

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДВНЗ «ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
МАГІСТРАТУРА ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ

Допущений до захисту
Директор ННПО,
Ганич О.А. _____

« ____ » _____ 20__ р.

Випускна кваліфікаційна робота
магістра
(освітній ступінь підготовки)

**на тему «Удосконалення державної політики у сфері реформування
діяльності закладів охорони здоров'я»**

Виконав: студент групи ДС-22-19
(шифр групи)

напряму підготовки (спеціальності)

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

Пилипець В.А.

(прізвище та ініціали)

(підпис)

Керівник

Доц., к. ю.н. доц

Грудницький В.М.

(посада, науковий ступінь, вчене звання, прізвище та ініціали)

(підпис)

Рецензент

Доцент д.е.н.

Подлужна Н.О.

(посада, науковий ступінь, вчене звання, прізвище та ініціали)

(підпис)

Засвідчую, що у цій випускній кваліфікаційній
роботі немає запозичень з праць
інших авторів без відповідних посилань.

Студент _____
(підпис)

Покровськ – 2020 р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДВНЗ «ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
МАГІСТРАТУРА ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ

Освітній ступінь підготовки – **магістр**

Спеціальність **281 Публічне управління та адміністрування**

ЗАТВЕРДЖУЮ

Директор ННПО

_____ О.А. Ганич

«_____» _____ 20__ р.

З А В Д А Н Н Я

на випускню кваліфікаційну роботу

_____ Пилипець Валентина Андріївна

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи «Удосконалення державної політики у сфері реформування діяльності закладів охорони здоров'я»

керівник роботи Грудницький Василь Миколайович, к.ю.н., доцент,
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом навчального закладу від

2. Строк подання студентом закінченої роботи _____

3. Вихідні дані до роботи нормативно правова база України з питань охорони здоров'я, статистичні данні, офіційна інформація з сайту Міністерства охорони здоров'я України та Національної служби здоров'я України тощо.

4. Зміст пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити): характеристика реформування адміністративної системи закладів охорони здоров'я; впровадження електронної системи охорони здоров'я (E-HEALTH); удосконалення системи організації та методикиздійснення аудиту в оновлених медичних закладах.

5. Перелік графічного матеріалу: рівень загальної захворюваності, поширеність хвороб, чисельність населення.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
Розділ 1	Доц., к.ю.н. Грудницький В.М.		
Розділ 2	Доц., к.ю.н. Грудницький В.М.		
Розділ 3	Доц., к.ю.н. Грудницький В.М.		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломної магістерської роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Дата видачі завдання на дипломну магістерську роботу		
2	Редагування науковим керівником окремих розділів дипломної магістерської роботи та її оформлення відповідно до вимог.		
3	Нормоконтроль – чітке дотримання вимог щодо оформлення та змісту роботи відповідно до даних методичних рекомендацій		
4	Оформлення, якісний прошив пояснювальної записки, підписання у наукового керівника, отримання відгуку керівника на роботу		
5	Рецензування дипломної магістерської роботи (при собі мати повний комплект документів)		
6	Отримання довідки про впровадження результатів дослідження в організації		
7	Підготовка ілюстративного матеріалу, необхідного для захисту дипломної магістерської роботи		
8	Допуск дипломної магістерської роботи в ННПО (при собі мати повний комплект документів, ілюстративний матеріал)		
9	Передача пояснювальної записки та всіх матеріалів секретарю ДЕК		
10	Захист дипломної магістерської роботи		

Магістрант

(підпис)

Пилипець В.А.
 (прізвище та ініціали)

АНОТАЦІЯ

Пилипець В.А. Удосконалення державної політики у сфері реформування діяльності закладів охорони здоров'я / Випускна кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 281 Публічне управління та адміністрування» - ДВНЗ «ДонНТУ», Покровськ, 2020.

В роботі розкрита сутність оновлення медичної системи, її складова та моделі медичних реформ. Визначено основні напрями оновлення, розкрито її переваги та недоліки. Проведено порівняльний аналіз медичних систем України та Європи.

У роботі проводиться дослідження клінічного аудиту. Його властивості, сутність, переваги.

Ключові слова: МЕДИЧНА РЕФОРМА, МЕДИЦИНА, ЛІКАРІ, КЛІНІЧНИЙ АУДИТ, ЕЛЕКТРОННА СИСТЕМА, ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я.

Список публікацій здобувача: Пилипець В.А. Практика впровадження електронної системи охорони здоров'я ehealth. Публічне управління: проведення реформи в Україні: матеріали VII Всеукраїнської науково-практичної конференції, присвяченої тижню права в ДВНЗ «Донецький національний технічний університет» (Покровськ, 10 грудня 2020 р.) / Донецький національний технічний університет; [редкол.: С.В. Подкопаєв та ін.]. – Покровськ, 2020. С.

SUMMARY

Pilipets V.A. Improving the state policy in the field of health care institutions / Graduation qualification work for obtaining the educational degree of the specialty for specialization in 2020 The work reveals the essence of updating the medical system, its components and models of medical forms. The main directions of the update are determined, its advantages and disadvantages are revealed.

A comparative analysis of the medical systems of Ukraine and Europe was carried out. The study of clinical audit is conducted in the work. Its properties, essence, advantages.

Keywords: MEDICAL REFORM, MEDICINE, DOCTORS, CLINICAL

AUDIT, ELECTRONIC SYSTEM, HEALTHCARE.

Publication list: Pylypets VA The practice of implementing the electronic health care system ehealth. Public administration: reform in Ukraine: materials of the VII All-Ukrainian scientific-practical conference dedicated to the week of law at the Donetsk National Technical University (Pokrovsk, December 10, 2020) / Donetsk National Technical University; [editor: S.V. Podkopaev and others]. - Pokrovsk, 2020. P.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНОТЕОРЕТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА РЕФОРМУВАННЯ АДМІНІСТРАТИВНОЇ СИСТЕМИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	14
1.1 Трансформація медичної моделі закладів охорони здоров'я	14
1.2 Оптимізація мережі медичних закладів.....	20
1.3 Напрямки реформування системи охорони здоров'я	23
Висновки до розділу 1	26
РОЗДІЛ 2. ПРАКТИКА ВПРОВАДЖЕННЯ ЕЛЕКТРОННОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (E-HEALTH)	28
2.1 Характеристика розвитку eHealth в Україні	28
2.2 Розробка та впровадження eHealth в систему закладів охорони здоров'я	29
Висновки до розділу 2.....	36
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА МЕТОДИКИ ЗДІЙСНЕННЯ АУДИТУ В ОНОВЛЕНИХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ.....	38
3.1 Методологічні засади проведення аудиту закладів охорони здоров'я	38
3.2 Особливості проведення аудиту в оновлених медичних закладах.....	40
3.3 Удосконалення контролю якості аудиту медичних закладів України	44
Висновки до розділу 3.....	48
ВИСНОВКИ.....	50
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	54
ДОДАТКИ	60

ВСТУП

XXI століття, століття яке почалося і надалі набирає обертів як вік модернізації і оновлення. Людство потерпає від природних та техногенних катаклізмів і на перший план виходить безпека існування та набуває з кожним днем масштабнішого рівня та нових озінак. Протягом історії людства не змінилося єдине – бажання жити довго та комфортно. На підставі цього, людство взагалі і окремі індивідууми, прагнуть отримати вагомий статус в суспільстві та максимально задовольняти свої потреби. Україна не є виключенням. Перехід від тоталітарного режиму до демократичного суспільства, від планової економіки до вільних ринкових відносин, який здійснюється в Україні в досить стислі терміни, потребує системних змін та ефективного державного управління.

