному процесі, які впливають на

якість надання медичної допомоги;

- забезпечувати постійний професійний розвиток медичного персоналу, посилювати його мотивацію та задоволеність роботою за рахунок кращої її організації та безпеки;

- створювати умови для своєчасного впровадження нових медико-технологічних документів на засадах доказової медицини;

- забезпечувати впровадження системи моніторингу індикаторів якості медичної допомоги, які в них визначені;

- запроваджувати елементи самооцінювання діяльності закладу охорони здоров'я в контексті підвищення якості надання медичної допомоги.

Інформаційне забезпечення охорони здоров'я є системою, яка включає комплекс елементів, що постійно змінюються. Це вимагає постійного коригування її роботи через впровадження сучасних технологій збору та обробки інформації. Вирішення проблеми інформаційного забезпечення охорони здоров'я в жодному разі не може обмежуватися питанням інформатизації, оскільки в основу модернізації сфери охорони здоров'я повинні бути покладені організаційні та інші заходи, засновані на детальному аналізі інформаційного середовища, яке швидко змінюється. Одним з інноваційних напрямів в управлінні охороною здоров'я є удосконалення розвитку інформаційної системи галузі, що набуває актуальності на шляху її реформування. Інформаційна система охорони здоров'я передбачає створення однорідного простору, формування універсальної системи соціального та медичного забезпечення, дотримання єдиних соціальних і медичних стандартів.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

3.1. Інституційне забезпечення механізму державного регулювання надання медичних послуг

Піднімаючи проблему становлення і розвитку ринку медичних послуг, варто виокремити дві моделі її розв'язання: загальноринкову та інституційну.

Перша обумовлена діалектикою відносин в системі товарних ринків (ринків послуг), рівнем взаємовпливу їх складових: попит, пропозиція, вартість, ціна. О. Є. Гапонова вважає, що модель загальноринкового підходу у формуванні ринку медичних послуг має такі особливості: має мати місце «підвищення рівня використання медичних послуг серед цільових груп (позиціонування) ринку; для збереження ефективності ринок медичних послуг повинен бути сегментований на однорідні ринки (групи) з подібними потребами і характеристиками; формування ринку медичних послуг має відбуватися з врахуванням потреб кожного сектору (державного, комунального, приватного)...» [8, 94-96].

Інституційна модель формування ринку медичних послуг передбачає розгляд і організацію цього процесу через призму інституціональних перетворень, розвиток і становлення нових інститутів або трансформацію існуючих. Це стосується і цілеспрямованих дій держави по реформуванню системи охорони здоров'я.

І в першому, і в другому випадку до уваги варто взяти стримуючі і стимулюючі чинники цього процесу.

Діагностика процесів становлення та розвитку регіональних ринків медичних послуг через призму першої моделі показує кілька важливих для розуміння їх сутності явищ: відносно низький попит на платні медичні послуги через вкоріненість патерналізму, бідність населення, значний обсяг «відкладеного попиту»; суперечливість інтересів суб'єктів ринку – схильність споживачів ринку до надмірного споживання у зв'язку з тривалою практикою безкоштовної медичної

допомоги; несформованість культури турботи про здоров'я; неузгодженість і складність взаємодії основних груп контрагентів даного ринку – банківських та фінансових установ, держави, громадян, інших медичних закладів.

Ринку, що знаходиться в процесі трансформації, характерні: секторальна і просторова територіальна асиметрія; диспропорційність в пропозиції медичних продуктів; неокресленість сфер медичного обслуговування за ознаками прибутковості і проблемності; невпорядкованість системи відносин; нестабільність рамкових умов функціонування.

На невпорядкованість системи відносин на національному ринку медичних послуг тривалий час впливали: невизначеність статусу державних і комунальних медичних установ і організацій; певна невизначеність щодо надання платних медичних послуг у публічному секторі охорони здоров'я.

Одним з перших кроків медичної реформи в Україні стало: набуття закладами охорони здоров'я статусу державного (казенного) некомерційного і комунального некомерційного закладу охорони здоров'я (з часом підприємства), затвердження МОЗ України переліку платних медичних послуг у публічному секторі охорони здоров'я.

Законом України «Основи законодавства про охорону здоров'я» (ст. 16, 17, 33) визначено сутність підприємницької діяльності, пов'язаної з організацією медичної практики на базі трьох основних форм власності – державної, комунальної, приватної.

Визначено, що основними інституційними регуляторами цих ринків і підприємницької діяльності на них є ліцензування, акредитація закладів охорони здоров'я, контроль за дотриманням ліцензійних умов, стандарти в сфері охорони здоров'я.

Основними трансформаційними змінами на національному ринку медичних послуг стали зміни, обумовлені започаткуванням і проведенням медичної реформи, яка реалізується в два етапи: перший (2017р.), що мав за мету ухвалення законодавчих актів та проведення консультацій з громадськістю, впровадження нової моделі фінансування первинної медичної допомоги, започаткування робіт з

упорядкування мережі, створення госпітальних округів; другий (2018-2019р.) – впровадження реформи, 2020р. – реформування другого рівня медичної допомоги, введення посад менеджерів в систему охорони здоров'я (що відповідає зміні статусу закладів охорони здоров'я), запровадження гарантованого пакету медичної допомоги на всіх рівнях.

На характер і процес становлення ринку медичних послуг найбільшою мірою вплинули такі результати реформування. Це, перш за все, створення електронного реєстру пацієнтів, що дозволяє сформувати уявлення про чисельність і контингент споживачів послуг, створити інформаційну базу для оцінки потенційного попиту. Другим важливим результатом стало укладення декларацій з пацієнтами, що надало узаконеного статусу поняттю «медична послуга», адже саме наявність контрактної форми (характеристика ринку за теорією контрактів) дозволяє відрізнити медичну послугу від медичної допомоги і визнати її надання медичними суб'єктами державної і комунальної власності.

Відповідно, відбулось, як уже зазначалося вище, перетворення бюджетних установ на державні (казенні) і комунальні некомерційні підприємства, що за умов відсутності права приватизації медичних установ в Україні, означає реалізацію моделі їх автономізації. Одночасно інтегрована модель розподілу ресурсів замінюється моделлю контрактних відносин в площині «влада-заклад» (підприємство), якій відповідає модель закупівель медичних послуг, впровадження договірних відносин між постачальниками медичних послуг. З огляду на складність проблеми, процес даного типу перетворень є незавершеним, що викликає низку ознак для дискусії і по суті залишається однією з ланок алгоритму другого етапу реформи (2018-2020р.р.). Результатом першого етапу реформ також варто вважати реалізацію завдання оптимізації мережі в сільській місцевості, яка в даний час уже представлена центрами первинної медичної допомоги, амбулаторіями групової практики, амбулаторіями монопрактики, пунктами здоров'я.

В умовах децентралізації виникає проблема фінансового забезпечення процесів надання медичних послуг, оскільки реально формується модель

багатоканального фінансування, складовими якої є кошти державного бюджету в розпорядженні Національної служби охорони здоров'я (НСЗУ) (60%-40%); кошти місцевих бюджетів (40%-60%); кошти, виділені під реалізацію цільових програм, кошти домогосподарств, кошти підприємств і кошти страхових компаній.

