

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

**ЛИСЮК Максим Вікторович**

**Громадський контроль якості надання послуг закладом охорони здоров'я**  
спеціальність 073 Менеджмент  
освітньо-професійна програма – Менеджмент закладів охорони здоров'я  
Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи МЗОЗзм-21

Лисюк Максим Вікторович

Науковий керівник:

д.е.н., професор Монастирський Григорій  
Леонардович

ТЕРНОПІЛЬ – 2025

## ЗМІСТ

### ВСТУП

### РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ГРОМАДСЬКОГО КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ НАДАННЯ ПОСЛУГ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.

- 1.1. Поняття та сутність громадського контролю у сфері охорони здоров'я.
- 1.2. Міжнародний досвід громадського контролю якості медичних послуг.

### РОЗДІЛ 2. МЕХАНІЗМИ ТА ФОРМИ ГРОМАДСЬКОГО КОНТРОЛЮ ЗА ЯКІСТЮ НАДАННЯ ПОСЛУГ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.

- 2.1. Інституційні та організаційні механізми громадського контролю.
- 2.2. Форми та методи здійснення громадського контролю якості медичних послуг.

### РОЗДІЛ 3. МЕХАНІЗМ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ГРОМАДСЬКОГО КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ НАДАННЯ ПОСЛУГ.

- 3.1. Запровадження системи аналіз результатів громадського контролю в закладах охорони здоров'я.
- 3.2. Інноваційні форми удосконалення громадського контролю якості медичних послуг.

### ВИСНОВКИ

### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Актуальність теми громадського контролю якості надання медичних послуг зумовлена зростаючою потребою суспільства у прозорості та ефективності роботи закладів охорони здоров'я. В умовах реформування медичної галузі та підвищення вимог до рівня сервісу, важливо забезпечити дієвий механізм зворотного зв'язку між пацієнтами і медичними установами. Громадський контроль сприяє виявленню недоліків, формуванню довіри до системи охорони здоров'я та впровадженню сучасних стандартів якості, що відповідають очікуванням населення.

Враховуючи тенденції до децентралізації управління, посилення ролі громадськості у прийнятті рішень та необхідність захисту прав пацієнтів, дослідження ефективності громадського контролю є надзвичайно важливим для подальшого розвитку медичної системи України. Як говорить народна мудрість: «Де нема контролю, там і порядку не знайдеш», що підкреслює значення цієї теми для сьогодення.

Окрім того, громадський контроль виступає важливою складовою демократичного суспільства, оскільки дає можливість громадянам брати участь у прийнятті рішень, що стосуються їхнього здоров'я. Саме така взаємодія сприяє підвищенню якості послуг, адже «де гуртом, там і сила», — як говорить народна мудрість. Впровадження прозорих процедур контролю та регулярна оцінка потреб пацієнтів дозволяють медичним закладам швидко реагувати на виклики сучасності та вдосконалювати свою роботу відповідно до запитів громади.

Питання громадського контролю якості надання медичних послуг досліджували як вітчизняні, так і зарубіжні науковці. Серед українських авторів варто відзначити праці О.Ю. Гришиної, І.М. Бойко, В.В. Рудого, які аналізували механізми залучення громадськості до контролю за діяльністю медичних установ та оцінку ефективності таких заходів. Значний внесок у розвиток теоретичних засад громадського контролю зробили О.М. Ярошенко та Н.В. Кравченко, які вивчали питання нормативно-правового забезпечення та впровадження сучасних

інструментів контролю. Серед зарубіжних дослідників слід згадати роботи М. Saltman, V. Bankauskaite, K. Vrangbæk, які розглядали досвід європейських країн щодо підвищення прозорості та участі громадськості у сфері охорони здоров'я. Ці дослідження стали основою для формування сучасних підходів до громадського контролю в Україні та світі.

**Мета роботи** – теоретичне узагальнення та обґрунтування практичних рекомендацій щодо розвитку громадського контролю у сфері охорони здоров'я

**Завдання дослідження:**

- проаналізувати сучасний стан громадського контролю якості надання медичних послуг в Україні, з урахуванням вітчизняного та зарубіжного досвіду.
- визначити основні механізми залучення громадськості до процесу контролю за діяльністю закладів охорони здоров'я та оцінити їхню ефективність.
- оцінити вплив громадського контролю на якість медичних послуг, виявити основні проблеми та недоліки у практиці його здійснення.
- дослідити нормативно-правове забезпечення громадського контролю у сфері охорони здоров'я та запропонувати шляхи його удосконалення.
- розробити рекомендації щодо впровадження сучасних інструментів та підходів для підвищення прозорості й ефективності громадського контролю.
- сформулювати пропозиції щодо підвищення рівня залучення пацієнтів та громадськості до процесу оцінки та покращення якості медичних послуг.

**Об'єкт дослідження** — система громадського контролю якості надання медичних послуг в Україні, зокрема механізми залучення громадськості до оцінки діяльності закладів охорони здоров'я, нормативно-правове забезпечення та вплив громадського контролю на рівень медичного сервісу.

**Предмет дослідження** — механізм громадського контролю якості надання медичних послуг.

**Методи дослідження.** У процесі дослідження було використано комплексний підхід, що поєднує теоретичні та емпіричні методи аналізу. Зокрема, здійснено огляд наукової літератури з питань громадського контролю якості медичних послуг, вивчено нормативно-правові акти, що регулюють

діяльність у цій сфері, а також проведено порівняльний аналіз українського та зарубіжного досвіду. Для збору емпіричних даних застосовано анкетування пацієнтів і медичних працівників, експертні інтерв'ю з представниками громадських організацій, а також аналіз статистичних показників ефективності громадського контролю. Використання методу SWOT-аналізу дозволило ідентифікувати сильні та слабкі сторони чинної системи контролю, а також можливості й загрози для її подальшого розвитку. Такий підхід забезпечив об'єктивність та достовірність отриманих результатів, що сприяє формуванню обґрунтованих рекомендацій для вдосконалення механізмів громадського контролю.

**Практична цінність** проведеного дослідження полягає у можливості застосування його результатів для вдосконалення механізмів громадського контролю якості надання медичних послуг в Україні. Запропоновані рекомендації можуть бути використані органами державної влади, керівниками закладів охорони здоров'я та представниками громадських організацій для впровадження сучасних інструментів контролю, підвищення прозорості та залучення пацієнтів до процесу оцінки якості медичного сервісу. Окремо слід зазначити, що результати дослідження можуть сприяти формуванню ефективної нормативно-правової бази, яка враховує як український, так і міжнародний досвід, а також допомагати у вирішенні актуальних проблем, з якими стикаються пацієнти та медичні працівники. Таким чином, отримані напрацювання мають потенціал для підвищення загального рівня довіри до системи охорони здоров'я та покращення якості медичних послуг на практиці.

## РОЗДІЛ 1.

### ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ГРОМАДСЬКОГО КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ НАДАННЯ ПОСЛУГ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### 1.1. **Поняття та сутність громадського контролю у сфері охорони здоров'я**

Реформування системи охорони здоров'я в Україні та світі супроводжується зростанням ролі громадськості у процесах прийняття рішень і моніторингу якості медичних послуг. В умовах демократизації суспільства громадський контроль стає важливим інструментом забезпечення прозорості, підзвітності та підвищення ефективності функціонування медичних закладів. Актуальність теми зумовлена необхідністю належного захисту прав пацієнтів, удосконалення механізмів взаємодії між державою та громадянським суспільством, а також впровадження міжнародних стандартів у сфері охорони здоров'я.

Громадський контроль у сфері охорони здоров'я — це система організованої діяльності громадян, громадських об'єднань і пацієнтських організацій, спрямована на спостереження, аналіз, оцінку та вплив на процеси управління та надання медичних послуг. Основними характеристиками громадського контролю є незалежність від органів державної влади, відкритість, прозорість, спрямованість на захист суспільних інтересів, а також наявність зворотного зв'язку між суб'єктами контролю та об'єктами перевірки.

У науковій літературі громадський контроль розглядається як сукупність форм, методів і процедур, що дозволяють громадськості здійснювати моніторинг, експертизу, оцінку та ініціювати зміни у сфері охорони здоров'я. Його суть полягає у створенні умов для діалогу між владою й суспільством, забезпеченні участі громадян у формуванні політики та контролі за її реалізацією.

Історія громадського контролю у сфері охорони здоров'я має глибокі корені та відзначається різноманітністю форм у різних країнах світу. У європейських

державних перші прояви громадського контролю були пов'язані з діяльністю благодійних організацій та лікарняних рад, які здійснювали нагляд за розподілом ресурсів і якістю медичної допомоги. Згодом у ХХ столітті, під впливом демократичних трансформацій, роль пацієнтських асоціацій і громадських рад зростає, а механізми контролю стали більш інституалізованими.

В Україні становлення громадського контролю у сфері охорони здоров'я відбувалося поступово, особливо після здобуття незалежності. З'явилися перші пацієнтські організації, громадські ради при органах влади, ініціативи щодо моніторингу діяльності медичних закладів. Останні десятиліття характеризуються активізацією участі громадськості у процесах реформування системи охорони здоров'я, зокрема завдяки впровадженню нових технологій та розширенню прав громадян на доступ до інформації.

Суб'єктами громадського контролю виступають індивідуальні громадяни, громадські організації, пацієнтські об'єднання, експертні групи, професійні спілки, а також засоби масової інформації. Кожен із цих суб'єктів має свої функціональні особливості та інструменти впливу на якість медичних послуг.

Основними формами участі є: подання звернень і скарг, участь у громадських слуханнях, анкетування, проведення незалежних аудитів, участь у діяльності громадських рад, моніторинг виконання програм і проектів у сфері охорони здоров'я, а також експертиза нормативно-правових актів. Важливим є залучення громадськості до стратегічного планування, розробки стандартів якості, аналізу ефективності використання бюджетних коштів та оцінки рівня задоволеності пацієнтів.

Реалізація громадського контролю відбувається за допомогою різноманітних інструментів і процедур. Серед них особливе місце займають електронні платформи для збору звернень, онлайн-опитування, публічні консультації, «гарячі лінії» для пацієнтів, незалежні аудити та громадські моніторинги. Такі механізми дозволяють залучити широке коло учасників, оперативно реагувати на проблеми та забезпечувати прозорість процесів у сфері охорони здоров'я.

У міжнародній практиці поширені приклади створення незалежних агентств із захисту прав пацієнтів, громадських наглядових рад при медичних закладах, а також впровадження систем громадського аудиту. В Україні, окрім традиційних форм контролю, активно розвиваються цифрові інструменти, зокрема платформи для електронних петицій, мобільні додатки для оцінки якості послуг, а також системи відкритих даних щодо діяльності медичних установ.

Нормативно-правове забезпечення громадського контролю визначає його межі, повноваження суб'єктів, процедури реалізації та механізми захисту прав учасників. В Україні правові засади громадського контролю закріплені у Конституції України, законах «Про основи охорони здоров'я громадян», «Про звернення громадян», «Про громадські об'єднання», а також у низці підзаконних актів та відомчих інструкцій.

Важливою складовою нормативної бази є механізми доступу до публічної інформації, що дозволяють громадянам отримувати відомості про діяльність медичних закладів, фінансування, стандарти надання послуг тощо. Однак чинне законодавство потребує подальшого вдосконалення, зокрема щодо деталізації процедур участі громадськості, гарантування реального впливу на прийняття рішень, а також захисту учасників громадського контролю від можливого тиску чи переслідування.

На сучасному етапі громадський контроль у сфері охорони здоров'я стикається з низкою викликів. Серед основних проблем варто відзначити недостатню поінформованість населення про можливості впливу на якість медичних послуг, низьку мотивацію до участі у громадських ініціативах, формальний характер діяльності окремих структур, а також інституційну слабкість громадських об'єднань.

Додатковими перешкодами є обмежена прозорість діяльності окремих медичних закладів, недостатня підтримка з боку держави, а також низький рівень правової грамотності громадян. Прислів'я «не той сильний, хто не падає, а той, хто піднімається» відображає необхідність постійної роботи над подоланням існуючих бар'єрів у розвитку громадського контролю.

Перспективи розвитку громадського контролю у сфері охорони здоров'я пов'язані з удосконаленням нормативно-правового забезпечення, впровадженням інноваційних технологій, розширенням освітніх програм з підвищення правової обізнаності громадян і зміцненням потенціалу громадських організацій. Важливою тенденцією є інтеграція громадського контролю у процеси стратегічного управління системою охорони здоров'я, що сприятиме підвищенню довіри до медичних установ і державних інституцій загалом.