Поряд з такими факторами існування суспільства, як мир, економічний розвиток, охорона здоров'я як система та персональна охорона здоров'я громадян набуває соціально-політичного значення та вважається найважливішою функцією сучасної, прогресуючої держави. Прогрес та розвиток людської спільноти, яка проживає на певній території, напряду залежить від кількісних та якісних показників тривалості життя, стану здоров'я населення. Саме цими та іншими показниками відрізняються держави світу, що досягли значного розвитку і багатства, від держав які вважаються бідними. Саме рівень життя населення, показник тривалості життя є основними факторами оцінки як розвинутих, так і відсталих та бідних країн. У теперішньому суспільстві ця різниця іноді набуває космічних величин.

Значення здоров'я людини визнають у світі настільки важливим, що цей показник входить до індексу людського розвитку – універсального показника рівня розвитку суспільства тієї чи іншої країни світу .

Сьогодні у політичних та експертних колах поширена теза про те, що за весь період незалежності у сфері охорони здоров'я в Україні реформи не проводилися взагалі або проводилися неефективно [16]

Дійсно, в перше десятиріччя після проголошення незалежності головні зусилля уряду України і Міністерства охорони здоров'я, як центрального

виконавчого органу влади у сфері охорони здоров'я, були спрямовані на запобігання розвалу сформованої системи охорони здоров'я і збереження мінімального рівня соціальних гарантій забезпечення населення медичною допомогою. Тому ніякі істотні зміни в системі не планувалися і не проводилися, за виключенням пошуку шляхів мобілізації додаткових коштів для підтримки життєдіяльності системи. Саме тоді були запроваджені платні послуги, почало розвиватися добровільне медичне страхування та лікарняні каси. Проте і тоді і цього часу ці форми легального залучення коштів суттєвого значення для фінансування системи не мають і складають за даними національних рахунків охорони здоров'я України біля 4 % від загальних витрат на діяльність галузі. Основні напрями реформування системи охорони здоров'я України були визначені лише на рубежі віків та закріплені у затвердженій Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. №1313/2000 Концепції розвитку охорони здоров'я населення України. Подальшого розвитку вони отримали у затвердженій Постановою Кабінету Міністрів України (КМУ) від 10 січня 2002 р. №14 Міжгалузевій комплексній програмі «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки; в Указі Президента України від 6 грудня 2005 року №1694/2005 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення»; в Національному плані розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року (затвердженому 7 Постановою Кабінету Міністрів України від 13 червня 2007 року № 815); в Програмі Уряду «Український прорив: для людей, а не політиків» (затвердженій Постановою Кабінету Міністрів України від 16.01.2008 № 14) та в Постанові Кабінету Міністрів України «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» (затвердженій 17.02.2010 р. №208). Аналіз вищевказаних документів свідчить, що за весь цей більш ніж десятирічний період, незважаючи на періодичні трансформації політичного режиму в Україні, прихід до влади різних політичних сил, основні підходи до реформи системи охорони здоров'я не зазнали радикальних змін і включали:

- забезпечення доступної, якісної, кваліфікованої медичної допомоги всім громадянам, незалежно від їх соціально-економічного стану та місця проживання;

- пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини з оптимізацією мережі комунальних та підпорядкованих різним міністерствам і відомствам державних закладів охорони здоров'я;

- запровадження ефективної та прозорої моделі фінансування системи медичної допомоги, орієнтованої на реальні потреби пацієнтів; підвищення рівня та забезпечення сталості фінансування галузі; перехід до розподілу коштів за принципом оплати наданих послуг, а не за принципом утримання медичних закладів; вжиття заходів щодо запровадження в діяльність закладів охорони здоров'я сучасних економічних механізмів; чітке розмежування бюджетних асигнувань на первинну, вторинну та третинну лікувальнопрофілактичну допомогу; запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування із забезпеченням належної якості гарантованих державою безоплатних медичних послуг; запровадження дієвих механізмів мотивації медичних працівників до якісного і ефективного надання медичних послуг;

- формування єдиного медичного простору під управлінням Міністерства охорони здоров'я України, як один із шляхів оптимізації мережі закладів охорони здоров'я відповідно до потреб населення;

- запровадження ефективного механізму здійснення державного контролю за виробництвом, імпортом, реалізацією та рекламою фармацевтичної продукції, а також за якістю лікарських засобів і виробів медичного призначення в процесі їх виробництва та ввезення на територію України, підвищення конкурентоспроможності вітчизняної фармацевтичної продукції. З часом ці підходи набували більш системного характеру, збагачувалися конкретними формами та механізмами (наприклад, в Постанові КМУ від 17.02.2010 р. №208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» передбачалося утворення центрів первинної медико-санітарної допомоги; оптимізація мережі районних, міських і дільничних лікарень, спеціалізації та перепрофілювання лікарень з урахуванням потреб населення у медичній допомозі), було проголошено перехід від моделі Семашко до сучасної, орієнтованої на

задоволення об'єктивних потреб населення в медичній допомозі і водночас адаптованої до ринкових реалій, системи охорони здоров'я [27].

В умовах розбудови демократичної та незалежної України, структура державної політики визначається масштабами суспільних перетворень, стратегією вибору напрямку вибору соціальних сфер, відхід від вузької направленості та перехід до багатовекторності існування та розвитку суспільних потреб і інтересів суспільства.

Не тільки структурні зміни, потрібні для якісного розвитку державної політики, а і суттєве, реальне та направлене на досягнення результату, підвищення функціональної результативності її реалізації, необхідно для досягнення соціальної мети на території окремо взятої держави – України.

На моє глибоке переконання, суть цього завдання полягає в забезпеченні максимальної відповідності змісту, структури, функцій, методів і впливу державної політики цілям і вимогам суспільних трансформацій перехідного періоду.

Стратегічною метою політики держави у сфері охорони здоров'я є поліпшення стану здоров'я населення, підвищення реальної доступності медичної допомоги для всіх його прошарків. Збереження і поліпшення здоров'я забезпечує більш повне використання багатограних можливостей людини, продовження тривалості активного працездатного періоду її життя та піднесення економічно значущих якісних характеристик населення. Здоров'я сприймається не стільки як здатність до фізичного благополучного існування, скільки здатність до виконання соціально-трудова функцій, до відтворення сукупності людських здібностей та потреб узагалі. Ступінь розвитку різноманітних здібностей, творчих можливостей особистості й повнота їх реалізації, інтенсивність та результативність життєдіяльності індивіда є не лише залежними, а й, певною мірою, похідними від стану його здоров'я.