В рамках другого етапу реформи здійснено або здійснюються інші реформаторські дії. У 2020 р. на виконання Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» повністю запрацює програма медичних гарантій [47]. Національна служба здоров'я (НСЗУ) буде закуповувати медичні послуги у закладах охорони здоров'я всіх рівнів надання медичної допомоги, організаційно-правових форм (крім бюджетної установи) та форм власності і оплачувати їх за договором. Таким чином позиціонується право надавачів медичних послуг на бюджетне фінансування через процедуру закупівель медичних послуг, що супроводжується вимогою держави дотримання надавачами умов надання послуг та специфікації на конкретні послуги.

Обов'язковими умовами для укладення договорів з НСЗУ залишаються автономізація закладу (перетворення в комунальне некомерційне підприємство), комп'ютеризація. Підключення до ЦБ ЕСОЗ через обраний МІС, наявність діючої ліцензії на надання медичної допомоги, підписання договору з НСЗУ.

Вимоги до надання послуг згруповані в пакети медичних послуг. Пакет медичних послуг складається з переліку медичних послуг, до яких застосовується єдиний опис щодо специфікацій послуг і єдиних умов надання. Всі послуги, що включені до пакету, будуть оплачені з використанням єдиного типу тарифу.

Визначено основні пакети в розрізі: екстрена медична допомога; первинна медична допомога; вторинна (спеціалізована) і третинна (високоспеціалізована) допомога; паліативна медична допомога; реабілітаційна медична допомога. Визначені специфікації умови закупівлі ліків.

Враховуючи специфіку ринку медичних послуг, що формується, участь в ньому держави в особі НСЗУ, актуальними постають проблеми регуляторного середовища, аналіз витрат і фінансових ризиків.

З метою відпрацювання механізму взаємодії провайдерів медичної допомоги

з платником (НСЗУ) при переході до фінансування та надання вторинної і висококваліфікованої допомоги за моделлю державних фінансових гарантій започатковані пілотні проекти (до прикладу Полтавський пілотний проект). Затверджені національні класифікатори (австрійська модифікація): НК 025:2019 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»; Національний класифікатор НК 026:2019 «Класифікатор медичних інтервенцій (АСНІ) [20]. Розроблена Програма «Впровадження регіональних систем Ефективне управління мережами медичних закладів в умовах децентралізації на основі ціннісно-орієнтованого підходу до медичного догляду».

Затверджено уточнений перелік платних послуг у державних і комунальних закладах охорони здоров'я: 1) косметологічна допомога; 2) анонімне обстеження хвороб, що передаються статевим шляхом; 3) лікування безпліддя, в т.ч. запліднення; 4) оздоровчі масажі, гімнастика, бальнеологічні процедури; 5) консультування і лікування осіб з вокальними порушеннями; 6) лікування логоневрозів у дорослих; 7) операції штучного переривання вагітності; 8) медичні огляди для виїзної візи; 9) протезування; 10) корекція зору; 11) стоматологічна допомога; 12) медичне обслуговування закладів відпочинку; 13) медична допомога хворим на дому; 14) лабораторні, діагностичні, консультаційні послуги без направлення; 15) і т.д., всього 34 види [62].

Другий етап медичної реформи стартував 1.04.2020 р. В ньому задіяні медичні заклади (підприємства), які надають спеціалізовану (районні, міські) та висококваліфіковану медичну допомогу.

Це вплине на зміну характеру відносин на ринку медичних послуг, що стосуватиметься як споживачів, так і їх надавачів. Філософія надання медичних послуг зміниться радикально. По-перше, усунута буде прив'язка пацієнтів і фінансування до районних чи міських лікарень. Гроші за надану медичну послугу НСЗУ заплатять тій лікарні, яку обере пацієнт. Тобто кошти підуть за пацієнтом, що за оцінками НСЗУ створить середовище конкуренції між медичними закладами, зросте значимість оснащення лікарень, якості послуг, розшириться право вибору споживача медичної послуги відповідного їх провайдера.

Організаційно відносини на ринку виглядатимуть наступним чином: НСЗУ оплачуватиме медичні послуги лікарень другого і третього рівня лише за скерування сімейного лікаря відповідно до затверджених тарифів; без контролю і скерування сімейного лікаря пацієнт платить з своєї кишені; запроваджено буде систему скерувань до спеціалістів.

Зазначене актуалізує проблему готовності споживачів і надавачів медичних послуг до роботи в новому режимі. Моніторинг готовності системи до подальшого реформування засвідчує наступне: затверджений порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 р.; започатковано прийом пропозицій щодо укладення договорів про медичне обслуговування населення за Програмою медичних гарантій у 2020 р.; медичні заклади автономізовані; визначена їх організаційно-правова форма – державні і комунальні підприємства, зазначені в Єдиному державному реєстрі (ЄДР); відкриті рахунки в органах Державної казначейської служби, рахунки в банку, на який надходитимуть кошти від НСЗУ.

Актуальними залишаються проблеми, які мають розв'язувати комунальні підприємства, що фактично для забезпечення своєї роботи, як учасника ринку, визначає їх логіку дій: розроблення стратегічного плану розвитку лікарні; зміну організаційно-правової форми, автономізація; отримання ліцензії на медичну практику; комп'ютеризацію, забезпечення кожного робочого місця комп'ютером, підключення до «Е-Health» (електронної системи охорони здоров'я); розроблення фінансового плану; укладання колективного договору на підприємстві; контракування (підписання договору з НСЗУ).

Фактично, це ще раз підтверджує вказане нами вище, що мова йде про формування контрактної моделі національного ринку медичних послуг, оскільки право на контракування поширюється на суб'єктів ринку всіх форм власності.

Аналіз моделі інституційного формування ринку медичних послуг в Україні засвідчує низку проблем і ризиків та прогнозованих тенденцій.

По-перше, з трикутника «держава-лікар-пацієнт» виключено фактичного надавача послуг – лікаря, а включено менеджера (помічника в організації послуг),

що консервує загрозу збереження тіньового ринку (надання послуг в «кишеню»).

По-друге, в умовах складної економічної ситуації в країні, дефіциті державного бюджету і місцевих бюджетів, держава не зможе покривати високотехнологічну допомогу. А оскільки через економічне становище країни не можливо швидко створити адекватну систему страхування, є загроза відтоку спеціалістів в приватний сектор медицини, а відтак високої конкуренції в приватній медицині без гарантій якості, що вигідно менеджменту приватних клінік.

По-третє, відкриваються можливості більш високих темпів розвитку приватного сегменту ринку медичних послуг. Уже на сьогодні на національному та регіональних ринках медичних послуг працюють такі відомі клініки приватної медицини як Медичний центр «Медіком», що охоплює 10 закладів і поширив свою мережу на Київську і Одеську області, ТОВ «Сінево Україна», ТОВ «Сінево Схід» з мережею 224 заклади в 76 населених пунктах регіонів країни, ТОВ «Незалежна лабораторія «ІНВІТРО» (58 закладів у 28 населених пунктах), ТОВ «Смартлаб», що нараховує 63 заклади, які дислокуються в 17 населених пунктах регіонів, ТОВ «МЛ «ДІЛА» (74 заклади у 27 населених пунктах) та інші.