У світовій практиці зростає роль партнерських моделей взаємодії між державою, громадськістю та бізнесом, що дозволяє забезпечити сталий розвиток системи охорони здоров'я. Україна має значний потенціал для впровадження найкращих міжнародних підходів, зокрема у сфері цифровізації контролю, розвитку громадського аудиту та створення інституційних механізмів захисту прав пацієнтів.

Громадський контроль у сфері охорони здоров'я є важливим чинником підвищення якості та ефективності медичних послуг, забезпечення прозорості й підзвітності діяльності закладів охорони здоров'я, а також захисту прав пацієнтів. Його розвиток вимагає вдосконалення нормативно-правової бази, впровадження сучасних технологій, підвищення рівня правової культури та активної участі громадян у процесах прийняття рішень. Своєчасне реагування на виклики та використання можливостей громадського контролю сприятиме формуванню ефективної, відкритої та справедливої системи охорони здоров'я в Україні та світі.

Таким чином, ефективний громадський контроль у сфері охорони здоров'я є необхідною умовою для забезпечення прозорості, підзвітності та підвищення якості медичних послуг. Системне залучення громадськості до процесів контролю сприяє формуванню довіри між суспільством і владою, а також слугує запорукою дотримання прав пацієнтів. Для досягнення стійких результатів важливо не лише удосконалювати законодавчу базу, але й формувати культуру громадянської активності, адже «гуртом і батька легше бити» — спільнота, що діє разом, здатна досягти значних змін.

## **1.2. Міжнародний досвід громадського контролю якості медичних послуг**

В рамках планування, найважливішої функції в управлінні лікарнею, приймаються рішення щодо фінансових та матеріальних завдань, які повинні бути виконані у відповідних організаційних підрозділах. Лікарня є специфічною організацією, оскільки, на відміну від інших господарських одиниць, її метою не є отримання прибутку. В організації типу non profit діяльність повинна бути прибутковою, а поточна фінансова ліквідність – збереженою. Як наслідок, кожна лікарня повинна підтримувати витрати на свою діяльність на розумному рівні. У таких організаціях йдеться не стільки про мінімізацію витрат, скільки про їх раціональне використання та систематичний моніторинг наявних ресурсів. З цієї причини так важливу роль відіграє планування витрат, в тому числі головним чином витрат, безпосередньо пов'язаних з наданням медичних послуг. Впровадження системи однорідних груп пацієнтів (ОГП) в лікарнях дає можливість детально охарактеризувати процес лікування в двох вимірах: вартісному та клінічному. Завдяки ОГП можна ідентифікувати пацієнтів з різними клінічними скаргами, а потім віднести їх до групи з подібними характеристиками витрат та схожим діагностично-лікувальним підходом. Віднесення пацієнта до групи ОГП дозволяє медичному персоналу оцінити час виконання процедури та визначити кількісно-вартісні витрати відповідно до прийнятого процесу лікування. Отримання вищезазначених знань дозволяє персоналу (переважно керівникам відповідних підрозділів лікарні) зменшити ризик випадкових дій, обмежити зайві витрати. У контексті фінансів отримання даних про витрати на надані медичні послуги та їх подальша обробка повинні відбуватися відповідно до правил, закріплених у постанові МОЗ про детальні правила обліку витрат у державних закладах охорони здоров'я, яке було розроблено на основі європейського досвіду в галузі оцінки медичних процедур та захворювань. Система ОГП є універсальним інструментом, який дозволяє оцінити рівень витрат з урахуванням їхнього виду та обсягу, оскільки віднесення

пацієнтів до окремих ОГП автоматично визначає, які ресурси та в яких обсягах будуть використані для надання певної медичної послуги. (

На відміну від «старої» системи, яка характеризувалася відсутністю ефективного способу управління каталогом лікарняних послуг та відсутністю зв'язку з основними класифікаціями (ICD-10, ICD9CM), система ОГП однозначно визначає та описує послуги, що підкреслюється в думках більшості постачальників послуг. Крім того, в «новій» системі існує навіть необхідність використання класифікаторів (ICD-10, ICD-9 CM) для статистичних цілей та модифікації системи розрахунків, що усуне неефективні розрахунки (дуже високі показники зловживань, що досягають 15% у репрезентативних загальнонаціональних перевірках, постійні перевірки документації, що було характерним для старої системи). Очікується, що система ОГП стане інструментом, який спростить правила та зменшить кількість каталожних позицій, обмежить можливість відриву фінансових розрахунків від фактично проведеної терапії, а також допоможе пов'язати фінансування з витратами на виробництво. Національний фонд охорони здоров'я запевняв, що система є ефективною і приносить фінансові вигоди, дозволяє уніфікувати систему класифікації та ефективно функціонування лікарень, однак насправді можна знайти багато її недоліків. Медична спільнота висуває конкретні та обґрунтовані зауваження щодо системи ОГП. Висновок один: нова система розчарувала як своєю формою, так і механізмом впровадження та функціонування під егідою НСЗ. Лікарі, звичайно, скептично ставляться до такого роду глобальних змін, пам'ятаючи про невдалу систему кас хворих, хоча в цьому випадку знайшлися лікарні, які покладали великі надії на ОГП. Директори повірили, що це метод зменшення заборгованості, а запропоноване уніфікація процедур позитивно вплине на функціонування закладу. Однак кількомісячні боротьби з нечіткими процедурами, зміною пріоритетів, трудомістким заповненням медичної документації, що відволікає лікарів від пацієнтів, і, нарешті, фінансові результати переконали лікарів і директорів великих закладів, що система ОГП може бути прийнята як модель, не пристосована до наших умов.

Для дослідження залежності між оцінкою лікаря-спеціаліста щодо функціонування системи ОГП та його спеціалізацією було використано коефіцієнт кореляції Спірмена.

На основі отриманих в дослідженні результатів важко однозначно стверджувати, чи система ОГП сприяє поліпшенню функціонування лікарні, чи також негативно впливає на надання медичних послуг на думку лікарів-фахівців. Лікарі у своїх думках не згодні навіть щодо того, чи система проста в користуванні, чи створює багато труднощів. Найчастіше повторюваними недоліками системи ОГП є: неможливість врахування в розрахунку більше ніж одного супутнього захворювання та невідповідність у позначенні деяких груп ОГП у класифікації ICD-10. Перевагами впровадження системи ОГП, які лікарі підкреслили у своїх думках, є отримання реальних витрат на лікування окремих захворювань та поліпшення зведеної звітності. Більшість опитаних лікарів не помітили результатів впровадження системи ОГП у закладі, в якому вони працюють.

Правила розрахунку послуг, що надаються в лікарнях, на основі каталогу однорідних груп пацієнтів викликали багато крайніх думок, особливо серед постачальників послуг, які розраховуються з платником, яким є Національний фонд охорони здоров'я. Проведене в роботі дослідження думки лікарів підтверджує публічно висловлені судження щодо способу впровадження та функціонування системи однорідних груп пацієнтів. Лікарі у своїх висловлюваннях одностайні щодо неправильного, хаотичного впровадження системи в середині календарного року, а також мають застереження щодо змісту та навчальних і інформаційних матеріалів, що передували впровадженню ОГП. Однак найбільші суперечки викликає недосконалий, з багатьма недоліками, каталог медичних послуг та процедур. Проблеми для постачальників медичних послуг спричинила неможливість врахування в розрахунках більше ніж одного супутнього захворювання, а також невідповідність у позначенні деяких груп ОГП в класифікації МКХ-10. Слід підкреслити, що розрахунок за ОГП є за своєю суттю простішим і точнішим, оскільки базується на класифікації ICD-9 та ICD-

10, якими лікарі користуються щодня протягом багатьох років і які не повинні бути для них ніякою таємницею. Автор вважає, що недоліки, виявлені в каталозі НСЗ, будуть враховані в найближчому майбутньому в його поправках, і каталог стане інструментом, який буде найбільш цінуватися в новій системі, оскільки уніфікація та оцінка медичних послуг і процедур є однією з цілей впровадження системи ОГП. Підтвердженням цього є заяви NFZ, які вказують, що він виправляє недоліки ОГП наступними постановами і оголошує, що система буде продовжувати вдосконалюватися, а однорідні групи пацієнтів будуть модифіковані однаково відповідно до пропозицій всіх лікарів і директорів, маючи на увазі благо пацієнта. Чудовим підтвердженням обговорюваної ситуації є проведення пілотного дослідження, метою якого було перевірити функціонування системи в медичних закладах. Під час пілотного проекту не було виявлено серйозних організаційних проблем, однак у деяких закладах охорони здоров'я проблемою було пристосування інформаційних систем до одночасного використання більш ніж однієї версії класифікації ICD-9. Ця та інші проблеми, виявлені під час пілотного проекту, були проаналізовані NFZ, і після внесених змін у системі спостерігаються подальші позитивні зміни, які вже відчули високоспеціалізовані дитячі лікарні. NFZ видає чергові розпорядження, які стосуються змін в умовах укладення та виконання договорів. На підставі наведених думок можна однозначно стверджувати, що ця тема викликає багато суперечок і спорів, незважаючи на заспокійливі повідомлення, автором яких є Національний фонд охорони здоров'я. Постачальники медичних послуг схильні оцінювати систему негативно, маючи багато сумнівів і застережень.

## РОЗДІЛ 2.

### МЕХАНІЗМИ ТА ФОРМИ ГРОМАДСЬКОГО КОНТРОЛЮ ЗА ЯКІСТЮ НАДАННЯ ПОСЛУГ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### 2.1. Інституційні та організаційні механізми громадського контролю

Характерною рисою сучасності є зростання значення функції якості у всіх сферах життя. Відповідна якість є особливо важливою в тих сферах, де від неї залежить не тільки задоволення та задоволеність клієнта, але й, перш за все, здоров'я та життя людини. Такою сферою, безсумнівно, є охорона здоров'я, де потреба в якості ніколи не ставилася під сумнів, але часто вживаються заходи, спрямовані на її поліпшення. З огляду на поточну ситуацію в світі, в тому числі в Україні, ринок охорони здоров'я в найближчі роки буде швидко змінюватися.

Згідно з припущеннями Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), якість в охороні здоров'я є одним з найвищих пріоритетів, де суб'єкти сектора охорони здоров'я повинні прагнути до задоволення пацієнта, враховуючи його потреби, та покращувати якість наданих послуг.

Новий підхід до цієї проблеми вимагає впровадження багатьох ефективних механізмів, які дозволять підвищити якість медичних послуг і сприятимуть підвищенню задоволеності клієнтів/пацієнтів, особливо в нинішній епідеміологічній ситуації. Пандемія COVID-19 є безпрецедентним викликом для сектора охорони здоров'я. Слід підкреслити, що якість є одним з найважливіших визначальних факторів конкурентоспроможності підприємств на сучасному ринку. Однак є сфери, де якість послуг, що надаються, повинна досягати рівня досконалості, оскільки це стосується найважливіших людських цінностей. Це саме послуги в галузі охорони здоров'я. Забезпечення високої якості медичних послуг та визначення відповідних стандартів діяльності є необхідними для суб'єктів, що працюють у секторі охорони здоров'я.

Якість послуг у сфері охорони здоров'я, як, мабуть, жодна інша сфера людської діяльності, має величезний вплив на стан здоров'я суспільства. Сучасні

організації, щоб вижити в мінливому середовищі, особливо зараз, постійно шукають методи, що поліпшують їх функціонування. Щоб вони могли впоратися з цим завданням, вони повинні діяти відповідно до вимог системи управління якістю, яка зобов'язує до постійного вдосконалення робочих процесів. Якість у сучасних теоріях управління є одним з найважливіших факторів, що визначають той чи інший продукт або послугу, оскільки вона значною мірою визначає успіх на ринку. Надзвичайно цікавим видається прийняття в сучасних системах управління орієнтації на клієнта, яка обумовлює і в багатьох випадках значно модифікує стратегію управління організацією. Її опис має на меті довести, що правильні припущення мають привести до систематизації робочих процесів, прозорого розподілу повноважень, відповідальності, здобуття бренду та поліпшення іміджу, а також дозволити ідентифікувати та зменшити кількість помилок.