Системний аналіз інформаційних матеріалів Міністерства охорони здоров'я України та наукових праць керівників галузі свідчить, що рівень здоров'я населення України сьогодні кваліфікується як незадовільний, оскільки впродовж

останнього десятиріччя спостерігається зростання рівня загальної смертності населення в межах 4%, тоді як у країнах Європи, навпаки, – на 4% відбулося його зниження, а середня тривалість очікуваного життя на 5-10 років менша, ніж в економічно розвинених європейських державах. За вказаний період рівень загальної захворюваності зріс на 10,6%, поширеності хвороб – на 38,9%, природний приріст має від’ємний характер і коливається від –5,8 до –7,8 на 1000 осіб, загальна чисельність населення скоротилася на 7,7%, що вірогідно загрожує національній безпеці держави [26].

Підтверджуючи надкритичний стан ситуації, яка склалася в медичній сфері, Т.Бахтеєва наводить дані, що в Україні щогодини вмирає 86 осіб, що за дві години вмирає одна дитина у віці до 14 років, а впродовж години народжується 52, що наші співгромадяни живуть у середньому на 12-14 років менше, ніж у розвинених європейських країнах. До основних причин затяжної системної кризи в галузі вона зараховує наступні [1] :

- відсутність у вищого керівництва країни розуміння того ступеня загрози, яку несе в собі демографічна криза;
- хронічне недофінансування галузі й украй не ефективне й нераціональне використання бюджетних ресурсів, що виділяються;
- відсутність у суспільстві ідеології здоров’я й свідомого ставлення громадян до необхідності його збереження і зміцнення. скоріше можна говорити про інфляцію здоров’я у нашій державі.

Підсумовуючи викладене вище, можна зробити висновок, що для України, яка сьогодні перебуває в стадії трансформації всієї системи державного управління, значно ускладнюється процес реалізації змін у системі охорони здоров’я, ефективне управління якою є важливим внеском у досягнення належних стандартів життя населення.

Окремі питання проблеми удосконалення державної політики у сфері реформування діяльності закладів охорони здоров’я розглядалися у працях таких вчених як: Воронцов В.В., Чепуренко М.М., Дудіна О.О., Лехан В.М., Портер М., Гінзбург В.Г.

Системний аналіз літературних джерел свідчить про те, що на сьогодні залишається гострим питання неефективного використання ресурсів, спостерігається невідповідність європейським стандартам якості управління галуззю. Планування та надання медичної допомоги ґрунтується на показниках – кількості лікарняних ліжок і числа лікарів, а не на реальних потребах населення. існує невідповідність між потребами суспільства як у медичних, так і в освітніх послугах, зокрема в підготовці кваліфікованого спеціаліста в галузі управління охороною здоров'я. З 1 квітня 2019 року медичною реформою займаються Міністерство охорони здоров'я, Національна служба Здоров'я України.

Об'єктом дослідження є організація діяльності системи медичних закладів охорони здоров'я в Україні.

Предмет дослідження – реалізація державної політики у сфері реформування діяльності закладів охорони здоров'я.

Мета роботи полягає в дослідженні напрямів реформування системи медицини та медичних закладів в Україні.

Для розв'язання поставленої мети в роботі необхідно вирішити такі завдання:

- розкрити сутність трансформації медичної моделі закладів охорони здоров'я;
- дослідити оптимізацію мережі медичних закладів та напрямків реформування системи охорони здоров'я;
- довести доцільність розвитку eHealth в Україні;
- проаналізувати розробку та впровадження eHealth в систему закладів охорони здоров'я, сутність та основні новації системи;
- проаналізувати методологічні засади проведення аудиту закладів охорони здоров'я;
- дослідити особливості проведення аудиту в оновлених медичних закладах;
- сформулювати рекомендації з удосконалення контролю якості аудиту медичних закладів України.

Для вирішення сукупності завдань у роботі використовуються наступні

методи дослідження: теоретичного узагальнення і порівняння при з'ясуванні місця медичного забезпечення у системі соціального забезпечення населення і дослідження теоретичних аспектів побудови систем медичного забезпечення населення; якісного та кількісного аналізу для виявлення сучасного стану та особливостей нормативно-правового забезпечення медичної системи України; аналізу і синтезу при дослідженні шляхів впровадження зарубіжного досвіду організації медичних систем і визначення можливостей його впровадження у вітчизняних умовах.

Наукове-теоретичне значення роботи полягає у подальшому розвитку теоретичних поглядів на проблеми економіко-правового забезпечення медичної системи і шляхів її реформування. Практичне значення роботи полягає в тому, що запропоновані рекомендації і напрями поліпшення діяльності медичної системи можуть використовуватись у діяльності регіональних і місцевих закладах охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 1

ЗАГАЛЬНОТЕОРЕТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА РЕФОРМУВАННЯ АДМІНІСТРАТИВНОЇ СИСТЕМИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Трансформація медичної моделі закладів охорони здоров'я

В Україні останнім часом активізувалися дискусії щодо напрямків та механізмів реформування, тобто кардинальних змін в системі охорони здоров'я. Але за роки незалежності Україні не вдалося істотно просунутися в напрямку вирішення провідних для систем охорони здоров'я цілей.

Перші лікарні на Україні були засновані в 11 столітті в Київській Русі і, як правило, були притулками при церквах. Протягом 14-15 століть будувалися вже попередники перших справжніх лікарень, відкривалися медичні школи. У 1632 році була заснована Київська Академія, - це стало поворотним етапом в історії української охорони здоров'я. Зі стін Академії вийшли такі відомі вчені і доктора, як епідеміолог Д. С. Самойлович, акушер Н. М. Амбодик-Максимович, педіатр С. Ф. Шотовіцькій, анатом А. М. Шамлонський і багато інших.

У 18-19 століттях медичні відділення сформувалися при університетах Харкова, Києва, Львова та Одеси. Число лікарів на Україні росло. За часів Кримської війни (1854-1856 р.р.) був навчений і відправлений до Севастополя перший загін медсестер. Це і стало причиною виникнення організації «Червоний хрест». У 1886 році відкрилася перша бактеріологічна станція в Одесі. Тут працювали відомі вчені І.І. Мечников і М.Ф. Гамалія.

Незважаючи на те, що в дореволюційній Росії були всі умови для успішного розвитку медицини, багато авторитетних діячів працювали саме на території України: В.Р. Овразітов і М.Д. Страженко, які вчинили прогрес в області кардіології, були засновниками Київської школи терапевтів, академік В.П. Філатов заснував в Одесі інститут очних хвороб. Величезний внесок в українську охорону здоров'я зробили О.Ф. Шимановського і Н.В. Скліфосовський [28].