По-четверте, викликає сумнів, що приватні клініки врят чи будуть зацікавлені в договорах з НСЗУ без співоплати, тому є загроза, що їх пацієнти будуть сплачувати лікування повністю.

По-п'яте, суттєвих змін може зазнати структура медичних послуг. Це стосуватиметься скорочення частини медичних послуг, для яких характерна висока собівартість, і дрейфу структури послуг в користь високоприбуткових. Лише при досконалій конкуренції загрозливих деформацій можна уникнути, забезпечивши збалансованість попиту і пропозиції.

По-шосте, успішність реформування в системі медичного обслуговування, формування ринку медичних послуг значною мірою залежатиме від успіху адміністративно-територіальної реформи, завершення процесів децентралізації.

Інституційне закріплення в Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 13.07.2017 р., нових технологій фінансування формально створює умови для: появи у лікарень власного бюджету і

права вибору варіанта їх витрачання; появи конкуренції між провайдерами однакових послуг; перетворення пацієнтів в роботодавця для лікаря; поділу медичних послуг на платні, частково оплачувані державою, безкоштовні; імплементації програми медичних гарантій, підкріпленої щорічним фінансуванням у розмірі 5% ВВП; створення умов для використання полісів добровільного медичного страхування [8, 44-47]. Реально це залежатиме від стану економіки країни та ступеня розвинутої страхового ринку.

Аналіз оцінок експертного середовища свідчить, що розбіжність думок про модель медицини в Україні (державної чи приватної, бюджетної чи страхової). Немає єдиної думки щодо участі приватних закладів в реформі і їх впливу на структурні зміни всередині системи. Прогнозуються такі тенденції:

- зростання мереж приватних медичних центрів з низьким прайсом. За рахунок великої масовості споживчих послуг, вони можуть стати рентабельними;
- розвиток державно-приватного (публічно-приватного) партнерства;
- загострення конкуренції між державними і приватними закладами;
- стримуючим чинником розвитку ринку може стати ризиковість участі приватних клінік у наданні послуг в рамках медичних реформ (закладені тарифи на рік не зможуть повністю покрити витрати на лікування, які понесуть приватні клініки [68]).

Не зважаючи на зазначене, можна стверджувати, що фактично закладаються основи для ринкової моделі медицини з участю держави, що створює певні виклики для менеджменту медичних суб'єктів – підприємств (провайдерів медичних послуг) і публічного управління.

Стосовно підготовки до переходу до нової моделі функціонування охорони здоров'я для менеджменту медичних закладів різних форм власності важливо:

- 1) виявляти можливість і готовність населення (країни, регіону, міста, району) до споживання окремих видів медичних послуг, які надає цей заклад. Адже саме цей контингент споживачів може виступити гарантом формування бюджету медичного підприємства для забезпечення функціональної діяльності та збереження і розвитку висококваліфікованого персоналу;

2) реалізувати політику залучення партнерів – страхових компаній, благодійних фондів, волонтерських організацій, юридичних служб, банків, асоціацій споживачів, центрів підвищення кваліфікації персоналу, закладів торгівлі у сфері реалізації лікарських засобів і предметів санітарної допомоги, діагностичних та інших закладів охорони здоров'я для забезпечення безперебійного та якісного надання медичних послуг;

3) зосередити увагу на освоєнні та імплементації інновацій в методиках лікування, нових технологій лікування і оздоровлення;

4) імплементувати в практику сучасні системи контролю якості надання медичних послуг і дотримання стандартів лікування;

5) розширити практику проведення різних форм підвищення кваліфікації, обміну досвідом, тренінгів, в т.ч. щодо підготовки до переходу до страхової медицини.

Зміна системи охорони здоров'я, створення і розвиток ринків медичних послуг створює нове середовище їх надання, якому характерна імплементація механізму відносин «держава-орган місцевого самоврядування-заклад охорони здоров'я (некомерційне підприємство), приватний підприємець-пацієнт». З огляду на те, що процес трансформації відносин охопив всі рівні адміністративно-територіальної системи країни, та враховуючи проблему посилення економічної і соціальної безпеки, нові виклики постають перед публічним управлінням, зокрема:

1) необхідність посилення контролю за дотриманням ліцензійних умов і ухиленням деяких закладів від акредитації, дотриманням стандартів приватними медичними закладами та фізичними особами, що надають медичні послуги;

2) сприяння створенню спеціалізованих медико-юридичних служб для юридичного консультування стейкхолдерів ринку та медичного персоналу;

3) формування чіткої позиції щодо подальшої участі державного і комунального сектору в розвитку ринку медичних послуг і фінансуванні, а також щодо імплементації страхової медицини. Загроза невизначеності і неможливості створення страхової медицини в короткий період супроводжується тим, що основний фінансовий тягар у 2018-2019р.р., як і у 2015-2017 р.р. падає на

домогосподарства. Якщо у 2017 р. загальні видатки на охорону здоров'я на душу населення в Україні склали 181,3 дол. США, то державні лише 96,6 дол.США або 50% [68]. З 97,7% домогосподарств, які потребували медичної допомоги, як уже вказувалося, 22,7% вказали про її недоступність [68];

4) вирішення проблеми оптимізації медичної інфраструктури за умови реформи бюджетної децентралізації і утримання некомерційних комунальних підприємств, що надають медичні послуги, органами місцевої влади, а також через існування проблеми неспівпадіння функціональних утворень – госпітальних округів з межами сформованих територіальних громад та усунення конфліктів в процесі просторового розвитку;

5) необхідність організації досліджень регіональних і локальних ринків медичних послуг з метою виявлення просторових асиметрій, проблем невідповідності розмірів фінансування в частині, що гарантується населенню;

б) активізація процесів формування і реалізації проектів публічно-приватного партнерства, вироблення стратегії розвитку медицини в рамках стратегій розвитку об'єднаних територіальних громад, імплементація практики аналізування рівня конкуренції на регіональних і локальних ринках послуг; розроблення та реалізації програм підтримки підприємництва на цих ринках.

В полі зору менеджменту медичних суб'єктів і органів публічної влади мають стати такі спільні проблеми як розвиток сумісних ринків, переходу до страхової медицини, легалізації тіньового ринку, створення моделі взаємодії влади і виробників медичних послуг в регіоні, адміністративному районі, госпітальному окрузі, об'єднаній територіальній громаді.

Вкрай актуальною залишається проблема статистичного відображення трансформаційних процесів на ринку медичних послуг за основними індикаторами.

Формування ринку медичних послуг вимагає розбудови інститутів публічного управління. Законодавчо необхідно закріпити статус інституту професійного самоврядування, організованого для соціально-правового захисту фахівців медичної та правової сфери, зокрема прийняття законів «Про

самоврядування медичних професій в Україні», «Про професійне самоврядування медичних професій в Україні».

3.2. Удосконалення механізмів державного регулювання охорони здоров'я населення

Розглядаючи механізми державного регулювання сфери охорони здоров'я зокрема, можна виділити сукупність цілей, принципів і методів адміністративного, економічного, правового і соціального характеру, які здійснюються державою за допомогою набору інструментів з метою забезпечення динамічного і ефективного розвитку сфери охорони здоров'я країни (рис. 3.1).