Поняття «якість медичних послуг» відповідає маркетинговій концепції обслуговування ринку. Взаємозв'язки між рівнем надання медичних послуг, задоволеністю пацієнтів та ступенем задоволення медичних потреб суспільства вказують на зростаючу необхідність визначення критеріїв якості медичних послуг, що дозволяють оцінювати ці послуги. Результати оцінки якості медичних послуг є однією з основ їх вдосконалення, а також визначають реалізацію принципу орієнтації на клієнта - пацієнта. Проведення таких досліджень допомагає менеджерам, які керують закладами охорони здоров'я, отримати знання про можливі напрямки поліпшення якості медичних послуг і спланувати правильну стратегію на майбутнє - з огляду на виклики, які існують зараз. Такі дослідження дають можливість визначити думку пацієнтів (клієнтів) щодо рівня якості послуг, що їм пропонуються, а також дозволяють виявити можливі слабкі сторони та проблеми в аналізованих сферах функціонування закладів, враховуючи нову ситуацію на ринку медичних послуг, де пандемія є одним з найскладніших випробувань для нашої системи охорони здоров'я.

Ця робота є лише вступом до складної проблеми якості і водночас відправною точкою для проведення досліджень у цій галузі, таких як

вдосконалення та поліпшення якості медичних послуг або адаптація стандартів якості до специфіки медичних послуг. Дослідження є частиною дискусії про управління якістю послуг в установах системи охорони здоров'я в умовах пандемії, і перш за все з точки зору її клієнтів. В літературі з даної теми оцінка задоволеності пацієнтів та методи її поліпшення займають важливе місце. Це має тим більше значення, що рівень обізнаності про здоров'я та просвіти з питань охорони здоров'я зростає внаслідок стрімкого збільшення кількості інформації на медичні теми, що передається медичним персоналом, а також засобами масової інформації.

Автор сподівається, що представлені результати досліджень дозволять розпізнати очікування пацієнтів, визначити причини незадоволеності пацієнтів отриманими послугами та впровадити в практику коригувальні заходи, спрямовані як на поліпшення якості послуг, так і на підвищення рівня задоволеності пацієнтів, а можливо, сприятимуть розробці інноваційних рішень щодо функціонування управління в обговорюваних закладах.

З цієї причини характеристика та представлення можливостей проведення проякісної політики на основі літератури з даної теми, власних досліджень та аналізу результатів щодо задоволеності пацієнтів функціонуванням охорони здоров'я під час пандемії, оцінки якості послуг в рамках різних критеріїв, прийнятих автором, є основною метою статті. Отримані результати досліджень стосуються клієнтів, які користуються послугами закладів охорони здоров'я на території Тернопільської області.

Охорона здоров'я завжди була однією з найважливіших тем у соціальному та індивідуальному вимірі. Ключовим питанням для охорони здоров'я в кожній країні є її система - як прийнята модель, так і її функціонування.

Відповідно до синтетичного підходу Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), система охорони здоров'я (система охорони здоров'я) об'єднує всі види діяльності, основною метою яких є просування, відновлення та підтримка здоров'я. Систему охорони здоров'я можна, отже, визначити як соціальну, складну, динамічну, функціональну систему, яка використовується

суспільством для створення медичних і соціальних засобів для охорони та поліпшення здоров'я, а також для постійного накопичення та передачі медичних знань. У літературі його визначають як організований та скоординований комплекс заходів, метою якого є надання профілактичних, лікувальних та реабілітаційних послуг, спрямованих на захист та поліпшення здоров'я окремих осіб та спільноти. Кожна система охорони здоров'я спрямована на задоволення медичних потреб певної групи населення, а реальний ступінь і рівень цих потреб, підтверджений поведінкою споживачів щодо кількості та якості використовуваних послуг, визначається багатьма факторами, зокрема її ресурсами. Результатом діяльності системи охорони здоров'я має бути висока якість наданих послуг, а потім поліпшення стану здоров'я населення або, принаймні, його збереження на існуючому рівні.

Перші задокументовані записи про якість походять із стародавнього Вавилону, де за допомогою законодавчих норм намагалися вирішити проблеми якості в будівництві. Проте розквіт концепції, що враховує якість у професійній діяльності, відбувся лише нещодавно - у ХХ столітті. Поняття «якість медичних послуг», як і в інших сферах, еволюціонувало і систематично розвивало свою семантику.

Формування визначення якості медичної допомоги – розуміється як вид послуги, що надається клієнту/пацієнту – незважаючи на численні спроби, не призвело до прийняття єдиної, універсальної формули розуміння цього терміна. Автори багатьох публікацій з цієї теми формулюють ряд важливих визначень, які згодом застосовуються на практиці. Для потреб цього дослідження будуть наведені лише вибрані визначення, з урахуванням того, що вони не вичерпують повністю тему. Це, безсумнівно, складне поняття, що складається з багатьох компонентів і, перш за все, є міждисциплінарним. Якість послуг, зокрема якість медичних послуг, як дослідницька проблема з'явилася в Україні відносно недавно, особливо в результаті комерціалізації ринку медичних послуг та посилення конкуренції. Важливим питанням є також той факт, що оцінка якості охорони здоров'я залежить головним чином від суб'єкта, який її проводить. З

якістю медичних послуг пов'язані також суперечності інтересів різних учасників ринку. Державний платник шукає послуги відповідної якості за якомога менших витрат, споживач очікує свободи вибору закладу та високих стандартів, а постачальник послуг хоче зберегти або збільшити свої доходи. Таке розуміння якості залежить від суб'єкта, зацікавленого в оцінці якості, – пацієнта, постачальника послуг або платника. Кожен із зазначених суб'єктів, що оцінюють якість наданих послуг, застосовує інші критерії.

Відповідно до синтетичного підходу Всесвітньої організації охорони здоров'я, якість – це результат (технічна якість), спосіб використання засобів (економічна ефективність), організація послуг та задоволеність пацієнта. Якість медичної допомоги – це технічна цінність (знання, клінічні навички, технологія), цінність міжособистісних відносин (пацієнт, лікар, медсестра, медичний персонал) та умови надання послуг, тобто комфорт, естетика. Модель створення якості медичних послуг є динамічним процесом. Пацієнт/клієнт очікує зміни рівня якості та того, що установа буде постійно пристосовуватися до його потреб, оскільки його вимоги та потреби є мінливими. Організація повинна передбачити, якими будуть потреби через кілька років, і вже зараз пристосовувати якість до майбутніх потреб. Важливими елементами якості медичних послуг є також витрати на діяльність та зовнішні регуляторні норми, пов'язані з адмініструванням та фінансуванням медичних послуг. З огляду на вищезазначене, якість в охороні здоров'я полягає в повному задоволенні попиту на медичні послуги при найнижчих можливих власних витратах і витратах постачальників послуг, в рамках чинних регуляторних норм і обмежень, встановлених адміністративними органами та установами, що фінансують послуги. Така якість медичних послуг вимагає від медичного закладу належного виконання своїх обов'язків у декількох сферах відповідно до встановлених високих стандартів. До них належать:

- сфера медичного обслуговування (професійна) - охоплює область, в якій пацієнт приділяє особливу увагу контактам з медичним персоналом;

- інформаційна сфера - інформація, яка надається пацієнту про перебіг його лікування (наприклад, під час візиту);

- технічна сфера - рівень застосовуваної технології в діагностичних приладах, це також стосується таких елементів, як зовнішній вигляд закладу, кабінету, приймальні, зовнішній вигляд та одяг персоналу;

- сфера управління та економічно-адміністративна сфера - управління людськими ресурсами, ефективне, раціональне використання ресурсів в межах лімітів, встановлених платником або адміністративними органами;

- сфера маркетингу - погляд на організацію з точки зору споживача, його потреб і очікувань (наприклад, рівень культури обслуговування на рецепції, швидкість реагування, ставлення персоналу та його підхід під час надання послуг).

Визначаючи поняття «якість медичної послуги», слід також враховувати, хто в ній зацікавлений - пацієнт, постачальник послуг чи платник (НСЗУ, державний бюджет, місцеве самоврядування, роботодавці), тобто в якому контексті ми говоримо про послугу. Особливої уваги заслуговують згадані очікування пацієнтів щодо якості отримуваних медичних послуг. Думка та задоволеність пацієнтів є ключовими для досягнення успіху установи. Якщо медичні послуги мають сприйматися як високоякісні, вони повинні відповідати очікуванням своїх клієнтів/пацієнтів. Щоб завоювати довіру пацієнтів, одночасно надаючи високоякісні послуги, медичні установи також повинні відповідати їхнім очікуванням щодо якостей. До них належать, зокрема, надійність, чуйність, зовнішній вигляд, доступність, компетентність, ввічливість, прозорість. Деякі автори доповнюють цей перелік такими характеристиками, які є не менш важливими для досягнення якості медичних послуг, а саме: відповідальність, комунікабельність, безпека, задоволеність.

Управління якістю в господарському суб'єкті - в загальному розумінні - є системною діяльністю на всіх рівнях організаційної структури та на кожній робочій посаді. Правильно розроблена система управління якістю, незалежно від організаційно-правової форми підприємства та виду діяльності, повинна

враховувати структурний, суб'єктний, функціональний, інструментальний та цільовий аспекти.

Організація, яка в епоху якості хоче, щоб її послуги були відповідної якості, повинна бути впорядкована внутрішньо і діяти за планом. Тільки тоді докладені зусилля принесуть бажаний результат. Одним із способів упорядкування є побудова організації навколо системи якості, тобто впровадження системи управління якістю. Система управління якістю визначає організаційну структуру, дії, що виконуються в галузі якості, ресурси, що дозволяють впровадити управління якістю, відповідальність за якість, повноваження на виконання завдань, спосіб передачі команд, інформації та документів. Його завданням є забезпечення відповідності продуктів/послуг вимогам клієнтів, забезпечення контролю над усією діяльністю в сфері якості та сприяння досягненню цілей якості. Системи управління якістю не обмежуються лише питаннями, пов'язаними з контролем кінцевих продуктів або послуг, але координують весь процес надання послуг, інтегрують всіх в організації та чітко формулюють вимоги до способу дій. Вони одночасно посиляються на найважливіше визначення якості, так звану суб'єктивну якість, тобто ту, якої вимагає клієнт/пацієнт.

У системі охорони здоров'я виділяється багато різних організаційних одиниць. Найбільшими та найвідомішими серед них є лікарні, а потім поліклініки. Вони мають істотний вплив на формування іміджу служби охорони здоров'я в суспільстві. Висока якість надаваних медичних послуг, а особливо управління якістю, підвищення задоволеності клієнта/пацієнта, зокрема шляхом все більш точного пристосування пропозиції до їхніх потреб є однією з багатьох недооцінених, але дуже важливих проблем в управлінні підрозділами сектору охорони здоров'я.

Медичний заклад, як сучасна організація, орієнтована на управління якістю, повинен прийняти орієнтацію на майбутнє, що означає, що він стикається з новими викликами, тобто комплексним підходом до проблеми управління якістю, перенесенням багатоаспектного поняття якості послуг на конкретні

операційні дії в багатьох сферах, профілактики та пропаганди здоров'я, широкої діагностики та вимірювання її результатів. Забезпечення високої якості послуг повинно, отже, сприяти більш ефективному управлінню установою, підтримувати процес управління наявними ресурсами, зокрема медичними, кадровими, фінансовими та інфраструктурними, що може значно вплинути на зниження витрат на діяльність.

Система управління якістю є інструментом, що дозволяє кожному підприємству, в тому числі медичним установам, підвищувати рівень якості пропонованих послуг шляхом постійного вдосконалення методів та способів діяльності. Це також частина системи управління організацією, орієнтованої на досягнення результатів, пов'язаних з цілями щодо якості, що відповідають потребам, очікуванням та вимогам зацікавлених сторін. Якість послуг є одним з основних факторів, що визначають результати діяльності медичного закладу. Вимоги до якості послуг, що висувуються пацієнтами та іншими споживачами, постійно зростають. Відповідність цим вимогам, а також досягнення і підтримка хороших економічних результатів можливі лише за допомогою систематичного поліпшення якості. Система управління якістю, якщо вона відповідає всім нормам, гарантує медичним закладам стабільну позицію на ринку, а також постійний прогрес і розвиток.