З 1928 року в Україні почала швидкими темпами розвиватися мережа санітарно-епідеміологічних станцій. На початок 1941 року система охорони здоров'я Української РСР налічувала 29 000 лікарів і 91 000 середніх медпрацівників.

Важкий період для розвитку української радянської медицини припав на часи правління І.В. Сталіна. На видатних вчених «доброзичливці» писали клепаки і доноси, їм було заборонено займатися науковими дослідженнями. Були закриті наукові інститути, зокрема, Український інститут охорони здоров'я в Харкові. Також було заборонено вести статистичний облік захворюваності і смертності людей, що позбавило науку її основи- факту. На заміну фундаментальним соціально-медичних досліджень 20-х років - вивчення захворюваності та смертності на Україні в кінці XIX - на початку XX століть, соціально-гігієнічної характеристики українського села і іншим, прийшли панегіричні дослідження 40- 50 і пізніших років, які прославляли рішення партії і уряду щодо охорони здоров'я та ілюстрували успіхи виконання цих рішень безустанно зростанням лікарів і ліжок - місць в лікарнях.

У роки Другої світової війни медичні працівники України посприяли зміцненню обороноздатності Червоної армії, партизан, забезпечували ефективну систему евакуації та лікування поранених і хворих воїнів, надавали кваліфіковану медичну допомогу широким верствам населення.

У рамках програми «Україна для людей». Здоров'я людей - впевнене майбутнє », экс-президент Віктор Янукович в липні 2011 року підписав закон про реформування системи охорони здоров'я, де були визначені пілотні регіони, в яких протягом 2011-2014 років відбудеться організаційна та функціональна перебудова системи охорони здоров'я. Такими пілотними регіонами стали Вінницька, Дніпропетровська, Донецька області та місто Київ [28].

Новий курс розвитку медицини спрямований на надання якісної безкоштовної медичної допомоги, створення інституту сімейних лікарів та державний контроль за якістю медичних послуг.

Введено поняття страхового стажу, який прирівнюється до трудового. Це

перший крок до реалізації проекту по впровадженню страхової медицини в Україні.

Діюча в країні модель системи охорони здоров'я Семашка, яка зберіглася з радянських часів, не відповідає сучасним реаліям, оскільки вона була створена в умовах планової економіки і не придатна для функціонування в ринкових умовах; навіть в умовах планової економіки її максимальна успішність була зафіксована при епідемічному типі патології (коли основними причинами смертності були інфекційні захворювання) і суттєво зменшилася починаючи з середини 60-х років ХХ сторіччя при переході до неепідемічного типу патології (коли на перший план серед причин смертності вийшли неінфекційні захворювання) [25]; також і внутрішньо властива орієнтованість на екстенсивний розвиток. Крім того, основна перевага класичної системи Семашка – загальна доступність медичної допомоги — за роки незалежності зазнала істотних змін через значне зменшення фінансування охорони здоров'я з відповідним зростанням формальних і неформальних платежів населення при отриманні медичних послуг. управління змінами є одним з важливих принципів сучасного менеджменту та ключовим фактором успішного розвитку організації чи системи в цілому. Цілями та завданнями управління змінами в охороні здоров'я вважається:

- визначення напрямків змін;
- розробка моделей управління змінами;
- впровадження інноваційних технологій медичного обслуговування, що сприяють підвищенню якості медичної допомоги, скорочення термінів лікування і витрат на його надання;
- створення оптимізаційних ресурсозберігаючих моделей, інформаційно-аналітичних систем з метою підвищення медичної, соціальної, економічної ефективності галузі;
- моніторинг змін;
- оцінка ефективності управління змінами.

До основних принципів управління змінами як основи для вдосконалення системи управління охороною здоров'я належать:

- принцип багатьох рівнів;
- багатовимірність;
- нелінійність процесів;
- альтернативність варіантів розвитку;
- принцип унікальності - розгляд медичної організації як унікальної структури з урахуванням специфіки її діяльності (монопрофільні або багатoproфільні заклади охорони здоров'я; що надають переважно планову або невідкладну медичну допомогу);
- інтегративності - облік тісного взаємозв'язку організаційних, технологічних, економічних, інформаційних інновацій;
- збалансованість;
- принцип зворотного зв'язку - дає системі управління інформацію, наприклад, про несприятливі показники здоров'я населення і діяльності медичних організацій, що сприяє прийняттю рішення щодо регулювання відхилень; стійкість розвитку системи або організації.

Головна мета сучасних систем охорони здоров'я — збереження, зміцнення та відновлення здоров'я громадян. Це забезпечується раціональним об'єднанням зусиль пацієнтів, медичного персоналу, установ і організацій, місцевої та центральної влади і ефективним використанням ресурсів, які визначаються бюджетом та іншими джерелами для їх діяльності щодо задоволення потреб громадян у підтриманні їх здоров'я (Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні», 2009 р.).

Основною постаттю системи охорони здоров'я є пацієнт. Усі заходи щодо реформування та проведення змін інфраструктури мають задовольняти його права та інтереси. Їх суть полягає у створенні умов фінансово-економічної та фізичної доступності для громадян медичної допомоги необхідної якості. Це досягається на основі раціонального використання державними та місцевими органами влади податків, сплачених населенням, для виконання цих завдань (Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні», 2009 р.).

Для задоволення потреб громадян система охорони здоров'я виконує функції надання послуг, управління; фінансування, в першу чергу, гарантованої державою медичної допомоги; забезпечення ресурсами для підготовки медичного персоналу та розвитку матеріально-технічної бази (Проект ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні», 2009 р.).

Сьогодні вже для всіх є очевидним той факт, що зусиль лише самої системи охорони здоров'я для вирішення проблем здоров'я населення недостатньо. Варто чітко розмежувати обов'язки з охорони здоров'я населення між суспільством і державою. Необхідно, щоб, у першу чергу, самі громадяни були зацікавлені в підтримці, зміцненні й збереженні свого здоров'я. Не можна цілком у всьому покладатися на державу або на лікаря й бути впевненим, що прийом ліків, нехай навіть найефективніших, допоможе вилікувати будь-які хвороби. Кожен громадянин може й повинен приділяти увагу своєму здоров'ю й сприяти створенню здорового оточення, формувати соціальну відповідальність перед суспільством. Коли прийде розуміння й усвідомлення цього, прийде й розуміння доцільності соціально орієнтованої системи охорони здоров'я, системи, що розвивається в напрямі інноваційних перетворень.