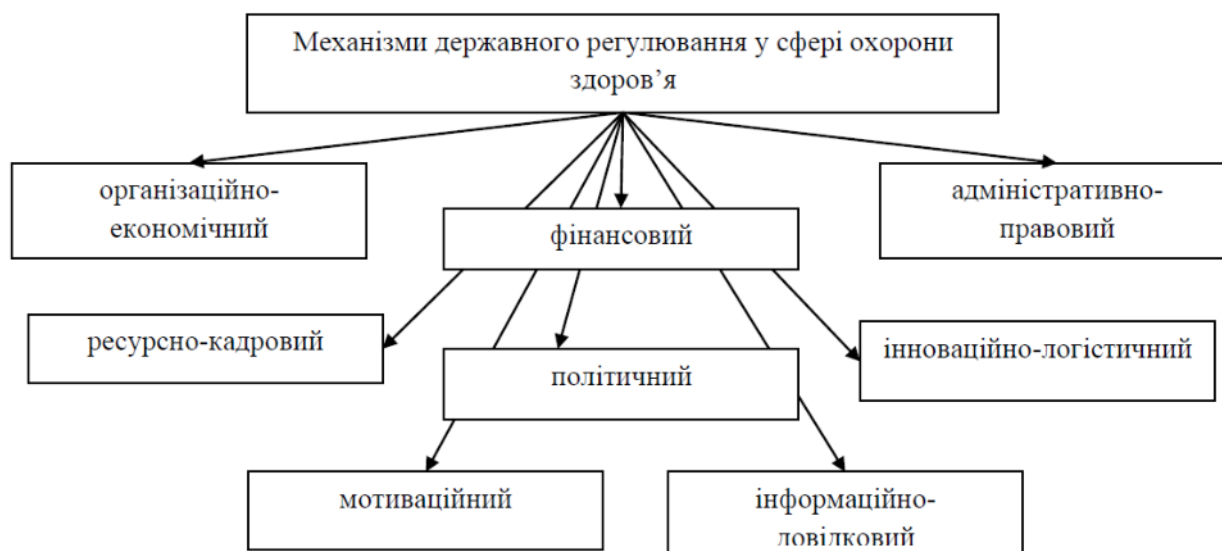


Рис. 3.1. Механізми державного регулювання у сфері охорони здоров'я

Примітка. Сформовано автором за [40]

Концептуальне бачення створення суспільно–солідарної системи організації та багатоканальної системи фінансування медичної галузі базується на таких принципах в організації та наданні медичної допомоги, як доступність, якість та соціальна рівність.

Зазначимо, що результати якості проведення реформ систем охорони здоров'я в світі свідчать про можливість вибору одного з двох шляхів. Перший з

них – це удосконалення існуючої моделі, а другий (який набагато складніше) – це перехід до принципово іншої моделі.

Удосконалення існуючої в Україні державно-комунальної моделі охорони здоров'я повинне бути проведене шляхом створення двох секторів медичної допомоги: сектора загальнодоступної медичної допомоги та сектора додаткових можливостей в сфері охорони здоров'я.

Фінансування сектора загальнодоступної медичної допомоги забезпечить охорону здоров'я всіх категорій населення за всіма видами захворювань, травм, допомоги при вагітності та пологах (рівень життєзабезпечення людини; загальна доступність і кошти Фонду загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування (застраховані особи) – рівень збереження здоров'я.

Вплив державно-владних повноважень на громадян (формується громадська основа) досягається в результаті консенсусу між суб'єктами, які визначають державну політику у Верховній Раді України.

В результаті здійснення таких дій державного впливу (примусу), через механізм державного і місцевого бюджетів, Фонду загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування акумулюються кошти (солідарна основа) для забезпечення охорони здоров'я, отримання медичних послуг при стані, що загрожує життю та здоров'ю, на гарантованій та доступній основі, відповідно до затверджених медико-технологічних стандартів, які визначаються Державною програмою гарантованого рівня медичного забезпечення. Таким чином, сектор загальнодоступної медичної допомоги трактується як державно-солідарний сектор охорони здоров'я.

З огляду на дефіцит бюджетних коштів, прогнозований недостатній обсяг коштів обов'язкового соціального медичного страхування, ми об'єктивно стикаємося з необхідністю та можливістю формування й розвитку сектора додаткових можливостей в сфері охорони здоров'я.

Сектор додаткових можливостей в сфері охорони здоров'я має в своїй структурі дві складові:

- суспільно-солідарний сектор охорони здоров'я (лікарняні каси);

– приватно-солідарний сектор охорони здоров'я (добровільне медичне страхування).

З метою розуміння питань розмежування фінансових потоків, які направляються з різних джерел (секторів медичної допомоги) і чіткого визначення організаційної форми пропонується ввести в науковий обіг такі поняття:

Суспільно-солідарний сектор охорони здоров'я – розглядається як добровільне некомерційне громадське об'єднання, створене на основі єдності інтересів для спільної реалізації громадянами, які утворили його, своїх прав і свобод у сфері охорони здоров'я, надання медичної допомоги особам, які її потребують, згідно із затвердженими медико–технологічними стандартами, які визначаються членськими комплексними медичними програмами;

Приватно-солідарний сектор охорони здоров'я – сектор, де грошова компенсація витрат, пов'язаних з наданням медичних послуг застрахованим особам, здійснюється страховими компаніями на підставі укладених раніше угод про добровільне медичне страхування.

Суспільно-солідарне фінансування охорони здоров'я – фінансове забезпечення медичних послуг в сфері охорони здоров'я солідарно накопиченими коштами членів громадських організацій, основними статутними напрямками діяльності яких є проведення оздоровчих та лікувальних заходів членам організації в рамках затверджених членських комплексних медичних програм, а також надання заходів сприяння розвитку охорони здоров'я;

– приватно-солідарне фінансування охорони здоров'я розглядається як фінансове забезпечення застрахованим особам повної або часткової компенсації страховою компанією страхових виплат солідарно накопиченими коштами застрахованих осіб за надання лікувальними установами медичних послуг, покриття яких передбачено договорами про добровільне медичне страхування.

Таким чином, надання медичної допомоги в системі охорони здоров'я необхідно організаційно розділити на три сектори (рис. 3.2).