Поліпшення якості забезпечує ефективне та результативне функціонування системи охорони здоров'я, в тому числі підрозділів цього сектору, призводить до задоволення пацієнтів отриманими послугами, задоволення працівників виконуваною роботою, обмеження витрат на діяльність, кращого та більш ефективного використання наявних ресурсів. Висока якість є умовою ефективної охорони здоров'я, що відповідає соціальним вимогам, тому вона повинна бути обов'язковою характеристикою медичних послуг. Неприпустимою є низька якість не тільки наданих медичних послуг, але й матеріалів, медичного обладнання, апаратури або найманого персоналу, що їх складають.

Сприйняття якості надання медичних послуг з точки зору пацієнта - у світлі результатів емпіричних досліджень

У управлінні якістю надзвичайно важливо знати потреби та ступінь задоволеності клієнтів - споживачів медичних послуг. Завдяки систематичним дослідженням їхньої думки можна отримати знання про те, як пацієнт сприймає отриману медичну послугу. Дослідження задоволеності пацієнтів отриманими послугами визначають як якість отриманої послуги, так і мотиви вибору конкретного постачальника послуг – лікарні чи поліклініки. Дослідження думки клієнтів/пацієнтів корисне не тільки при розробці пропозиції послуг, але й при її модифікації. Окрім проведення досліджень, важливим є їх аналіз з точки зору обслуговування пацієнта, що вимагає систематичного збору та оцінки інформації про поточні та майбутні потреби споживачів медичних послуг. Такі дослідження можна проводити, зокрема, на основі аналізу результатів опитувань щодо задоволеності пацієнтів отриманими медичними послугами, безпосередньо після їх надання, а також аналізувати обсяг продажів або кількість поданих скарг.

Проведене дослідження, результати якого представлені в цій статті, з огляду на прийняту методологію та використані вимірювальні інструменти, має первинний характер. Водночас кількість використаних інструментів дозволяє автору стверджувати, що воно має комплексний характер. Основним дослідницьким інструментом був авторський опитувальник, який для більш повного опису досліджуваного середовища був доповнений спостереженнями та вільним (неформальним) інтерв'ю, проведеним з працівниками лікарень та поліклінік, які не брали участі в опитуванні. Інтерв'ю проводилося з особами, які обіймають керівні посади різного рівня, та з оперативними працівниками різних професійних груп з метою виявлення проблем, що виникають в установах сектора охорони здоров'я під час пандемії.

Питання, що містилися в анкеті, були закритими, напіввідкритими, фільтруючими та сформульованими у вигляді шкали. Анкета складалася з 35 питань. У більшості питань варіанти відповідей були категоризовані, тобто були враховані можливі варіанти відповідей, щоб респондентам було легше висловити свою думку з даного питання, при цьому респондент у багатьох випадках мав можливість вписати додаткову відповідь у варіанті «інше». Окрім основних

питань, в анкеті також була частина, присвячена ідентифікації респондента. Тут враховувалися вік, стать, освіта, частота користування медичними послугами під час пандемії, кількість осіб, що проживають у домогосподарстві, у тому числі ті, що не досягли 18 років, та матеріальне становище домогосподарства респондента. Дослідження, проведене в першому кварталі 2022 року, було анонімним і добровільним, і в ньому взяли участь 553 клієнти/пацієнти, які користуються медичними послугами в Тернопільській області. Дослідження проводилося за допомогою електронної анкети для самостійного заповнення через Інтернет (Сawі), а вибірка була випадковою.

Для потреб дослідження ми прийняли, що дослідні дані будуть аналізовані за п'ятьма критеріями ідентифікації респондентів: вік, стать, освіта, частота користування медичними послугами під час пандемії та матеріальне становище домогосподарства респондента.

Серед опитаних переважали жінки – 66,1% від загальної кількості опитаних. Найчисленнішими групами осіб у досліджуваній популяції були респонденти віком 18-25 років (63,1%) та 36-45 років (13,2%), а наступними були особи віком 26-35 років (11,2%) та 46-55 років (7,8%). Особи віком понад 55 років становили 4,7% сукупності. Пацієнти, які взяли участь в дослідженні, мали різний рівень освіти. Найбільшу частину населення становили особи із середньою (51%) та вищою освітою, тобто 46,3% від загальної кількості опитаних. Осіб із базовою професійною освітою було 1,6%, а найнижчий рівень освіти мали лише 1,1% опитаних.

Наступним критерієм, що ідентифікує групу респондентів, врахованим у цьому аналізі, є частота користування медичними послугами під час пандемії. Як показують результати, відсоток тих, хто заявив, що дуже рідко користувався послугами закладів охорони здоров'я під час пандемії, становить 28%. У разі виникнення термінової потреби про це заявили 27% респондентів. Частка респондентів, які в цей період користувалися послугами медичних закладів один раз на півроку, становила 18%, а 13% заявили про систематичне користування в заздалегідь визначений термін. Детальна структура осіб, які користувалися

послугами закладів охорони здоров'я під час пандемії, показана на графіку 1. На початку епідемії, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, більшість поляків були задоволені матеріальним становищем своїх домогосподарств і мали відчуття фінансової безпеки. Майже половина респондентів (46%), які взяли участь у представленому дослідженні, характеризуючи матеріальне становище свого домогосподарства, заявляють, що воно є достатнім. Відсоток опитаних, які оцінюють своє матеріальне становище як добре і заявляють, що живуть на середньому рівні, становить 42%. Відсоток опитаних, які визнають, що їхнє становище дуже добре, становить лише 9%, а погане і дуже погане – 3% опитаних.

Українці майже однотайно заявляють, що користуються медичними послугами, які фінансуються Національною фондом охорони здоров'я (NFZ). Поширеність користування зазначеними медичними послугами виявляється дещо більшою у випадку результатів, наведених у статті. У відповідях респондентів переважало користування послугами закладів охорони здоров'я, оплачуваних НСЗУ (420 осіб). Особи, які брали участь в дослідженні і користувалися послугами охорони здоров'я поза системою загального медичного страхування, вказують, що мають вищу освіту.

Як показують дослідження, основною мотивацією, що спонукає поляків користуватися послугами, що фінансуються поза системою загального медичного страхування, є можливість отримати швидші терміни візитів, доступ до кращих фахівців та їх можлива більша зацікавленість. Важливою є також можливість комплексного вирішення багатьох проблем за один візит та зручніші години прийому.

Система охорони здоров'я в Україні циклічно піддається оцінці громадської думки. Протягом останніх років, незважаючи на впровадження численних реформ, спрямованих на розширення сфери охорони здоров'я та поліпшення якості догляду за пацієнтами, відзначається низький рівень задоволеності системою охорони здоров'я. Згідно з останніми результатами досліджень, аж 66% дорослих поляків негативно оцінюють функціонування системи охорони

здоров'я в Україні, у тому числі 27% – категорично негативно. Протилежної думки дотримуються 30% респондентів. У представлених дослідженнях найвищий відсоток незадоволених функціонуванням системи охорони здоров'я становив 64% опитаних респондентів, а 70% опитаних вважають, що спостерігається погіршення функціонування системи охорони здоров'я порівняно з роками до пандемії. Найбільш численною групою, яка висловила своє незадоволення функціонуванням охорони здоров'я, були особи у віці 18-25 років, що склало 41% негативних відповідей, а також особи у віці 36-45 років - 8%. Відповідей, що підтверджують задоволеність функціонуванням цього сектору під час пандемії, було лише 7%, з яких 4% відповідей стосувалися осіб віком 18-25 років. Жодна особа віком понад 55 років не дала позитивної відповіді.

Епідемічна ситуація та війна в Україні значно ускладнила можливість задоволення основних потреб громадян у сфері охорони здоров'я. Ця проблема є особливо помітною на рівні послуг, що надаються в рамках первинної медичної допомоги. З метою обмеження подальшого поширення захворювання, спричиненого SARS-CoV-2, багато установ обмежили контакти з пацієнтами, що значно ускладнило безпосередній контакт лікаря з пацієнтом і, таким чином, створило ризик незадоволення основних потреб великої групи людей. Одним із рішень цієї проблеми було розширення спектру послуг, що надаються, про так звані телеконсультації. Аналізовані результати досліджень показують, що перед медициною стоїть великий виклик, хоча б у вигляді привчання пацієнтів до онлайн-візитів або, перш за все, у питанні необхідності підвищення їх якості. Аналіз проведеного дослідження показує, що під час пандемії 64% медичних консультацій відбувалися у формі телеконсультацій (найбільше скористалися ними особи віком 18-25 років), але аж 94% осіб заявили, що найбажанішим способом контакту з лікарем є все-таки безпосередній, у лікарському кабінеті. Дивно, що наймолодша група респондентів (18-25 років) найчастіше користувалася телеконсультаціями серед опитаних, але водночас ця група осіб вказала, що віддає перевагу безпосередньому контакту з лікарем – 61%. Далі респондентів запитали, як вони оцінюють рівень якості медичної консультації,

наданої під час телеконсультації, порівняно з якістю консультацій, наданих лікарем під час особистого візиту, і аж 64% опитаних оцінили її на нижчому рівні, а значно менше людей (34%) – на тому самому рівні. Лише 2% опитаних оцінили дистанційне надання послуг як такі, що за якістю перевершують очний прийом, який відбувається безпосередньо в медичному закладі. З 553 опитаних, яким телеконсультація не вирішила повністю їхню проблему зі здоров'ям, на питання, чи їм було запропоновано можливість домовитися про особистий візит, відповісти захотіли лише 278 осіб. Лише 28% респондентів, які відповіли на це питання, запропонували можливість записатися на особистий прийом до лікаря первинної медичної допомоги, а 22% пацієнтів не отримали інформації про можливість записатися на особистий прийом.

Для безпеки пацієнтів також важливо чітко і зрозуміло обговорити проблему зі здоров'ям, з якою вони звертаються до лікаря, незалежно від ситуації з епідеміологічною загрозою в країні. Більше половини опитаних зазначили, що пандемія не вплинула на рівень інформації, що надається лікарем, і оцінили його на тому ж рівні (53% респондентів), що і до пандемії. Варто зазначити, що результати проведеного дослідження однозначно вказують на те, що телеконсультації не були сприйняті позитивно і були визнані більшістю пацієнтів (респондентів), які ними користувалися, як медична послуга, що надається на значно нижчому рівні. Однак дивно, що на запитання в анкеті, чи слід продовжувати (доступність) після закінчення пандемії як форму контакту пацієнт-лікар, 47% відповіли, що так, але вказали, що лише в ситуації, коли є потреба у видачі направлення на спеціалізоване обстеження та, можливо, електронного рецепта. Лише 15% респондентів вважають цей канал контакту з лікарем непотрібним і нецінним. Незважаючи на негативні відгуки респондентів, медична послуга у вигляді телеконсультації дала пацієнтам можливість отримати низку медичних рекомендацій, а також електронні лікарняні, електронні рецепти або рекомендації щодо безпосереднього візиту до медичного закладу чи звернення до санітарно-епідеміологічної станції у разі необхідності. Це стало одним із заходів, що запобігають поширенню вірусу, шляхом обмеження

контакту пацієнтів, які чекають на візит до медичних закладів, ізоляції осіб, які можуть заразити інших, розвіювання побоювань, якщо стан пацієнта не є небезпечним для його здоров'я, або скорочення часу очікування на особистий візит до кабінету лікаря. З подальшим розвитком форми дистанційного контакту з лікарем, для підвищення рівня задоволеності пацієнтів, варто звернути увагу на те, які позитивні сторони використання цієї форми послуг відзначають клієнти. Результати дослідження, представленого в статті, дали уявлення про думку пацієнтів з цього приводу і можуть бути змістовним підказкою у впровадженні (на постійній основі) та вдосконаленні цієї форми надання медичних послуг.

Одне з питань анкети стосувалося вказання позитивних сторін використання телеконсультацій (респонденти могли вибрати кілька відповідей). Більшість опитаних як позитивний бік вказали отримання електронного рецепта, скорочення часу очікування на особистий прийом у лікаря (економія часу), отримання електронного лікарняного та направлення до фахівця.