Отже, процес реформування та оптимізації державної політики України в галузі охорони здоров'я в глобалізаційному суспільстві повинен включати такі стратегічні напрями регулювання:

- приведення національного законодавства з охорони здоров'я у відповідність із законодавством Європейського союзу;
- розробку та затвердження концепції стратегічного планування галузі охорони здоров'я в Україні;
- створення ефективних механізмів державного регулювання приватного сектору системи охорони здоров'я, забезпечення якості та ефективності його діяльності;
- визначення і законодавче закріплення обсягу гарантованих державних зобов'язань щодо безоплатної медичної допомоги;
- перехід на багатоканальну систему фінансування медичної галузі;

розробку концепції поступового переходу на домінуючі принципи доказової медицини, запровадження формулярної системи як якісно нового підходу до вирішення проблеми раціонального використання ліків та ефективного забезпечення населення лікарськими засобами;

- підтримку фінансово фундаментальних та прикладних наукових досліджень у галузі охорони здоров'я;
- підвищення вимог до підготовки наукових кадрів, забезпечення раціонального використання науково-інформаційних ресурсів у галузі охорони здоров'я.

Сьогодні у політичних та експертних колах поширена теза про те, що за весь період незалежності у сфері охорони здоров'я в Україні реформи не проводилися взагалі або проводилися не ефективно.

Дійсно, в перше десятиріччя після проголошення незалежності головні зусилля уряду України і Міністерства охорони здоров'я, як центрального виконавчого органу влади у сфері охорони здоров'я, були спрямовані на запобігання розвалу сформованої системи охорони здоров'я і збереження мінімального рівня соціальних гарантій забезпечення населення медичною допомогою. Тому ніякі істотні зміни в системі не планувалися і не проводилися, за виключенням пошуку шляхів мобілізації додаткових коштів для підтримки життєдіяльності системи. Саме тоді були запроваджені платні послуги, почало розвиватися добровільне медичне страхування та лікарняні каси. Проте і тоді і цього часу ці форми легального залучення коштів суттєвого значення для фінансування системи не мають і складають за даними національних рахунків охорони здоров'я України біля 4 % від загальних витрат на діяльність галузі. основні напрями реформування системи охорони здоров'я України були визначені лише на рубежі віків та закріплені у затвердженій указом Президента України від 7 грудня 2000 р. №1313/2000.

За останні 20 років в медицині сформувався підвищений інтерес до поняття пацієнт- інтегрованого підходу, який є результатом переорієнтації охорони здоров'я біомедичної моделі здоров'я на біопсихосоціальну модель. «Нова

медична парадигма» перетворює пацієнта з пасивного об'єкта досліджень активного учасника лікувального процесу, стверджує детермінантам успішного лікування і задоволеності пацієнта ступінь довіри і згоди між лікарем і пацієнтом, інформативність пацієнтом і його усвідомленість в прийнятті рішень.

Практика показує, що патерналізм не може бути повністю виключений зі спілкування з пацієнтом, проте перехід ринкові відносини в медицині, які доповнили взаємини лікаря і пацієнта такими поняттями як виробник і споживач медичних послуг, неминуче спричиняють зміни в області соціальної взаємодії [37;39]. Еталон сучасного лікаря - це не тільки кваліфікований фахівець, але і суб'єкт спілкування, наділений сукупністю соціальних здібностей і особистісних властивостей, що дозволяє його носія забезпечувати високу ступінь індивідуальності послуги відповідно до вимог споживача.

Таким чином, трансформація моделі взаємодії лікаря і пацієнта вимагає вдосконалення компетентності медпрацівників сфері спілкування та сприяє взаємно задоволеності учасників клінічного перебігу.

1.2 Оптимізація мережі медичних закладів

Реформування застарілої та не ефективної системи охорони здоров'я, успадковану від радянського минулого, яка не здатна надавати задовільні послуги та потерпає від корупції, реалізується паралельно з впровадженням децентралізації влади в Україні. Показники здоров'я в Україні, такі як середня тривалість життя, залишаються одними з найгірших у Європі, у той же час витрати є порівняно високими. Медична реформа спрямована на переорієнтацію фінансової підтримки на надання послуг, а не на фінансування надмірно пропорційної та частково застарілої інфраструктури.

Головною метою системи охорони здоров'я на сучасному етапі переходу до ринкової економіки, багатоукладності- є організація якісно нових моделей інфраструктури та схем управління відповідно до вимог теорії систем, менеджменту і реальними умовами. Тому в нинішніх економічних умовах

функціонуюча система охорони здоров'я підлягає істотним організаційно-управлінським змінам на науковій основі.

Спроби галузевого реформування системи охорони здоров'я, в тому числі і відповідно до наявної Концепцією МОЗ України (Концепція Реформування системи охорони здоров'я України, 1997), шляхом введення нових відносин господарювання та організаційних моделей її функціонування носять переважно локальний характер, здійснюються безсистемно, без належного законодавчо-нормативної бази та службово-посадової ініціативи, вивчення думки безпосередньо медичних працівників органів і установ, громадськості, поглядів на проблему і пропозицій, що стосуються шляхів її вирішення, керівників держави, держадміністрацій, депутатів.

Ставши членом Ради Європи в Страсбурзі, Україна зміцнила свої позиції рівноправного партнера в Регіональному бюро ВООЗ, яке приступило до процесу реформ в рамках програми «Евроздоров'є». Це багато до чого зобов'язує нашу державу.

Необхідність реформування існуючої системи охорони здоров'я є актуальною ще й тому, що універсальних і досконалих систем немає, так як, володіючи респонсивними властивостями, вони повинні періодично реструктурізовуватися і видозмінюватися [23].

Мережа закладів охорони здоров'я повинна бути оптимізована: малопотужні, поганооснащені та головне – мало завантажені лікарні, в яких просто небезпечно лікуватись, будуть перепрофільовані під реальні потреби населення, наприклад, на реабілітаційні, діагностичні центри, хоспіси, які отримуватимуть кошти за конкретні послуги. Впорядкуванням мережі лікувальних закладів опікуватиметься місцева влада.

Первинна медицина на селі має бути якнайшвидше реформована, якість медичної послуги наближена до людини й мати зовсім іншу якість. Саме таку мету має ініціатива «Доступна, якісна медицина у сільській місцевості», над впровадженням якої почали працювати в уряді.

Перед МОЗ поставлено завдання розробити гарантований державою перелік

медичних послуг (вимоги, протоколи дій, перелік лікарських засобів тощо) на рівні первинної медико-санітарної допомоги населенню, що фінансуються за рахунок медичної субвенції з державного бюджету; нормативи бюджетного забезпечення для розрахунку видатків на первинну медичну допомогу; критерії та вимоги до закладів, що надають первинну медико-санітарну допомогу населенню в сільській місцевості, зокрема і щодо типового штатного розпису його працівників; стандарти матеріально-технічного забезпечення закладів з надання медичної допомоги населенню у сільській місцевості, передбачивши вимоги до приміщень таких закладів, попередньо опрацювавши їх разом з облдержадміністраціями.