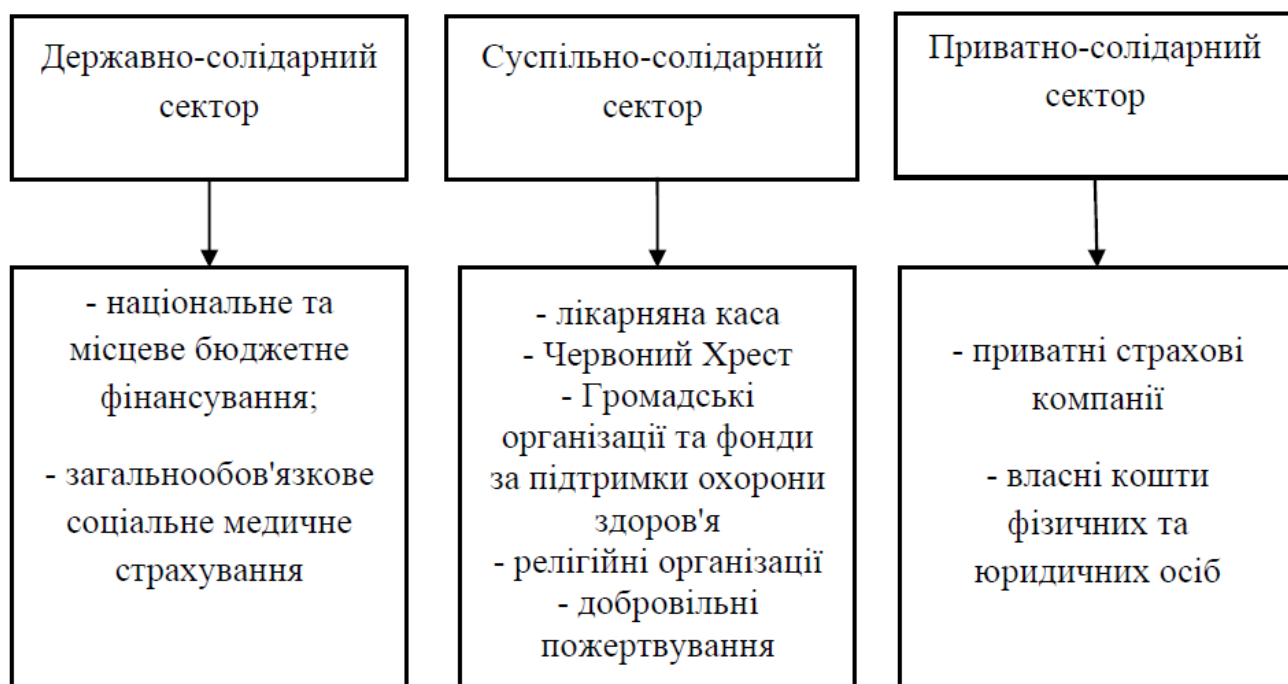


Рис. 3.2. Сектори системи охорони здоров'я

Примітка. Сформовано автором самостійно

У кожному з секторів (рис. 3.3) надаватиметься медична допомога з чітко вираженим поділом потоків фінансування (державно–солідарне, суспільно–солідарне або приватно–солідарне фінансування). Таким чином формується багатоканальна система фінансування охорони здоров'я.

На підставі вищевикладеної суспільно–солідарної системи охорони здоров'я пропонуємо розглядати наступним чином: суспільно–солідарна система охорони здоров'я – це модель охорони здоров'я, в якій суб'єктами різних форм власності надається медична допомога (послуги) за рахунок солідарно накопичених фінансових ресурсів на принципах справедливості, соціальної рівності та участі громадян у формуванні політики охорони здоров'я з метою поліпшення доступності та якості медичної допомоги.

Таким чином, в сучасних соціально-економічних умовах пріоритетом подальшого розвитку державного управління охороною здоров'я є формування керованої стратегії розвитку охорони здоров'я через впровадження ефективної солідарної системи (в державно-солідарних, суспільно-солідарних і / або ринково-солідарних формах).

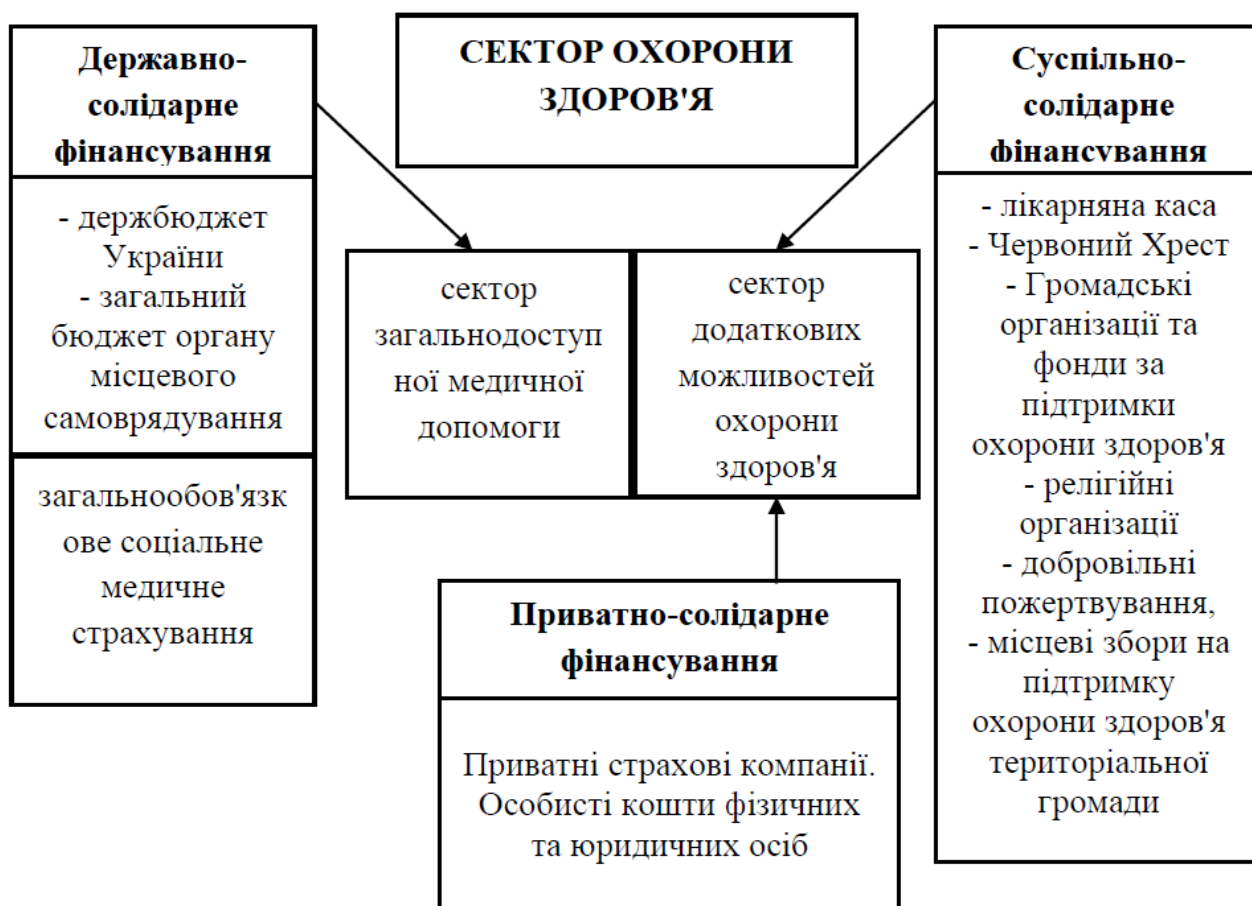


Рис. 3.3. Джерела фінансування охорони здоров'я

Примітка. Сформовано автором самостійно

Така стратегія має ґрунтуватися на принципах побудови соціально спрямованого суспільства (з урахуванням принципів соціальної рівності, справедливості та солідарності), з урахуванням конституційної норми безоплатності надання якісної, доступної та своєчасної медичної допомоги.