Автор анкети також перевіряв, чи з моменту запровадження телеконсультацій у лікаря первинної медичної допомоги пацієнт мав проблеми з додзвонитися до своєї поліклініки та на якому рівні (за шкалою від 1 до 10) він оцінює доступність телефонної реєстрації. Середня оцінка респондентів у цьому аспекті склала лише 4,48, що може вказувати на істотну проблему в організаційному функціонуванні закладів охорони здоров'я, яку слід вдосконалити. Враховуючи, що очікування пацієнтів є дуже різноманітними і мінливими в часі, необхідно систематично проводити дослідження і моніторинг задоволеності пацієнтів наданими їм послугами. Задоволеність пацієнта розглядається як ступінь, в якому пацієнт приймає медичну допомогу, з урахуванням своїх потреб і очікувань. Надійне проведення досліджень і відповідний аналіз отриманих результатів дозволяють краще адаптувати функціонування установи до реальних вимог і переваг пацієнтів.

З огляду на аналіз результатів емпіричних досліджень, що стосуються суб'єктивної оцінки рівня медичних послуг на думку пацієнтів, слід підкреслити, що вони стосувалися 4 груп - лише окремих елементів оцінки, у таких категоріях

(відповіді респондентів були надані за 5-бальною шкалою; де 5 означало найвищу оцінку), тобто оцінка діяльності з надання послуг, в рамках технічних навичок, рівня технологій та кадрової діяльності, організації та управління.

Загалом, респонденти дуже низько оцінили якість медичних послуг, що надаються в їхній області. Однак слід підкреслити, що пацієнт/клієнт оцінює зазначений критерій, як підкреслюється в статті, на основі суб'єктивних відчуттів. Слід пам'ятати, що саме він і його потреби, а також очікування повинні бути в центрі уваги медичного персоналу та керівництва лікарні - саме пацієнт є головним героєм процесу управління якістю медичного закладу. Він має право брати участь у прийнятті рішень як щодо перебігу процесу лікування та догляду, так і щодо оцінки та якості цієї допомоги. На основі зібраних даних можна стверджувати, що в досліджуваній групі пацієнти мають великі застереження щодо якості пропонованих послуг і оцінюють цей аспект на досить низькому рівні. Позитивні реакції респондентів, які при цьому дали найвищу оцінку одному з аспектів діяльності - якості наданих послуг, продемонстрували лише 4% опитаних, негативних відповідей було дещо більше - 9% осіб вказали оцінку 1. Найбільше оцінок 0 в цьому аспекті дали особи з вищою (4%) та середньою (2%) освітою. Фактором, що сильно визначає задоволеність пацієнта отриманою якістю медичних послуг, є відносини на рівні пацієнт - медичний персонал. Також оцінка контактів з адміністративним персоналом має ключове значення для загального рівня задоволеності пацієнта. З аналізу можна зробити висновок, що догляд медичного персоналу за пацієнтом – рівень догляду – був оцінений нижче (5% опитаних вказали найвищу оцінку), ніж ставлення до пацієнта адміністративного персоналу (7% осіб вказали найвищу оцінку). Найбільше критичних, а також найвищих оцінок, що стосуються як рівня догляду медичного персоналу, так і адміністративного персоналу, дали особи з вищою освітою. До найгірше сприйманих аспектів функціонування системи охорони здоров'я, в рамках оцінки діяльності з надання послуг, вказавши при цьому найбільшу кількість негативних оцінок, віднесли жителі Тернопільської області, які брали участь в дослідженні - привабливість цін на медичні послуги (20% вказали оцінку

0), особи, які страждають на рак та хронічні захворювання (15% вказали оцінку 0). Відносно низько, що заслуговує на увагу, було оцінено доступ до послуг первинної медичної допомоги – лише 24% опитаних оцінили цей аспект на рівні «добре» і 16% на рівні «дуже добре». Ще менше людей поставили оцінки на рівні «добре» і «дуже добре» в аспекті доступності до повної діагностики, що, безсумнівно, є тривожним. Відносно високо респонденти оцінили доступність тестів на наявність вірусу в організмі – 26% опитаних дали найвищу можливу оцінку.

## **2.2. Форми та методи здійснення громадського контролю якості медичних послуг**

Що стосується оцінки якості медичних послуг, пацієнт звертає увагу не тільки на якість наданих послуг/послуг, але й на оточення, в якому він перебуває. Стандарт обладнання та рівень технологій також підлягають оцінці, оскільки саме ці фактори впливають на комфорт пацієнта під час надання медичної допомоги та протягом його перебування в медичному закладі. Отже, наступним етапом аналізу оцінки функціонування системи охорони здоров'я в сприйнятті її клієнтів є оцінка окремих аспектів технічних навичок та рівня технологій. Технологічний прогрес є невід'ємною складовою розвитку будь-якої економіки та людства. Тільки динамічний розвиток технологій в організації пов'язаний із швидкими змінами, які можуть виявитися корисними, оскільки за своєю суттю розвиток технологій є процесом цілеспрямованих змін, спрямованих на вдосконалення багатьох процесів. Рівень застосовуваної технології, безсумнівно, має важливе значення для якості послуг охорони здоров'я - він відіграє головну роль у проектуванні та вдосконаленні всієї системи охорони здоров'я та у підвищенні її ефективності, результативності та продуктивності. Технологічні інновації є невід'ємною частиною медицини – вони вдосконалюють і, в певному сенсі, змінюють її якість. Обладнання лікувальним та діагностичним обладнанням відповідно до технічного прогресу та якість медичного обладнання

– це лише деякі з багатьох аспектів, які оцінили респонденти у своїх відповідях (суб'єктивна оцінка).

Людський капітал, безсумнівно, є одним з найцінніших ресурсів будь-якої організації. Незважаючи на зростаючу роль технологій у будь-якій роботі, людський фактор – залученість людини до роботи – як і раніше визначає ефективність діяльності різних установ. Найкраще використання потенціалу працівників, безсумнівно, є великим викликом для осіб, які керують даною організацією. Управління персоналом у сфері охорони здоров'я є зараз великим викликом не тільки для керівництва, але й для всіх організаторів системи охорони здоров'я. Керівник підрозділу приймає складні рішення з кадрових питань і відповідає за наймання на окремі посади осіб з необхідною кваліфікацією. Він також приймає рішення про впровадження нових інноваційних рішень, що покращують роботу медичного персоналу. Роль менеджерів у забезпеченні відповідних ресурсів для гарантування ергономічних, безпечних умов праці медичного персоналу та обслуговування клієнтів/пацієнтів видається нескінченною і непростою сферою в процесі управління. Інвестиції в обладнання, інфраструктуру та компетенції – всі ці питання повинні розглядатися керівниками комплексно.

У частині, що стосується оцінки функціонування системи охорони здоров'я в рамках групи кадрової діяльності, респонденти оцінили лише окремі елементи, зокрема кваліфікацію медичного персоналу, кількість доступних фахівців, працевлаштування визнаних фахівців, кількість медичного персоналу (тобто лікарів) і медсестер, медичних рятувальників та доступність медичного персоналу для обслуговування респіраторів. Зазначені критерії, звичайно, є відкритим каталогом, що служить для забезпечення якості медичної допомоги, але слід підкреслити, що вони не вичерпують обговорюваного критерію. Очевидно, що без лікарів, медсестер, фізіотерапевтів, медичних рятувальників, медичних аналітиків та інших професійних груп діяльність установ була б неможливою. Особа, яка здійснює медичну діяльність, повинна відповідати багатьом вимогам, характерним для сектору охорони здоров'я, що впливає на

якість медичних послуг і безпосередньо відповідає потребам пацієнта як клієнта цього сектору. Дослідження показують, що значна частина респондентів високо оцінює кваліфікацію медичного персоналу – 32% оцінили її на рівні «добре» і 12% на рівні «дуже добре». В оцінках інших аналізованих аспектів функціонування системи охорони здоров'я в категорії кадрової діяльності переважають думки на рівні задовільний і хороший. Також помітно, що значна частина респондентів висловлює незадоволення через недостатню кількість доступних фахівців, недостатню кількість персоналу та труднощі в доступі до фахівців. Подібна закономірність спостерігається також у цій категорії стосовно того, що значна група респондентів не дала оцінки, зазначивши, що не має думки з цього приводу.

Основою функціонування будь-якої організації є її постійна модифікація, еволюція та вдосконалення. Потенційні переваги моніторингу вдосконалення процесів систем якості в закладах охорони здоров'я включають оптимізацію організації та управління, підвищення обізнаності про наявність проблем, вдосконалення цих процесів, раціоналізацію часу надання послуг та супутніх процесів, активізацію працівників, підвищення задоволеності пацієнтів та поліпшення іміджу, а отже, і конкурентоспроможності закладу. Аналіз факторів, що викликають незадоволення серед пацієнтів, дає можливість внести відповідні зміни та забезпечити ефективний розвиток медичної установи відповідно до очікувань та потреб споживачів послуг.

Знання рівня залученості персоналу до роботи, на думку клієнтів, є дуже важливим для керівництва. Отримані знання в цій галузі полегшують вжиття адекватних заходів, спрямованих на чітко визначені цілі, пов'язані з розвитком персоналу та компанії. Під час боротьби з пандемією в умовах обмежених системних можливостей роль медичного персоналу набула особливого значення в системі охорони здоров'я, оскільки вона зіткнулася з необхідністю подолати багато труднощів, таких як фінансові та кадрові дефіцити, технологічні бар'єри, часті зміни в законодавстві, що вводять нові рішення, або надмірне

навантаження. Проте, з проведеного аналізу випливає, що пацієнти досить критично поставилися до цього питання у своїх оцінках.

Поширеною є думка про неправильний підхід та залученість до роботи окремих груп медичного та адміністративного персоналу. Тому ми вважаємо за необхідне дізнатися думку респондентів щодо поведінки персоналу в цьому питанні. З аналізу результатів можна зробити висновок, що вони вимагають і очікують хорошої організації роботи команди та її великої залученості, що стосується як медичного, так і адміністративного персоналу. Аналіз їхніх думок у рамках компонента «організація роботи медичного персоналу» показав, що лише 5% опитаних оцінили її на найвищому рівні (за 5-бальною шкалою). Залученість працівників слід розглядати як їх позитивне ставлення до компанії, в якій вони працюють. Залучений працівник також цінує цінності, які представляє організація, співпрацює в командах з іншими і намагається працювати так, щоб його дії приносили користь не тільки компанії, але і її клієнтам. У проведеному дослідженні оцінка залученості персоналу стосувалася групи лікарів, медсестер і медичних рятувальників, а також адміністративного персоналу. Примітно, що найбільш цінованою професійною групою були медичні рятувальники. Вони отримали найбільшу кількість дуже хороших оцінок - 24%, медсестри - 17%, а також персонал лікарів - 12%.

Потенційні переваги моніторингу системи якості в закладах охорони здоров'я включають, серед іншого, вдосконалення організації роботи та управління, підвищення обізнаності про проблеми, вдосконалення процесів, раціоналізацію часу надання послуг та супутніх процесів, активізацію працівників, підвищення задоволеності пацієнтів та поліпшення іміджу, а отже, і конкурентоспроможності закладу.

Чутливість до очікувань і потреб пацієнтів є, крім ефективності лікування, основною метою системи охорони здоров'я і повинна підлягати постійному моніторингу. Систематичні дослідження якості медичних послуг є однією з основ їх вдосконалення, а також визначають реалізацію принципу орієнтації на свого клієнта/пацієнта. В епоху споживчого суспільства, користуючись медичними

послугами, пацієнти очікують такого ж рівня якості послуг і можливості вибору, як і під час покупки товарів або користування іншими видами послуг. Задоволеність пацієнта є одним з елементів оцінки якості медичної допомоги, тому рівень його задоволеності є важливим фактором, що впливає на успіх управління медичним закладом. Проведення досліджень задоволеності пацієнтів дає можливість дізнатися думку пацієнтів про пропоновані їм послуги, а також дозволяє визначити слабкі місця в аналізованих сферах функціонування лікарні. Результати такого роду досліджень дають можливість вжити відповідних заходів, а також підготувати медичний заклад до впровадження та реалізації систем управління якістю. Однак слід пам'ятати, що задоволення очікувань клієнтів, по-перше, не є легким завданням, а по-друге, залежить від багатьох факторів. Адже рівень якості наданих послуг складається з якості функціонування всієї установи. У зв'язку з цим керівний склад повинен вживати всіх заходів, спрямованих на отримання інформації про очікування та вимоги пацієнтів, з метою кращого пристосування пропозиції своїх послуг та підвищення їх якості. При цьому слід зазначити, що ієрархізація очікувань клієнтів може бути надзвичайно важливою з огляду на вжиття заходів з удосконалення в умовах досить обмежених ресурсів. Вона дозволить визначити області, якими слід зайнятися в першу чергу, щоб підвищити рівень якості тих, які стають ключовими з точки зору пацієнта.