Організація дієздатних систем охорони здоров'я та медичної допомоги вимагає реалізації державно-територіального принципу, на основі якого і можливості стратегічного-тактичне моделювання. А саме, на державному рівні повинні розроблятися ідеологічні (стратегічні) вимоги до моделі системи медичної допомоги, а на регіональному - адаптовані оперативно-тактичні (тобто кожен регіон з урахуванням місцевих особливостей і специфіки приймає власні рішення щодо її організаційної структури, схеми-моделі діяльності і управління). Охорони здоров'я, орієнтована на нові організаційні принципи і управлінські схеми, а також цільові установки і функції,- факт, який не потребує коментаря. Але будь-які реструктивні процеси приречені, якщо їх оптимізаційні моделі не ґрунтуються на примноженні досягнутого, тобто необхідний системно-історичний підхід.

Реформа у сфері охорони здоров'я передбачає, що медичним закладам надається більша самостійність у процесі децентралізації шляхом автономізації: змінюється розподіл повноважень між органами місцевого самоврядування та закладами охорони здоров'я. Законодавчі ініціативи щодо реформування сфери охорони здоров'я в контексті децентралізації влади спрямовані на створення по Україні оптимальної мережі медичних закладів базового рівня. Насамперед це стосується наближення вчасної якісної медичної допомоги в будь-якому, навіть найвіддаленішому населеному пункті громади для сільських жителів.

Під час реформування та модернізації системи охорони здоров'я України повинні бути окреслені цілі та завдання, виконання яких допоможе реалізувати соціальні цінності та прагнення в дусі традицій сучасної, демократичної Європи. Право людини на здоров'я повинно базуватися на економічному та соціальному розвитку і політичній стабільності. Україна потребує ефективного функціонування юридичних, фінансових, економічних, структурних, управлінських, організаційних, інформаційних і комунікаційних інститутів із метою досягнення найкращих результатів для здоров'я (його рівня та рівності в ньому), фінансової захищеності при отриманні медичної допомоги, оперативного задоволення вимог та очікувань громадян і загальної ефективності галузі.

1.3 Напрями реформування системи охорони здоров'я

Головною проблемою нинішньої системи охорони здоров'я експерти називають низький рівень забезпечення населення медичними послугами. Для її вирішення передбачається створити вільний ринок медичних послуг, на якому будуть представлені як державні, так і приватні гравці, а медзаклади отримають повну автономію.

Кількість лікарень в країні буде оптимізовано, вузькопрофільні медзаклади будуть ліквідовані, а послуги відомчої медицини будуть доступні всім. Непрофільні напрями діяльності лікарень (діагностика, харчування та інше) будуть передані на аутсорсинг. окрім зменшення кількості лікарень, стратегія передбачає створення великих медичних центрів, які надаватимуть широкий спектр медичних послуг.

Провідна роль у новій системі охорони здоров'я буде відведена первинній медико-санітарній допомозі (ПМСД) або так званим сімейним лікарям. Саме до них звертатимуться пацієнти зі своїми недугами і саме сімейний лікар матиме виняткове право направляти їх до вузькопрофільних фахівців. Це, на мою думку, сприятиме зниженню рівня самолікування серед населення. При цьому в

первинній медицині буде введена приватна практика.

На сьогодні медичні заклади на місцевому, обласному та центральному рівнях дублюють функції, що в підсумку призводить до надання некваліфікованих медичних послуг. Цю проблему також має вирішити розвиток ПМСД.

Загальний обсяг витрат на охорону здоров'я в Україні – пацієнтів і держави разом – відповідає середньому показнику в багатьох країнах Європи. однак багато років медичне обслуговування залишалось безоплатним тільки на папері. Більшість українців «дякують» за лікування - сплачують в кишеню лікареві чи у вигляді так званого «благодійного внеску» (насправді – обов'язкового).

Новий механізм фінансування системи охорони здоров'я в Україні запроваджується поступово, на первинному рівні вже з 2018 р., на інших рівнях – до 2021 р. Так, з 1 січня 2018 р. Запроваджується реалізація державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинно медичної допомоги у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України. Протягом 2018–2019 рр. реалізація державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій здійснюватиметься відповідно до Закону для всіх видів медичної допомоги (Закону від 19.10.2017 № 2168-VIII (Редакція станом на 03.07.2020) "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення"). Також буде запроваджено національну систему реімбурсації лікарських засобів, тобто механізм повного або часткового відшкодування суб'єктам господарювання, які здійснюють діяльність з роздрібною торгівлю лікарськими засобами, вартості лікарських засобів, що були відпущені пацієнту на підставі рецепта, за рахунок коштів Державного бюджету України. Зокрема, до 31 грудня 2019 р. реімбурсація здійснюється для визначеного Кабінетом Міністрів України переліку медичних станів у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України. На сьогоднішній день такий перелік визначений наказом Міністерства охорони здоров'я України № 856 від 26 липня 2017 р. «Про затвердження реєстру лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню станом на 26 липня 2017 р.» зі змінами [2].

Запровадження нового механізму фінансування системи охорони здоров'я в Україні потребує також прийняття проекту Закону України «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо забезпечення державних фінансових гарантій надання медичних послуг та лікарських засобів» №6604 від 21 червня 2017 року [3]. Метою пропонованого проекту Закону України є приведення статей, що визначають розмежування видатків між бюджетами, у відповідність до нової моделі фінансування первинної медичної допомоги та системи громадського здоров'я. Пропоновані зміни дозволяють розширити спектр видатків, які можуть фінансуватись з Державного бюджету України, включивши до нього нову програму фінансування первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги уповноваженим центральним органом виконавчої влади, державні програми громадського здоров'я та заходи подолання загроз та наслідків надзвичайних ситуацій, які можуть мати негативний вплив на здоров'я населення (епідемії, спалахи інфекційних хвороб тощо).

Окрім цього, невід'ємною складовою нормативно-правової бази у зазначеній сфері правового регулювання має стати проект Закону України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» №7117 від 18 вересня 2017 року [4]. Метою даного законопроекту є визначення правових та організаційних засад державної політики щодо гарантій та організації підвищення доступності та якості медичного обслуговування на рівні первинної медичної допомоги у сільській місцевості, зокрема шляхом забезпечення за місцем проживання людини, яка звертається за медичною допомогою, здійснення фахового консультування лікарем-спеціалістом за допомогою засобів медицини та виконання встановлених медичних призначень медичним працівником, укомплектування закладів охорони здоров'я необхідним обладнанням і стартовим набором ліків для надання первинної медичної допомоги, а також створення належної інфраструктури, що дозволить ефективно досягти поставлених завдань.

Висновки до розділу 1

У такому порядку, як було освітлено в розділі 1 роботи, можна розташувати ряд висновків в наступній послідовності:

1. Національна галузь охорони здоров'я в Україні є насамперед передумовою здоров'я нації. Охорона здоров'я та рівень не тільки фізичного, а і соціального здоров'я як окремого громадянина, так і суспільства загалом невід'ємно пов'язані між собою та є відображенням рівня розвитку країни, збалансованості всіх державних інститутів. стан цих двох, залежних один від одного факторів, виступають в ролі індикатору відношення держави до головного капіталу – «людського капіталу». Економічна активність населення та його стан здоров'я, визначає рівень продуктивності праці громадянського суспільства та безперечно впливає на соціальний та економічний розвиток.