Державне регулювання суспільно-солідарної системи організації та фінансування охорони здоров'я має ґрунтуватися на таких підставах:

- введення в межах державно-солідарного сектора двох рівнів фінансового забезпечення медичних послуг: перший рівень – базовий – життєзабезпечення (за рахунок бюджетних коштів), другий – основний – збереження здоров'я (за рахунок обов'язкового медичного страхування);

- введення в межах суспільно солідарного і приватно-солідарного секторів третього рівня фінансового забезпечення медичних послуг – сервісного (за рахунок добровільних внесків відповідно до програм добровільного

медичного страхування та лікарняних кас).

Висновки до розділу 3

В умовах децентралізації виникає проблема фінансового забезпечення процесів надання медичних послуг, оскільки реально формується модель багатоканального фінансування, складовими якої є кошти державного бюджету в розпорядженні Національної служби охорони здоров'я (НСЗУ) (60%-40%); кошти місцевих бюджетів (40%-60%); кошти, виділені під реалізацію цільових програм, кошти домогосподарств, кошти підприємств і кошти страхових компаній.

Обов'язковими умовами для укладення договорів з НСЗУ залишаються автономізація закладу (перетворення в комунальне некомерційне підприємство), комп'ютеризація. Підключення до ЦБ ЕСОЗ через обраний МІС, наявність діючої ліцензії на надання медичної допомоги, підписання договору з НСЗУ.

Враховуючи специфіку ринку медичних послуг, що формується, участь в ньому держави в особі НСЗУ, актуальними постають проблеми регуляторного середовища, аналіз витрат і фінансових ризиків.

Формування ринку медичних послуг вимагає розбудови інститутів публічного управління. Законодавчо необхідно закріпити статус інституту професійного самоврядування, організованого для соціально-правового захисту фахівців медичної та правової сфери, зокрема прийняття законів «Про самоврядування медичних професій в Україні», «Про професійне самоврядування медичних професій в Україні».

В сучасних соціально-економічних умовах пріоритетом подальшого розвитку державного управління охороною здоров'я є формування керованої стратегії розвитку охорони здоров'я через впровадження ефективної солідарної системи (в державно-солідарних, суспільно-солідарних і / або ринково-солідарних формах). Така стратегія має ґрунтуватися на принципах побудови соціально спрямованого суспільства (з урахуванням принципів соціальної рівності, справедливості та солідарності), з урахуванням конституційної норми безоплатності надання якісної, доступної та своєчасної медичної допомоги.

ВИСНОВКИ

Система соціального забезпечення України об'єднує: пенсійне забезпечення, державне (обов'язкове) соціальне страхування, медичне страхування. Економічну основу соціального забезпечення складають державний бюджет і кошти соціального страхування. Виплати по соціальному страхуванню провадяться із страхових фондів, які формуються з відрахувань роботодавців. Стан здоров'я населення залишається складним. Україна є «лідером» щодо розповсюдження серйозних захворювань, що пов'язано з недостатнім рівнем забезпечення фінансування заходів із профілактики захворювань та лікування громадян.

В системі української охорони здоров'я останніх років робляться спроби впровадження стандартів медичної допомоги, однак ця робота ускладнена тим, що розробити єдині стандарти для всіх установ України неможливо через їх значної різниці між собою.

Механізм організаційно-економічного забезпечення якості медичних послуг включає сукупність інструментів і методів по розробці принципів, процесів, практичних інструментів його управління, розглядаються як складові якості медичної допомоги. Для оцінки якості медичної допомоги використовується ряд індикаторів, який не розмежовує поняття медичної та готельної послуги, тому для побудови ефективної системи контролю та управління якістю необхідно, в першу чергу, розмежувати ці поняття в структурі медичної допомоги, а також визначити з чого вони складаються і якими є їх кінцеві результати. Це необхідно, в першу чергу, для того, щоб зрозуміти, що і як оцінювати, а також які інструменти і механізми контролю застосовувати для підвищення ефективності якості медичних послуг та соціального захисту населення їх отримують.

Інструменти державного регулювання надання якісних медичних послуг - це різні методи і техніки по збору, обробці і поданням кількісних і якісних даних будь-якого об'єкта (продукту, процесу, системи та тощо). Набір методів, який застосовується у сфері державного регулювання надання якісних медичних послуг досить широкий та різноманітний. Він формувався протягом всієї історії розвитку

менеджменту якості. Всі інструменти управління якістю надання медичних послуг можна згрупувати за програмними цілями їх застосування: інструменти проектування якості; інструменти управління якістю; інструменти контролю якості; інструменти аналізу якості.

Комунальне некомерційне підприємство Тернопільської районної ради «Тернопільська центральна районна лікарня» (надалі – КНП ТРР «Тернопільська центральна районна лікарня») є лікарняним (амбулаторним) закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає послуги вторинної/спеціалізованої медичної допомоги будь-яким особам в порядку та на умовах, встановлених законодавством України.

У сучасному світі все більшої ваги набуває якість послуг в усіх галузях економіки. Причиною цього є розвиток технологій, глобалізація ринків, зростання конкуренції, а також більше усвідомлення клієнтами своїх власних потреб та очікувань. Медичні послуги належать до найбільш потрібних суспільству. Мабуть, немає людини, яка б жодного разу в житті не скористалася медичною послугою. З іншого боку, медичні послуги дуже специфічні: їм властива велика працесемність і відсутність гарантій щодо позитивного результату.

Сучасні умови функціонування організацій сфери охорони здоров'я обумовлюють потребу забезпечення ними відповідності своєї діяльності потребам споживачів медичної допомоги і медичних послуг, збереження власної стабільності на ринку. Це є складним завданням, оскільки заклади охорони здоров'я змушені реагувати як на зовнішні зміни (наприклад, у законодавчих актах, потребах населення), так і на зміни внутрішнього характеру (наприклад, в частині організаційної перебудови, необхідності вдосконалення мотиваційного механізму впливу на персонал тощо). Тому, важливим напрямом діяльності організації сфери охорони здоров'я має бути інформаційно-аналітичне забезпечення та його постійне вдосконалення.

Узагальнюючи проведені дослідження можемо сформулювати певні положення, що дозволять удосконалити діючі механізми управління системою охорони здоров'я на всіх рівнях та підвищити якість медичних послуг,

гарантованих державою:

на рівні центральних органів виконавчої влади:

– розробити концептуальні засади державної політики якості надання медичної допомоги з метою орієнтування системи управління охороною здоров'я на вирішення проблем підвищення, гарантування доступності та безпеки такої допомоги;

– розробити чіткі критерії якості медичної допомоги, встановити вимоги до її забезпечення та регламентувати відповідальність за не належну якість і рівень надання допомоги, допущені помилки та дефекти в медичній практиці;

– здійснювати підтримку та сприяти формуванню ринку медичних послуг в Україні, що дозволить громадянам забезпечити компетентний вибір найбільш ефективного надавача медичної допомоги за критеріями якості та сприятиме здоровій конкуренції на засадах гарантії її якості і безпеки;

– прискорити запровадження професійного ліцензування медичної практики та реального лікарського самоврядування в закладах охорони здоров'я, що здійснюють реорганізаційні зміни в системі управління;

на рівні закладу охорони здоров'я:

– розвивати практику розроблення та впровадження сучасних моделей (систем) якості в діяльність медичного закладу, що дозволить забезпечити пряму залежність якості медичної допомоги від системи управління. Такими моделями можуть стати: система міжнародних стандартів якості ISO 9001; Моделі досконалості (EFQM); системи якості Міжнародного товариства якості охорони здоров'я (ISQua), моделі спільна комісія з акредитації організацій охорони здоров'я (JCAHO), моделі постійного покращання (Associates in Process Improvement);

– впроваджувати ефективні комунікативні технології та налагоджувати взаємини між медичними працівниками(надавачами послуг) закладу охорони здоров'я та пацієнтами (споживачами послуг) та їх документальне оформлення; постійно аналізувати обґрунтовані скарги пацієнтів та вносити корегування в процес гарантування безпеки пацієнтів;

– постійно моніторити всі зміни в лікувальному процесі, які впливають на якість надання медичної допомоги;

- забезпечувати постійний професійний розвиток медичного персоналу, посилювати його мотивацію та задоволеність роботою за рахунок кращої її організації та безпечності;

- створювати умови для своєчасного впровадження нових медико-технологічних документів на засадах доказової медицини;

- забезпечувати впровадження системи моніторингу індикаторів якості медичної допомоги, які в них визначені;

- запроваджувати елементи самооцінювання діяльності закладу охорони здоров'я в контексті підвищення якості надання медичної допомоги.

Враховуючи специфіку ринку медичних послуг, що формується, участь в ньому держави в особі НСЗУ, актуальними постають проблеми регуляторного середовища, аналіз витрат і фінансових ризиків.

Формування ринку медичних послуг вимагає розбудови інститутів публічного управління. Законодавчо необхідно закріпити статус інституту професійного самоврядування, організованого для соціально-правового захисту фахівців медичної та правової сфери, зокрема прийняття законів «Про самоврядування медичних професій в Україні», «Про професійне самоврядування медичних професій в Україні».

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Н. В. Розвиток механізмів державного управління охороною здоров'я в Україні. *Держава та регіони. Сер. : Державне управління*. 2010. № 4. С. 38-43.
2. Августин Р.Р., Демків І.О. Управлінські інновації як чинник підвищення конкурентоспроможності підприємств. *Ефективна економіка*. 2020. № 4. URL: http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/4_2020/16.pdf
3. Августин Р. Р. Пріоритети державної політики детінізації національного господарства України на сучасному етапі розвитку. *Проблеми економіки*, 2016, 4: 35-40.
4. Августин Р. Р. Електронне врядування як інформаційна база забезпечення взаємодії влади і бізнесу. Збірник матеріалів доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю «Влада і бізнес: актуальні проблеми партнерства». Тернопіль, 2013, 104-107.
5. Богомаз В.М. Оцінка якості медичної допомоги в системі добровільного медичного страхування . *Український медичний часопис* . № 1 (51). І/ІІ 2006. С. 104-109.
6. Всемирная организация здравоохранения. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью URL: <http://www.who.int/whr/2010/ru/index.html>).
7. Галковська Т. Приватна медицина починає і..чи виграє. *Цензор.нет*. URL: https://censor.net.ua/ua/resonance/3079695/pryvatna_medytsyna_pochynaye_i_chy_vygraє.
8. Гапонова Е.О. Особливості формування ринку медичних послуг в Україні на сучасному етапі URL: <http://international-relations-tourism.karazin.ua/themes/irtb/resources>.
9. Гладун З. В. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) : Монографія.

Тернопіль. “Економічна думка”. 2005. 460 с.

10. Горачук В.В. Медико-соціальне обґрунтування моделі системи управління якістю медичної допомоги URL: <http://nmapo.edu.ua/zagruzka/DrAr/DrGorahuk.pdf>.

11. Горачук В.В., Гойда Н.Г. Методичні підходи до визначення задоволеності пацієнтів (їхніх представників) медичною допомогою у закладі охорони здоров'я URL: http://www.nbuu.gov.ua/old_jrn/chem_biol/sped/2012_1/015-18.pdf.

12. Грабовський В.А., Клименко П.М. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я URL: <http://visnyk.academy.gov.ua/wp-content/uploads/2014/10/2014-10-20.pdf>.

13. Декларація про політику в галузі забезпечення прав пацієнта у Європі, ВООЗ; 1994 р. URL: http://samlib.ru/s/stonogin_s_w/europe.shtml.

14. Державна служба статистики України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua>.

15. Дегтяр А.О. Державно-управлінські рішення: інформаційно-аналітичне та організаційне забезпечення: моногр. Х.: Вид-во ХарПІ НАДУ „Магістр”, 2013. 224с.

16. Енциклопедія державного управління : у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України ; наук.-ред. колегія : Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. К. : НАДУ, 2011. Т. 2 : Методологія державного управління / наук.-ред. колегія : Ю. П. Сурмін (співголова), П. І. Надолішній (співголова) та ін. 2011. 692с.

17. Етичний кодекс лікаря URL: http://meduniv.lviv.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=197&Itemid=

18. Жаліло Л. Охорона громадського здоров'я як соціальна інституція. *Вісн. УАДУ*. 2013. № 2. С.72-77.

19. Здреник В. Моделі охорони здоров'я: зарубіжний досвід і українські перспективи. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. 12-13 грудня 2018 р. Тернопіль-Кам'янець-Подільський. ТНЕУ, 2018.346 с.

20. КВЕД. URL: <https://kved.biz.ua>.

21. Концепція управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року. Наказ МОЗ України від 01.08.2011 № 454.

22. Лехан В.М., Слабкий. Г.О. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/11795>.

23. Механізми та функціонально-структурні інструменти забезпечення конкурентоспроможності національної економіки в умовах сучасних загроз економічної безпеки : монографія / за ред. д.е.н., проф. Васильціва Т. Г., д.е.н., доц. Лупака Р. Л. Львів : Видавництво ННБК «АТБ», 2019. 552 с.

24. Мельник А., Мельник Ю. Національний та регіональні ринки послуг України: чи наближаємось ми до Європи? *Журнал європейської економіки*. 2015. Том 14. (№ 4). с. 456-476.

25. Мельник А.Ф., Мельник Ю.В. Трансформація регіональних ринків медичних послуг в умовах інституційних реформ в Україні. *Вісник Чернівецького торговельно-економічного інституту*. Чернівці. ЧТЕІ КНТУ, 2019. Випуск II (74). Економічні науки. С. 28-52.

26. Методика розробки системи індикаторів якості медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 28.09.2012 № 751. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2002-1>.

27. Методика розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 28.09.2012 № 751. URL: <https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/751metodyka.pdf>.

28. Методичні рекомендації щодо порядку проведення аудиту стану надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17.08.2012..№ 637. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/>

29. Методичні рекомендації Міністерства охорони здоров'я України з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. Схвалено робочою групою з питань реформи фінансування сфери охорони здоров'я України від 14 лютого 2018 р. 84с.

30. Миронюк І. С., Новічкова О. М. Застосування моделі поліпшення якості надання послуг у закладах охорони здоров'я: навчальний посібник. К. : Друкарський двір Олега Федорова, 2017. 156 с.

31. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за науковою ред. д.е.н. Шкільняка М.М., д.е.н. Желюк Т.Л. Тернопіль, Крок. 2020. 560 с.
32. Мороз О. Концептуальні засади державного регулювання надання медичних послуг: мат. доп. Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки». (Частина 2), м. Тернопіль, 15 травня. 2020 р. Тернопіль, 2020. С. 335-337.
33. Мороз О. Сутність та класифікація медичних послуг: мат. доп. V Науково-практичної конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні проблеми економіки, підприємництва та управління на сучасному етапі» (Тернопіль, ЗУНУ, 2020).
34. Надюк З. О. Державне управління якістю медичної допомоги в системі охорони здоров'я України : дис. на здобуття наукового ступеня канд. наук з держ. управління : 25.00.02 К., 2006. 180 с.
35. Науковий менеджмент в медицині URL: <http://angio-veritas.com/innovatsiji/naukovo-innovatsijnyj-menedzhment/naukovyj-enedzhment-v-medytsyni>.
36. Нормативні документи, які регулюють різні сфери надання послуг. URL: <http://zakon.nau.ua/search/?word=%EF%EE%F1%EB%F3%E3%E8>.
37. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України зі змінами від 30.03.2020. № 540-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.
38. Офіційний сайт КНП ТРР «ТЦРЛ» URL: <http://www.trtmo.te.ua/>
39. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України <https://moz.gov.ua/pro-ministerstvo>.
40. Петрашик Ю.М. Якість медичних послуг: особливості, роль, фактори. URL: irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis.../cgiirbis_64.exe.
41. Попович Т. Механізм підвищення якості системи управління закладом охорони здоров'я в умовах його автономізації. Зб. доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Модернізація

менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи» Тернопіль. ТНЕУ. С.260-263.

42. Попович Т.М. Управління якістю : навч. посібник. Тернопіль, КРОК, 2013. 320с.

43. Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році. Постанова КМУ від 05.02. 2020 р. № 65. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/65-2020-%D0%BF#n21>

44. Посібник з управління лікарнею для керівників лікарень URL: <http://www.moz.gov.ua>.

45. Про визнання такими, що втратили чинність, деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 лютого 2020 року № 590. URL: <https://egolovlikar.mcfr.ua/npd-doc?nmid=94&npid=55256>.

46. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : Закон України від 06.04.17 р. № 2002-VIII: URL:<https://uteka.ua/ua/publication/news-14-novosti-zakonodatelstva>.

47. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України зі змінами від 04,03,2020р. № 524-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>

48. Про затвердження індикаторів якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 02.11.2011 № 743.

49. Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги: Постанова Кабінету Міністрів України від 11 лип. 2002 р., № 955 Стоматолог. 2002. № 8(52). С. 8-9.

50. Про охорону праці: Закон України від 25 березня 1992 р. // Відомості Верховної Ради України. – 1992. – № 27. – С. 382.

51. Про порядок контролю якості медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012р. №75. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12>.

52. Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 зі змінами від 26.09.2018 № 1752. URL: <https://egolovlikar.mcfr.ua/npd-doc?npmid=94&npid=46156&anchor>.

53. Пушмак Г. Маркетингові шляхи реформування медицини в Україні. *Маркетинг в Україні*. 2013. № 3. С. 28–32.

54. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування. К.: Видавництво УАДУ, 2010. 360 с.

55. Реєстр медико-технологічних документів (Станом на 19.11.2019р.). URL: <https://dec.gov.ua/mtd/home/>

56. Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги в Україні: інструменти управління якістю: Проект ЄС "Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні". Представництво Європейської Комісії в Україні. Київ, 2009. 44 с.

57. Самофал М.М. Підстави виникнення правовідносин з надання медичних послуг URL: http://www.vru.gov.ua/content/article/visnik13_13.pdf

58. Системи управління якістю. Вимоги ISO 9001:2015.

59. Токарчук О., Августин Р. Автоматизація системи управління медичною інформацією в закладах охорони здоров'я. 2020. С.270-271

60. Тітов Г.І. Удосконалення якості медичної допомоги як складова підвищення ефективності діяльності медичних закладів. Запоріж. мед. журнал. 2015. № 6 (33).С. 65-68.

61. Уніфікована методика з розробки локальних протоколів медичної допомоги для закладів охорони здоров'я України (методичні рекомендації). Київ. 2018. URL: <https://dec.gov.ua/mtd/home/>.

62. Устинов Л.В. Розширено перелік платних медичних послуг в Україні. Український медичний часопис в Україні. 2016 URL: <http://www.umj.perelik-platnih-medicnih-poslug>.

63. Устінов О.В. Стандарт надання адміністративної послуги з ліцензування

медичної практики URL: <http://www.umj.com.ua/article/14530>.

64. Чехун О.В. Надання платних медичних послуг: цивільно-правові аспекти *Часопис Київського ун-ту права* 2018. № 2. URL: kul.kiev.ua/images/chasop/2010_2/213.pdf

65. Шипко А. Модернізація функцій суб'єктів управління охороною здоров'я на місцевому рівні в умовах реструктуризації галузі. *Державне управління та місцеве самоврядування : збірник наук. праць*. Д. : ДРІДУ НАДУ, 2009. Вип. 3 (3). С. 254-261.

66. Шкробанець І. Розробка моделі оцінювання наукового супроводу прийняття управлінського рішення у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні. *Вісн. НАДУ*. 2017. № 4. С. 232-238.

67. Шомнікова А.В. Ринок медичних послуг: проблеми ефективного використання маркетингових досліджень. *Наукові праці НДФІ*. К.: НДФІ, 2009. № 2. С. 131-136.

68. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України 2017 р. Інститут стратегічних досліджень МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України» К.: МВЦ «Медінфоред, 2018. 458 с.

69. Avhustyn R. *Priorytety ta mekhanizmy systemnoyi detinizatsiyi ekonomiky Ukrayiny* [Priorities and mechanisms of systemic de-shadowing of Ukraine's economy].(Dr. Sci. in Econ. Dissertation, Lviv, Ukraine). 2018.

70. AGREE (Appraisal Guidelines Research and Evaluation/(Опитувальник з Експертизи і Атестації Керівництва) URL: <http://www.agreetrust.org/>.

71. Can evidence-based medicine and clinical quality improvement learn from each other? URL: http://qualitysafety.bmj.com/content/20/Suppl_1/i13.full

72. Davies H. (2005) Measuring and reporting the quality of health care: issues and evidence from the international research literature. NHS Quality Improvement Scotland 2006: <http://www.nhshealthquality.org/nhsqis/files/Davies%20Paper.pdf>.

73. R. Avhustyn, I. Demkiv and K. Nataliya, "Modeling the Assessment of the Probability of Shadowing and Spread of Corruption in the Social System and the Sphere

of Public Services," *2019 9th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT)*, Ceske Budejovice, Czech Republic, 2019, pp. 388-392, doi: 10.1109/ACITT.2019.8780106.

74. Guide to Inpatient Quality Indicators: Quality of Care in Hospitals — Volume, Mortality and Utilization (2007) Agency for Healthcare Research and Quality, Department of Health and Human Services, Version 3.1: http://qualityindicators.ahrq.gov/downloads/iqi/iqi_guide_v31.pdf