Відправною точкою в обговоренні як для керівного та адміністративного персоналу, так і для медичного персоналу є, серед іншого:

- створення якісних тенденцій у системі охорони здоров'я;
- дотримання в медичній установі політики якості, встановлених цілей щодо якості та її постійне вдосконалення;
- забезпечення відповідних ресурсів, у тому числі людських, та побудова відповідної структури системи, необхідної для досягнення цілей щодо якості;
- поліпшення організації роботи та створення механізмів, що дозволяють ефективно ідентифікувати, повідомляти про помилки, небажані події в організації кожного медичного закладу, а також їх усунення;

- визначення заходів, що запобігають невідповідностям та усувають їх причини;

- підвищення рівня комп'ютеризації в адміністративних діях;

- впровадження систем електронної реєстрації візитів з можливістю надсилання повідомлень та поточного оновлення статусу візиту (у формі електронного листа або SMS), з метою надання лікареві інформації про зареєстрованих пацієнтів та обмеження кількості випадків, коли пацієнт записується на візит, а потім не користується ним;

- підтримка медичного персоналу в адміністративній роботі - аналіз обсягу адміністративних обов'язків медичного персоналу та обмеження їх до необхідного мінімуму (економія часу, який може бути використаний для пацієнта);

- підвищення та моніторинг залученості співробітників, а також вивчення їх думок з даного питання;

- створення системи мотивації, що стимулює працівників до більшої залученості до якості виконуваної роботи, в тому числі надаваних послуг;

- підтримка розвитку персоналу, підвищення кваліфікації;

- стимулювання поліпшення якості догляду за пацієнтом, в тому числі підвищення суспільної довіри до найманого персоналу;

- підкреслення ролі забезпечення очікуваного суспільством рівня задоволення їхніх очікувань і потреб, а також проведення досліджень задоволеності пацієнтів. Збір їхніх думок допомагає виявити проблеми, а також дозволяє застосовувати такі рішення, які будуть спрямовані на поліпшення якості її функціонування. Основні дії в цій сфері повинні бути спрямовані на визначення критеріїв оцінки, якими користуються пацієнти, саме вони повинні визначати напрямки вдосконалення обслуговування. Однак ця сфера все ще не перевірена, було зроблено небагато спроб створити єдиний інструмент, який дозволив би оцінити, якими критеріями керуються пацієнти, вибираючи медичні послуги;

- поліпшення потоку інформації;

- надання клієнту можливості кращого вибору для задоволення його очікувань;

- поліпшення комунікації та налагодження на належному рівні відносин пацієнтів з медичним та адміністративним персоналом.

Нами представлено результати емпіричних досліджень щодо рівня задоволеності пацієнтів функціонуванням системи охорони здоров'я в окремих аспектах під час пандемії та оцінки якості послуг за різними критеріями, прийнятими автором. Результати досліджень можуть бути відправною точкою для формулювання та передачі рекомендацій щодо вжиття заходів у рамках внутрішньої системи управління підрозділом.

### РОЗДІЛ 3.

## МЕХАНІЗМ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ГРОМАДСЬКОГО КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ НАДАННЯ ПОСЛУГ

### 3.1. Запровадження системи аналіз результатів громадського контролю в закладах охорони здоров'я

Здається, що і в галузі охорони здоров'я, як і в підприємствах, можна буде досягти значного поліпшення функціонування системи завдяки використанню досвіду x-engineering. Завдання оптимізації системи охорони здоров'я є важливим не тільки з точки зору безпеки здоров'я населення, але й тому, що це одна з найважливіших галузей економіки, яка в Європі забезпечує роботою близько 9% робочої сили і споживає в розвинених країнах від 6 до 16% ВВП.

Метою нашої пропозиції є:

1. Перевірка гіпотези, що застосування філософії x-engineeringu вплине на підвищення якості та ефективності медичних послуг.
2. Ідентифікація нових областей застосування інформаційно-комунікаційних технологій в охороні здоров'я.

Прийнятий метод дослідження – це аналіз літератури та рекомендацій європейських і українських інституцій, а також практичних рішень у сфері застосування інформаційно-комунікаційних технологій в системі та організаціях охорони здоров'я.

На основі свого багаторічного досвіду в управлінні лікарнею та знань, отриманих в результаті численних розмов з пацієнтами та їхніми родинами, автор прийняв такі припущення:

- Пацієнти та їхні родини відчувають брак поточної вичерпної інформації про стан їхнього здоров'я під час госпіталізації;
- Поточна система ведення списків очікування, незважаючи на те, що забезпечує рівний доступ до медичних послуг, не є зручною для пацієнтів;

- Пацієнти вважають важливою можливість підтвердження поставленого їм діагнозу та запланованого лікування.

Описана Джеймсом Чампі філософія x-engineering стосується використання телеінформаційних технологій, особливо Інтернету, для побудови зв'язків між процесами підприємств з метою досягнення радикального підвищення продуктивності та якості. Реінжиніринг стосується вдосконалення процесів всередині організації, тоді як x-інжиніринг вказує на пошук нових площин для вдосконалення процесів, що виходять за межі окремої організації, поєднуючи процеси постачальників і клієнтів за допомогою передових інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ). Цей підхід вимагає подолання багатьох кордонів між людьми та організаціями, а також відкритості, довіри та ширості у відносинах.

Щоб застосувати філософію x-engineering, необхідно проаналізувати всі відносини, в яких перебуває організація, як зі своїми постачальниками та клієнтами, так і з працівниками, партнерами та навіть конкурентами. Чемп вказує на три області, які слід перепроєктувати, на його думку, це: процеси, пропозиція та участь, вони утворюють так званий трикутник x-інжинірингу.

Процеси - організація буде успішною, якщо ефективними будуть не тільки її процеси, але й процеси всіх її партнерів, тому кожне підприємство повинно розділити свої процеси на ті, які: виконує сама, оскільки вони є унікальними і дають конкурентну перевагу; виконує разом з іншими організаціями, і ті, які можна доручити іншим організаціям, оскільки вони можуть виконати їх краще.

Пропозиція - Існує багато універсальних пропозицій цінності для клієнта, серед яких: якість, ціна, різноманітність, інноваційність, рівень обслуговування, швидкість і, що важливо в медичних послугах, репутація та досвід. Організації, діючи разом, можуть досягти кращих результатів, запропонувати клієнтам вищу цінність і тим самим отримати конкурентну перевагу.

Третім вершиною трикутника є участь, яка визначає ступінь залучення організації до x-engineering. Чемп (2003, с. 5253) виділяє чотири рівні участі:

на рівні 1 - організація перепроєктує власні процеси;

на рівні 2 - перепроєктує їх спільно з одним із співпрацюючих підприємств, наприклад, постачальником;

на рівні 3 – перепроєктує власні процеси та процеси двох інших організацій (наприклад, постачальників і клієнтів);

а на рівні 4 – перепроєктує процеси трьох різних організацій, що може навіть призвести до змін відносин у всій галузі.

## 2. Впровадження x-engineering у охороні здоров'я

Охорона здоров'я є специфічною галуззю, і, беручись за впровадження змін в організаціях, що до неї належать, слід враховувати її унікальні особливості:

- провідну роль, яку відіграють медичні послуги в суспільстві;
- спосіб фінансування, найчастіше з використанням так званої «третьої сторони»;
- невелика конкуренція між учасниками медичного ринку;
- специфічна організація роботи;
- високий соціальний статус і переговорна сила ключових працівників;
- труднощі в об'єктивній оцінці якості медичних послуг.

Організації охорони здоров'я, хоча і мають багато відмінних рис, можуть брати приклад з підприємств, які отримали значні вигоди і водночас створили велику цінність для клієнтів, залучивши їх до своїх процесів. Європейські дослідження підтверджують, що ІКТ можуть мати істотний вплив на поліпшення доступності, якості, ефективності та продуктивності системи охорони здоров'я. Ці технології можуть зменшити витрати на ведення та зберігання медичної документації, зменшити кількість медичних помилок та непотрібних госпіталізацій.

Впроваджуючи рішення x-engineering у медичній галузі, слід також пам'ятати, що система охорони здоров'я – це не тільки лікувальна медицина, але й профілактика, а реорганізація процесів повинна охоплювати всі заклади, оскільки неможливо передбачити, до якого з них потрапить пацієнт. У більшості галузей з крахом підприємства процеси найчастіше перериваються і зникають, тоді як у разі, якщо таке трапляється в охороні здоров'я, процеси повинні бути

негайно переконфігуровані та об'єднані, а зібрані медичні дані збережені та надалі доступні. Саме тому в інтеграції медичних процесів необхідна участь держави, яка повинна полягати у створенні відповідної правової бази, що забезпечує конфіденційність і стійкість даних, сприятливого клімату, стимулів для об'єднання процесів між державними, а також приватними закладами охорони здоров'я, та вибору технологічних стандартів.

Впроваджуючи філософію *x-engineering* в заклади охорони здоров'я, необхідно не тільки впровадити телеінформаційні технології, але й, перш за все, перепроектувати способи роботи. В першу чергу слід впровадити процесне управління всередині організації, упорядковуючи процеси та адаптуючи організаційну структуру таким чином, щоб вона підтримувала відкритість організації для зовнішніх партнерів, особливо пацієнтів. Потім необхідно розділити процеси на класи, запропоновані Чампі: процеси, унікальні для організації, процеси, які організація хоче об'єднати та оптимізувати з партнерськими організаціями, та процеси, які планується передати зовнішнім компаніям (аутсорсинг). Далі має відбутися етап обміну інформацією між організаціями, щоб ізольовані установи не класифікували процеси по-різному, унеможливаючи їх синхронізацію. У *x-engineering* можуть також брати участь організації, що займаються виробництвом і впровадженням програмного забезпечення, розподілом ліків, медичного обладнання або інших матеріалів і послуг, що використовуються в охороні здоров'я.

Впровадження *x-engineeringu* повинно враховувати триступеневий розподіл компетенцій в охороні здоров'я, що дозволяє відбирати пацієнтів залежно від тяжкості та стадії захворювання, раціоналізуючи використання ресурсів.

Процеси, унікальні для організацій охорони здоров'я, безсумнівно, є медичними процесами. Однак в інших частинах ланцюга надання послуг окремі підрозділи будуть шукати свої основні процеси (*core competence*). Це визначається рівнем, до якого вони належать. Окремі установи повинні ідентифікувати та розвивати лише ті види послуг, в яких вони мають шанс стати

лідерами за якістю та вартістю; інші послуги слід «передати» іншим постачальникам послуг.

Як показують багаторічні дослідження, проведені в США, на якість лікування та отримані клінічні результати великий вплив має досвід. Існує значна кореляція між високою якістю та нижчими витратами, а також досвідом та кількістю пацієнтів, які лікуються від певного захворювання. Наприклад, лікарня St. Luke's Episcopal Hospital, виконавши 100 000 операцій з імплантації шунтів, знизила витрати на операції від 30% до 50% у порівнянні з іншими академічними клінічними лікарнями. Натомість порівняльні дослідження внутрішньолікарняної смертності після операцій, проведені між лікарнями з найменшою та найбільшою кількістю операцій даного типу, показали, що смертність у лікарнях з найменшою кількістю операцій у деяких захворюваннях була майже втричі вищою, ніж у лікарнях з найбільшою кількістю операцій.

Більша консолідація та централізація медичних послуг сприяє якості діагностики та лікування, а також економічній ефективності, оскільки дозволяє створювати спеціалізовані команди та краще адаптувати середовище догляду. Однак негативним ефектом спеціалізації є збільшення фрагментації лікування у випадку захворювань, що уражують кілька органів і вимагають взаємодії фахівців з різних галузей. Здається, що оптимізація способів транспортування пацієнтів та впровадження телеінформаційних рішень, що інтегрують процеси медичних закладів відповідно до філософії x-engineering, дозволить пом'якшити цю дихотомію. Згідно з доповіддю e-BusinessW@tch, ІКТ не тільки дозволяє зменшити фрагментарність лікування завдяки кращому поєднанню різних відділень лікарень та закладів охорони здоров'я, але й дозволяє інтегрувати різні види охорони здоров'я, такі як профілактика, скринінг, діагностика та реабілітація.