2. Основним завданням державної політики у сфері охорони здоров'я, повинно бути спрямований рух всіх інститутів держави на поліпшення якості життя. Від цього залежить збереження генофонду нації. Без втілення ефективних механізмів забезпечення, фінансування та контролю в галузі, неможлива реалізація програм доступної медицини, більш дієвих механізмів створення умов здорового способу життя.

3. Охорона здоров'я в державі, це система цілого ряду інститутів, та складових, серед яких не тільки заклади охорони здоров'я, а і на сам перед законодавча, матеріально-технічна база та освітня база. Аналіз стану здоров'я населення України свідчить про незадовільну медико-демографічну ситуацію, яка проявляється у низькій народжуваності, Порівняно високому рівні смертності, особливо чоловіків працездатного віку, від'ємному природному прирості населення, скороченні середньої очікуваної тривалості життя, а також у порівняно високому рівні поширеності деяких інфекційних і хронічних неінфекційних хвороб, у тому числі таких соціально небезпечних і соціально значущих, як туберкульоз, венеричні хвороби, ВІЛ/СНІД, наркоманія, онкологічні, серцевосудинні захворювання тощо.

Ухвалення та прийняття проаналізованих законопроектів – це лише перший крок до реформування медичної галузі загалом. Україні необхідно обрати свій оптимальний варіант моделі системи охорони здоров'я для того, щоб досягнути результатів на рівні європейських країн. Для забезпечення повної реалізації такої реформи потрібна велика та кропітка робота, одним із завдань якої є створення сучасної моделі фінансування системи охорони здоров'я європейського зразка. Така модель повинна бути чітко врегульована досконалими та ефективними законодавчими та нормативно-правовими актами, які регламентуватимуть комплексне перетворення системи охорони здоров'я в Україні.

РОЗДІЛ 2

ПРАКТИКА ВПРОВАДЖЕННЯ ЕЛЕКТРОННОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я E-HEALTH

2.1 Характеристика розвитку eHealth в Україні

Процес цифрової трансформації України пов'язані з віртуалізацією повсякденного життя та переходом до цифрового простору багатьох послуг, зокрема, медичних. На перше місце в Україні повинна була вийти взаємодія між лікарями та пацієнтами завдяки оновленням, а саме новітній системі eHealth. Вона дозволяє отримати доступ до інформації щодо здоров'я пацієнта та його лікування в минулому. Впровадження цієї системи надає нашій країні великий поштовх в майбутнє, оскільки дана система покликана якісно вплинути на рівень надання медичної допомоги населенню, наближаючи стандарти надання медичної допомоги громадянам України до стандартів європейських країн.

Всесвітня організація охорони здоров'я визначає eHealth як безпечне та економічно обгрунтоване використання інформаційних технологій у сфері охорони здоров'я, враховуючи надання медичної допомоги, організацію нагляду за здоров'ям населення, медичну освіту, поширення знань, навичок і результатів дослідження.

Система eHealth, це система яка забезпечує роботу з медичними даними в електронному вигляді. До неї входить також зберігання інформації та її передача, а також розвиток технологічних систем на цій базі: запис до лікарів через електронні носії, телемедицина, новини в медицині та інше.

Активний досвід впровадження eHealth та EP в європейських країнах показав, що ефективність використання інформаційних даних сучасними закладами охорони здоров'я має прямий зв'язок із рівнем якості медичної допомоги, з рівнем задовільності життям та характеризує на пряму ефективність функціонування країни у цілому.

Окрім програм які поширювались на європейському рівні у сфері охорони здоров'я реалізується також єдина програма eHealth, основними завданнями якої

є дотримання стандартів та забезпечення страхового покриття незалежно від місцезнаходження, обробки інформаційних даних про пацієнта з використанням комп'ютерних технологій [5]. Спираючись на позитивний світовий досвід впровадження eHealth та EP в національних системах охорони здоров'я, цілком очевидним є те, що всебічна автоматизація як медичної, так і фармацевтичної практики має стати невід'ємною частиною реформування всієї системи охорони здоров'я. Одночасно з цим цілком очевидним є той факт, що сучасні численні несприятливі фактори зовнішнього та внутрішнього впливу на економіку України значно уповільнюють реформування вітчизняної охорони здоров'я. однак, не варто забувати про першочергову необхідність впровадження чисельних змін на законодавчому рівні та відповідного рівня фінансування на підставі науково обгрунтованої методології, економічних розрахунків та основних напрямків щодо впровадження eHealth та EP [29].

2.2 Розробка та впровадження eHealth в систему закладів охорони здоров'я

Однією з найголовніших перешкод для впровадження eHealth та EP в Україні є відсутність системного підходу до вирішення даної проблеми. Незадовільна політична та, перш за все, економічна ситуація, каже сама за себе. Якщо брати у порівняння, розмір інвестицій в eHealth системи охорони здоров'я США оцінюється фахівцями в 21,6-43,2 мільярди доларів США. Україна ж не має такої можливості, тому саме через це інтеграція в електронний формат у нас відбувається в два рази повільніше.

З практичної точки зору eHealth є вискоєфективною інвестицією в галузі охорони здоров'я, що надає можливість значно підвищити рівень медико-фармацевтичної допомоги, у тому числі й на управлінському рівні. При цьому дослідження можливостей сучасного рівня розвитку та ефективності використання системи eHealthy світі надає унікальні можливості та приклад для розвитку національних систем охорони здоров'я.

Але усе ж таки яким чином позбутися застарілої системи та піти шляхом

істинного реформування? Одним з методів є впровадження сучасних технологій, а саме eHealth, наряду з мінімізацією супутних факторів. Втілення в життя принципу золотого трикутника: пацієнт, лікар, держава- якщо ми говоримо про комунальну медицину.

Теперішній світ дуже розвинутий. Гаджети різного рівня, стали звичними атрибутами нашого життя і мають дуже великий діапазон можливостей, які гріх не використовувати. Не дивлячись на певне обережне і навіть десь вороже ставлення до новітніх технологій, я можу з впевненістю сказати- цікаві та корисні, як для пацієнтів, так і для лікарів, нововведення ще попереду.

З розвитком інтернету, доступ до життєво важливої інформації стає більш простим та доступним. За допомогою сучасних технологій, державні структури знаходять нові способи, задіюючи соціальні мережі та веб-сайти, для того, щоб донести до населення країни більшого об'єму інформації та впровадження програм охорони здоров'я [30].