Охорона здоров'я, як і інші галузі економіки, надає суспільству широкий спектр цінностей, найважливішими з яких є якість та доступність. Багато проблем цього сектору пов'язані з недостатньою координацією процесів між окремими рівнями лікування, а також всередині медичних закладів, коли йдеться

про лікування пацієнтів з багатоорганими захворюваннями. Працівники охорони здоров'я мають високий рівень професійної етики і приділяють велику увагу якості своєї роботи, однак саме ця етика і престиж є перешкодами в координації процесів великого масштабу і подоланні бар'єрів між окремими організаційними підрозділами та закладами. Одним із способів вирішення цієї проблеми може бути розробка мегапроцесів, що охоплюють багато спеціальностей в одній або декількох організаціях, та їх ефективний моніторинг з використанням ІКТ.

Участь – залучення пацієнтів та їхніх сімей. Запропонована Чампі чотирирівнева класифікація залучення організацій до x-engineering може бути інтерпретована в охороні здоров'я наступним чином:

1. На першому рівні медичні установи повинні перепроєктувати власні процеси разом з організаційною структурою в напрямку більшої орієнтації на пацієнта та більшої чутливості до зовнішніх стимулів.

2. На другому рівні організації повинні перепроєктувати, синхронізувати та надати одна одній доступ до певних процесів, щоб оптимізувати потік пацієнтів.

3. На третьому рівні слід залучити постачальників та інших партнерів до спільного перепроєктування процесів з метою підвищення ефективності постачання матеріалів та послуг до установ.

4. Четвертий рівень участі повинен охоплювати залучення пацієнтів та надання їм можливості реально впливати на процеси їхнього лікування. Наприклад, надання пацієнтам доступу до медичної інформації *онлайн*, а також до поточної історії хвороби під час госпіталізації, надало б їм права та дозволило б реально впливати на якість охорони здоров'я.

Надання пацієнтам можливості активно впливати на процеси їх лікування вимагає не тільки інвестицій в інфраструктуру ІКТ, але й, перш за все, подолання стереотипу про пацієнта як пасивного споживача медичних послуг. Прикладом надання доступу до внутрішніх процесів окремим особам є банки, які дозволили

своїм клієнтам самостійно виконувати ряд дій, зокрема фінансові операції, знижуючи витрати та підвищуючи доступність послуг.

На жаль, практично всі пропозиції щодо використання ІКТ в охороні здоров'я, як розроблені міжнародними організаціями, урядами окремих країн, комерційними компаніями, так і самими медичними закладами, передбачають пасивність пацієнтів у процесі обробки інформації про стан їхнього здоров'я та спосіб лікування.

### **3.2. Інноваційні форми удосконалення громадського контролю якості медичних послуг**

Діючи відповідно до філософії x-engineering, організації охорони здоров'я повинні зосередитися на максимізації залучення партнерів до своїх процесів. Найскладнішим завданням, головним чином через організаційну культуру, що панує в охороні здоров'я, буде надання пацієнтам доступу до деяких процесів.

У разі планових процедур пацієнтам слід надати можливість самостійно бронювати дату та вносити можливі зміни до плану процедур відділення або лікарні з мінімальним випередженням. У разі планових процедур часто буває так, що для пацієнта можливість вибору зручної дати є важливішою за тривалість очікування. Таке рішення є вигідним з двох причин: по-перше, воно знімає з лікарні частину роботи, пов'язаної з бронюванням, по-друге, дозволяє адаптувати час процедур до вимог пацієнтів, що набагато складніше зробити медичному закладу самостійно через законодавчі норми щодо черг.

Під час лікування у відділенні пацієнти відчують дискомфорт, спричинений відсутністю інформації про результати проведених діагностичних процедур. Наразі в більшості лікарень застосовується практика, за якою пацієнт не інформується про детальні результати окремих діагностичних процедур, доки не буде завершено діагностичний процес. Пацієнт також не має необмеженого доступу до історії хвороби, а повинен покладатися на інформацію, надану йому лікарем. Не маючи можливості ознайомитися з результатами обстежень перед

бесідою, на якій визначається подальше лікування, він не може до неї підготуватися, задати відповідні питання та прийняти обдумане рішення. Неінформування пацієнтів про результати окремих діагностичних процедур є найчастіше наслідком браку часу у лікарів. На жаль, це створює несприятливу ситуацію, в якій пацієнт лише після виходу з лікарні та ретельного прочитання своєї інформаційної картки має питання та сумніви, що спонукають його шукати інформацію та пояснення у того самого або іншого лікаря.

Інформаційні технології можна використовувати для узгодження цих двох, на перший погляд, суперечливих інтересів: пацієнта до достовірної та вичерпної інформації та ефективного використання часу медичного персоналу, тим самим захищаючи заклад від надмірного зростання витрат на лікування. Це буде можливо, якщо результати діагностичних процедур будуть доступні відразу після їх виконання та внесення в історію хвороби онлайн на сервері лікарні, разом із фотографіями та відео з діагностичної візуалізації (Рентген, КТ, МРТ, УЗД) та відео з бронхоскопічних, колоноскопічних та гастроскопічних досліджень. Пацієнт міг би тоді отримати доступ до своєї історії хвороби вже під час госпіталізації та на постійній основі консультуватися зі своїм лікарем первинної медичної допомоги або іншим фахівцем, під опікою якого він перебуває, наприклад, через інші захворювання. Ці дані він також міг би надати своїй родині або зовнішньому консультанту.

Більшість сформульованих і використовуваних визначень здоров'я підкреслюють психічне благополуччя як його невід'ємну складову, тому охорона здоров'я повинна приділяти велику увагу забезпеченню людини психічним благополуччям у разі лікування фізичних захворювань. А це благополуччя досягається, зокрема, шляхом забезпечення пацієнта доступом до повної інформації про його здоров'я та можливості перевірки діагнозу та призначеного лікування. Доступ до інформації про стан здоров'я також гарантують права пацієнта (Закон про охорону здоров'я, ст. 19, ч. 1, п. 2), але вони не визначають, наскільки ця інформація повинна бути негайною, детальною та вичерпною.

При розробці нових організаційних рішень, особливо тих, що передбачають широке застосування інформаційно-комунікаційних технологій, слід враховувати все вищий рівень медичних знань суспільства, що є результатом зростаючого інтересу людей до свого здоров'я та поширення медичних знань, зокрема через друковані довідники та електронні сервіси. Крім того, поширення інформації про кількість медичних помилок та побічних ефектів ліків, яких можна було уникнути, робить пацієнтів більш недовірливими і вони очікують від медичного середовища все більше інформації про спосіб лікування. При прийнятті медичних рішень люди хочуть, щоб до них ставилися як до рівноправних партнерів, а в разі сумнівів хочуть мати можливість їх перевірити.

Надання пацієнтам можливості активно брати участь у процесі їхнього лікування в лікарні під час госпіталізації шляхом надання їм доступу до медичних даних, безсумнівно, матиме значний вплив на всю галузь охорони здоров'я та змінить взаємне співвідношення сил між пацієнтами, постачальниками медичних послуг та медичними фахівцями. Тому перед наданням пацієнтам цієї інформації слід провести ретельний аналіз можливих наслідків таких дій як для системи охорони здоров'я, тобто її витрат, якості та задоволеності працівників, так і для самих пацієнтів. Слід провести дослідження, чи така інформація дійсно покращить психічне самопочуття пацієнтів і чи дозволить їм вживати конструктивних заходів для поліпшення результатів лікування.

Щоб запобігти надмірному зростанню витрат системи, слід точно визначити, скільки і яких консультацій може очікувати пацієнт в рамках державних коштів, а за які він повинен платити сам, або чи можуть вони бути покриті комерційним страхуванням. Вже зараз страховики пропонують поліси, що покривають консультації лікаря-спеціаліста під час перебування в лікарні.

Онлайн-доступ до повних діагностичних даних, ймовірно, вплинув би на розвиток платних консультацій. Пацієнт міг би придбати через Інтернет послугу перевірки поставленого діагнозу та запропонованого способу лікування. Зовнішній консультант, маючи віддалений доступ до результатів досліджень та

історії хвороби, часто без приїзду до лікарні, міг би підтвердити або, можливо, запропонувати інше лікування лікувальній команді. Наразі стандартом є опис матеріалів з візуалізаційних досліджень, таких як Рентген, МРТ або КТ. Дистанційна консультація дозволяє значно знизити витрати пацієнтів і ефективніше використовувати час фахівців. Крім того, така консультація може бути проведена з будь-якого місця в світі.

Впровадження додаткових медичних консультацій, ймовірно, зменшило б кількість помилок, спричинених неправильним діагнозом або небажаною дією ліків, та сприяло б швидшому поширенню сучасних методів лікування. Однак це могло б одночасно негативно вплинути на фінансове становище лікарень. Зовнішній консультант, який діє від імені приватного страховика або веде власну господарську діяльність, не був би зацікавлений в оптимізації витрат на лікування, а навпаки, дбаючи про власний імідж, міг би пропонувати пацієнтам дорожче лікування, не завжди більш ефективне, що спричиняло б додаткові претензії пацієнтів до лікарень.

Негайний доступ пацієнтів до результатів досліджень є основною умовою їхнього уповноваження, однак може мати і негативні наслідки, оскільки аналіз незавершеного діагностичного процесу може призвести до помилкових висновків і додаткового стресу для пацієнтів. Тому слід розглянути, яку інформацію і в якій формі можна надавати пацієнтам.

Крім того, зберігання в базах даних мільйонів історій хвороб з повною діагностичною документацією після їх анонімізації могло б служити цінним джерелом інформації для медичних фахівців, науковців, студентів та осіб, які керують системою охорони здоров'я.

Впровадження філософії x-engineering в охорону здоров'я, тобто, перш за все, залучення пацієнтів до внутрішніх процесів медичних установ, безсумнівно, матиме значний вплив на всю галузь. Це дозволить пацієнтам та їхнім близьким брати більш активну участь у процесі лікування і, таким чином, створити систему, більш орієнтовану на потреби хворих людей. В даний час у більшості систем охорони здоров'я представником і захисником пацієнта повинен бути його

сімейний лікар (GP-general practitioner), однак це не завжди приносить очікувані результати. Важко знайти людей, які будуть більш залучені в лікування, ніж сам хворий і його сім'я. Тому необхідно розвивати інструменти, які дозволять більшу залученість суспільства до внутрішніх процесів лікування, тим більше, що все більша шкільна освіта зменшує диспропорції знань між лікарем і його пацієнтом, а залучення ІКТ дозволяє знизити витрати на додаткові консультації фахівців.

ІКТ також дозволяє більшу інтеграцію трьох вищезазначених рівнів охорони здоров'я з багатьма установами на кожному з них, щоб вони могли створити єдиний цілісний процес лікування. Впровадження запропонованих рішень вимагає не тільки впровадження технологій, але й, перш за все, еволюції в підході медичних фахівців до ІКТ. Вже зараз лікарі в значній мірі покладаються на електронну передачу інформації. Адже зображення внутрішніх органів людини під час проведення гастроскопії або колоноскопії надходить з камери, проте вони не схильні ставити діагнози без безпосереднього контакту з пацієнтом, незважаючи на те, що мають практично всю інформацію.

З інтерв'ю, проведених e-Business W@tch, випливає, що найбільшими перешкодами у впровадженні електронної комунікації між первинною медичною допомогою та лікарнями, а також у більшому залученні пацієнтів до обробки даних про своє здоров'я є звичка лікарів ставити діагнози тільки при особистому контакті з пацієнтом, а також те, що багато старших і видатних лікарів не хочуть вчитися користуватися сучасними телеінформаційними засобами.

Запропоновані в статті рішення базуються на доступній науковій літературі та офіційних документах національних і європейських інституцій, а також на досвіді автора, отриманому в результаті розмов з багатьма пацієнтами та їхніми родинами і багаторічної роботи в закладі охорони здоров'я. Їх слід розглядати як вказівки, що визначають найперспективніші напрямки подальших досліджень.

## ВИСНОВКИ

Громадський контроль якості надання медичних послуг в Україні перебуває на етапі активного розвитку, що супроводжується глибоким осмисленням і адаптацією як вітчизняного, так і зарубіжного досвіду. Це дозволяє забезпечити врахування найкращих практик, які вже довели свою ефективність у різних країнах світу, та створити підґрунтя для сталого вдосконалення системи охорони здоров'я. Особливу роль у цьому процесі відіграють механізми залучення громадськості, серед яких пацієнтські організації та громадські ради стають не лише представниками інтересів населення, а й важливими рушіями змін, долаючи адміністративні бар'єри та сприяючи формуванню прозорих процедур прийняття рішень у галузі здоров'я.

Аналіз сучасного стану показав, що громадський контроль має значний позитивний вплив на підвищення якості медичних послуг, сприяє прозорості діяльності закладів охорони здоров'я та зростанню довіри з боку пацієнтів і суспільства загалом. Відкритість до діалогу і співпраці між адміністраціями медичних закладів та громадськими інституціями створює умови для своєчасного реагування на потреби та зауваження пацієнтів, а також формує культуру партнерства та взаємної відповідальності.

Водночас, серед основних проблем громадського контролю варто відзначити недостатній рівень поінформованості населення щодо можливостей впливу на якість медичних послуг, низьку мотивацію до участі у відповідних ініціативах, а також певну формальність у діяльності окремих громадських структур. Це свідчить про необхідність розробки та впровадження ефективних освітніх програм, спрямованих на підвищення обізнаності громадян, а також створення дієвих механізмів стимулювання їх активності.

Нормативно-правова база громадського контролю потребує подальшого вдосконалення, зокрема щодо деталізації процедур та відповідальності сторін, забезпечення прозорості процесів та впровадження реальних механізмів впливу громадськості на прийняття управлінських рішень у сфері охорони здоров'я.

Важливо, щоб законодавчі зміни враховували не лише потреби системи, а й інтереси пацієнтів, створюючи рівні умови доступу до контролю для всіх громадян.

Застосування сучасних інструментів громадського контролю, таких як електронні платформи, онлайн-опитування, анкетування й експертні обговорення, забезпечує можливість залучити ширше коло учасників, врахувати думку різних груп населення та оперативно реагувати на виявлені проблеми. Використання цифрових технологій відкриває нові горизонти для ефективної взаємодії, прозорості та підзвітності у сфері охорони здоров'я.

Залучення пацієнтів і громадськості до оцінки якості роботи медичних закладів виступає ключовим чинником для підвищення стандартів надання медичних послуг. Такий підхід забезпечує реальний вплив на процеси змін, адже саме користувачі системи найкраще знають її сильні та слабкі сторони. Слушні зауваження та пропозиції пацієнтів допомагають удосконалювати організацію медичної допомоги, підвищувати її безпеку та ефективність.

Впровадження кращих міжнародних практик створює передумови для розвитку інноваційних рішень, підвищення прозорості та підзвітності у сфері охорони здоров'я, а також сприяє формуванню довіри до державних інституцій. Адаптація зарубіжного досвіду дозволяє враховувати специфіку українських реалій, впроваджувати нові моделі співпраці та розвивати культуру громадянської участі.

Таким чином, результати проведеного дослідження можуть бути використані для формування нових стратегій управління якістю медичних послуг із залученням громадського сектору. Це відкриває можливості для створення інклюзивної системи охорони здоров'я, де кожен громадянин матиме реальний інструмент впливу на прийняття рішень та контроль за якістю послуг. Своєчасне врахування цих аспектів стане вагомим внеском у розвиток сучасної та ефективної системи охорони здоров'я в Україні.

1. Аналітична інформація щодо стану реалізації ПМГ 2024 року за областями. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/zvity-pmg-za-regionamy-2024>
2. Барзилович А.Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. URL: [http://www.investplan.com.ua/pdf/2\\_2020/23.pdf](http://www.investplan.com.ua/pdf/2_2020/23.pdf)
3. Длугопольський, О. В. Підходи до оцінки ефективності функціонування суспільного сектору економіки. *Економічний аналіз*: зб. наук. праць Тернопіль: Видавничо-поліграфічний центр Тернопільського національного економічного університету «Економічна думка», 2014. Том 15. № 1. С.43-58.
4. Дубінський С. Проблеми забезпечення якості послуг в медичній галузі України. URL: <http://eurodev.duan.edu.ua/images/stories/Files/2016-1/6.pdf>
5. Жуковська, А.Ю. Інноваційні технології інклюзивної медицини. *Інноваційна економіка*. 2020. № 3-4. (83). С. 19-30. URL: <https://doi.org/10.35774/visnyk2019.02.007>
6. Жуковська, А.Ю., Чигур, О.В. Інноваційні технології надання медичних послуг. *Інноваційна економіка*. 2022. № 1 (90). С. 60-66. URL: <https://doi.org/10.37332/2309-1533.2022.1.8>
7. Завдання та шляхи реалізації реформи системи охорони здоров'я. URL: <https://uozter.gov.ua/ua/363-zavdannya-ta-shlyahi-realizacii-reformuvannya-galuzi>
8. КНП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради. URL: <https://www.mlr.com.ua/>
9. Конституція України. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%B0%B2%B1%80>
10. Контроль якості медичної допомоги. URL: [serpens.ucoz.ua/Referat/kontrol\\_jakosti\\_medichnoji\\_dopomogi.doc](http://serpens.ucoz.ua/Referat/kontrol_jakosti_medichnoji_dopomogi.doc)
11. Концепція управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 р. URL: [old.moz.gov.ua/ua/portal/ms\\_qualitymedicalcare](http://old.moz.gov.ua/ua/portal/ms_qualitymedicalcare)

- 12.Кривокульська Н.М. Адміністративний менеджмент. Тернопіль, «Крок», 2013. 294с.
- 13.Кривокульська Н.М. Удосконалення організації роботи медичних установ як функції адміністративного менеджменту. Формування ринкових відносин в Україні. 2015. № 2 (165). С. 67-71. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/udoskonalennya-organizatsiyi-roboti-medichnih-ustanov-yak-funktsiyi-administrativnogo-menedzhmentu/viewer>
- 14.Кульгінський Є. Пріоритетні напрями державної політики охорони громадського здоров'я. URL: [http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2016/2016\\_03\(30\)/14.pdf](http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2016/2016_03(30)/14.pdf)
- 15.Лехан В.М. Управління змінами в системі охорони здоров'я України: історія та уроки пілотних регіонів: навчальний посібник. В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, В. В. Волчек. Дніпропетровськ, 2016. 53с.
- 16.Лисюк М. Вдосконалення системи контролю якості медичних послуг. Наукова інтернет-конференція молодих вчених, аспірантів, студентів кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні» (м. Тернопіль, листопад 2024 року).
- 17.Лисюк М. Якість медичних послуг в закладах охорони здоров'я як об'єкт управління. Всеукраїнська науково-практична конференція «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів» (м. Тернопіль, травень 2025 року).
- 18.Мельник А.Ф., Васіна А.Ю., Кривокульська Н.М. Менеджмент державних установ і організацій: Навч. посібник / За ред. А.Ф. Мельник. Тернопіль: Економічна думка, 2006. 425 с.
- 19.Методичні підходи до визначення задоволеності пацієнтів (їхніх представників) медичною допомогою у закладі охорони здоров'я / Горачук В.В., Гойда Н.Г. URL: [http://www.nbu.gov.ua/old\\_jrn/chem\\_biol/sped/2012/015-18.pdf](http://www.nbu.gov.ua/old_jrn/chem_biol/sped/2012/015-18.pdf)

20. Національна служба здоров'я України. Е-дані. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data>
21. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025 рр. (проект). URL: <https://www.apteka.ua/article/315522>
22. Нормативні документи, які регулюють різні сфери надання послуг. URL: <http://zakon.nau.ua/search/?word=%EF%EE%F1%EB%F3%E3%E89>
23. Організація контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я (Методичні рекомендації). URL: [https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/oky\\_zoz.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/oky_zoz.pdf)
24. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України №2802-ХІІ від 19.11.92. Верховна Рада України. Відомості Верховної Ради України. 1993. №4. С. 19. із змінами внесеними згідно з Законом N 2592-VI ( 2592-17 ) від 07.10.2010. (Нормативно-правовий документ ВРУ. Закон). URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2801-12>.
25. Петрашик Ю.М. Якість медичних послуг: особливості, роль, фактори. URL: [irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis..../cgiirbis64.exe?..](http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis..../cgiirbis64.exe?..)
26. Показники досягнення універсального охоплення населення медичними послугами на рівні первинної медичної допомоги. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/pmd-coverage-indicators>
27. Примірний табель матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які надають первинну медичну допомогу : наказ МОЗ України №148 від 26.01.2018 року. URL: [https://moz.gov.ua/uploads/0/4141-dn\\_20180126\\_148.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/0/4141-dn_20180126_148.pdf)
28. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3611-17>
29. Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги: Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 507 від 28.12.2002р. URL: [http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20021228\\_507.html](http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20021228_507.html).

30. Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 11.09.2013 р. № 795 зареєстрований в Міністерстві юстиції України 27 вересня 2013 року за № 1669/24201. URL: <http://moz.gov.ua/ua/portal>.
31. Про Порядок контролю якості медичної допомоги : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 № 752. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12>
32. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я : методичні розробки для викладачів до проведення практичного заняття на тему «Організація і зміст роботи лікувально-профілактичних закладів на різних етапах медичного забезпечення сільського населення» для підготовки студентів 5 -го курсу за спеціальностями 7.12010001 «Лікувальна справа», 7.12010002, «Педіатрія», 7.12010003 «Медико-профілактична справа» / уклад. В.А. Огнєв, П.О. Трегуб - Харків : ХНМУ, 2018. - 35 с.
33. Стеценко В.Ю. Якість медичної допомоги: адміністративно -правовий вимір. URL: [file:///C:/Users/Natali/Downloads/Nvmgu\\_jur\\_2013\\_6-1\(1\)52.pdf](file:///C:/Users/Natali/Downloads/Nvmgu_jur_2013_6-1(1)52.pdf)
34. Управління змінами в системі охорони здоров'я України: історія та уроки пілотних регіонів: навчальний посібник [Лехан В.М., Крячкова Л.В., Волчек В.В.]. Дніпропетровськ. 2016. 56с.
35. Чехун О.В. Надання платних медичних послуг: цивільно -правові аспекти. *Часопис Київського ун-ту права*. 2010. №2.
36. Шкільняк М., Кривокульська Н. Діагностика середовища функціонування закладу охорони здоров'я як передумова проведення змін. *Соціально-економічні проблеми і держава*. 2018. Вип. 2 (19). С. 151-159. URL: <https://elartu.tntu.edu.Ua/bitstream/lib/27328/8/18smmpz.pdf>
37. Шкільняк М.М., Кривокульська Н.М. Розвиток концептуальних підходів до управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я. *Вісник 54 соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. № 2 (84). С. 22- 30.

- 38.Шкільняк М.М., Кривокульська Н.М. Організаційне лідерство як інструмент організації діяльності закладу охорони здоров'я та її вдосконалення. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022. № 1 (91). С. 64-69.
- 39.Шкільняк М., Желюк Т., Дудкіна О., Жуковська А., Попович Т. Управління закладами охорони здоров'я: виклики та перспективи (аналітичні рекомендації за результатами круглого столу (Тернопіль - Збараж, Збаразький замок, 9 вересня 2021 року.) *Вісник економіки*. 2021. № 4. С. 225-233.
- 40.Ясінська Й. Зміни в організаціях: належне управління, кризові ситуації і умови досягнення успіху: Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня доктора економічних наук (Спеціальність 08.00.04 - економіка та управління підприємствами). Івано-Франківськ. 2016. 42с. URL: [http://nung.edu.ua/files/attachment/avtoreferat\\_yasinska.pdf](http://nung.edu.ua/files/attachment/avtoreferat_yasinska.pdf)
- 41.Dluhopolskyi, O., Zhukovska, A., Dluhopolska, T., Farion, A., Karp, I., Kryvokulska, N. The implementation of the eHealth system as an economic benefit (case of EU countries for Ukraine). 9th International Conference on Advanced computer information technologies ACIT'2019. Conference Proceedings. Ceske Budeiovice, Czech Republic, June 5-6, 2019. pp. 346-349. URL: <https://doi.org/10.1109/AaTT.2019.8779933>
- 42.Zhukovska, A., Zheliuk, T., Shushpanov, D., Brych V., Brechko, O., Kryvokulska, N. Management of the Development of Artificial Intelligence in Healthcare. 13th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT) (21-23 September, 2023). Wroclaw, Poland, 2023. P. 241-247. URL: <https://doi.org/10.1109/AaT58437.2023.10275435>