Яким чином провести трансформацію медичних закладів держави? В першу чергу це питання взаємодії лікаря та пацієнта, що і стало основною метою створення eHealth. Це система, за допомогою якої стає можливий доступ спеціалістам різного профілю до здоров'я пацієнта, а також ведення обліку укладених договорів між пацієнтом та лікарем. електронна система eHealth, не тільки є інструментом, а і націлена на покращення медичного обслуговування як загалом так і на етапі персональних відносин. Робота лікарів у відношенні пацієнтів, це перш за все командна робота. Якщо раніше, лікарів до цього привчали в основному тільки в межах лікувального закладу, то завдяки цьому продукту до командної роботи можливо буде долучити будь-якого фахівця де б він не знаходився.

Електронна система eHealth це сукупність інформаційних, доступних та простих сервісів в такий важливій галузі як охорона здоров'я та створення достойних та якісних умов життя громадян [34].

Україна, за рахунок eHealth повинна не тільки наздоганяти Європу з її інноваціями, але і стати достойним та рівним гравцем на ринку медичних послуг,

фахівців у нас достатньо. Впровадження eHealth, дозволяє зробити відносини пацієнт, лікар, держава прозорими та зрозумілими правилами гри. Як це можна ілюструвати? Дуже просто. Пацієнт отримує фахову медичну допомогу та розуміє де працюють державні програми, а де платні послуги. Широким розгалуженням системи йому певним чином гарантована якість обслуговування; лікар, що працює над своїм високим професійним рівнем розуміє, що він надаючи певні послуги належного рівня, отримує передбачену грошову винагороду до якої не долучені прокладки типу облздраву та райздраву. Просто кажучи «Що зробив, те і отримав».

Завдяки системі, пацієнт може бути ознайомлений з лікарем, навіть не відвідуючи лікувальний заклад [31]. Незалежно від того, як зараз називають цю систему, вона має на меті передової та відіграє важливу роль в системі охорони здоров'я нашої країни.

З розвитком сучасних технологій, в наше життя входять різноманітні можливості, eHealth не виняток, а навпаки - вона впроваджує та забезпечує єдиний інтерфейс, який є універсальним і покликаним забезпечити захищений удалений доступ з наступного: інформація про взаємодію між лікувальними закладами; можливості від запису лікаря до інформації про державні гарантії та забезпечення ліками; від пошуку інформації до зберігання даних різного рівня, що стосуються як особистого здоров'я так і інших медичних даних; є фактично помічником в організації роботи медичних працівників. Функціональна адекватність системи повинна стати базовою для подальшої реформи охорони здоров'я.

Всі фахівці медицини чітко розуміють, що для якісного надання медичних послуг велику роль відіграє не тільки фахова підготовка, а і оснащення сучасним обладнанням. Ініціативи введення сучасної системи направлені по тому шляху, що якщо на даний час ми не можемо мати у всіх лікарнях якісне та добротне обладнання, то завдяки цьому ресурсу лікарі в будь-якій лікарні можуть скористатися обладнанням там де воно вже є [43;31;41]. Це повинно бути забезпечено системою завдяки високому рівню передачі даних. Це об'єднання

інформаційних технологій та інші сервіси в системі МОЗ і не тільки. Це робиться за декількома напрямками:

- Використання спеціальних інформаційних технологій і програмних продуктів в професійній діяльності всіх учасників системи охорони здоров'я;
- Підвищення доступності інформації та покращення життя населення, потенційних пацієнтів через прозорість сервісів;
- Прозорі відносини між МОЗ України та закладами на місцях через впровадження зрозумілих та фіксованих правил через договірні відносини, що регулюються законодавством України.

Створення центрального компоненту eHealth Міністерства охорони здоров'я в Україні, є важливою умовою, [39] яка забезпечує отримання та акумулювання інформації від медичних закладів. система представляє собою програмний продукт – центральний компонент, з чіткою схемою підключення місцевих систем на місці до найменшої амбулаторії.

Зазначена система повинна забезпечити прозорість та контроль бюджетних коштів усіх рівнів за рахунок яких будуть надавати послуги не тільки комунальні заклади, а і заклади приватного сегменту, що будуть співпрацювати на рівні договірних відносини. За для цього передбачено обов'язкову реєстрацію в центральному компоненті eHealth. Якщо будуть започатковані договірні відносини, то тут вступає в силу правило рівності сторін в договорі, що стосується як і держави так і медичних закладів [37].

Повномасштабне введення системи дозволить отримати інструменти для цільового використання і контролю компонентів на лікування і профілактику захворювань, а крім того ще і прозорість показників та оцінювання лікування відповідно до певних конкретизованих якісних ознак.

Для чого ми заходимо до інтернет сервісів – в основному за для пошуку необхідної нам інформації. З впровадженням системи, пацієнти отримують певний ресурс в загальній мережі з простим доступом з безліччю сервісів для себе, а саме – інформація про лікувальний заклад і навіть про розклад конкретного лікаря та якість лікування.

Однією з найголовніших перешкод для впровадження eHealth та EP в Україні є відсутність системного підходу до вирішення даної проблеми. Адже незадовільна політична та економічна ситуації в Україні свідчать, що рішення стосовно впровадження системи eHealth та EP на центральному рівні ухвалюються досить повільно при одночасній відсутності підтримки провадження [6]. Таким чином, серед основних перешкод на шляху реалізації послуг eHealth та EP в Україні виділяють наступні:

- відсутність чіткої стратегії, стандартів та нормативно-правових актів з впровадження та підтримки такої системи, визначених на загальнодержавному рівні;
- обмежені людські можливості щодо системи;
- численні інфраструктурні обмеження на рівні закладів охорони здоров'я.

Саме тому розробка ефективного та системного стратегічного плану щодо впровадження eHealth та EP в Україні, в першу чергу, залежить від відповідальності з боку органів державної влади, усвідомлення сучасних вимог до охорони здоров'я та потреб населення. З практичної точки зору середовище eHealth складається з компонентів або структурних елементів, які мають бути запроваджені та зміцнені завдяки стратегії розвитку eHealth. До них відносяться: стандарти eHealth та їх сумісна взаємодія; інфраструктура; сервіси та відповідне програмне забезпечення, а також людські ресурси та організаційні структури.

Слід відмітити, що у вирішенні вищезазначених проблем визначальною та позитивною подією в Україні став початок роботи проекту «Покращення охорони здоров'я на службі у людей» за підтримки Міжнародного банку реконструкції та розвитку. Одним із напрямків даного проекту є спрямування на підвищення стратегічного управління національною системою охорони здоров'я, що передбачає підтримку інформатизації галузі та сприяє її інформаційно-комунікаційному супроводу. Ефективність реалізації зазначеного проекту допомагатиме забезпеченню раціонального управління діяльністю галузі на регіональних рівнях з боку МОЗ, оскільки на теперішній час в Україні спостерігається впровадження лише часткових елементів eHealth, представлених

електронними базами даних пацієнтів окремих лікарень Києва, Кіровограда, Полтави та Херсона [7;9].

Слід відмітити, що впродовж останнього десятиліття в національній системі охорони здоров'я досить активно використовуються комп'ютерні програми, а саме: електронна звітність щодо результатів рентгенологічних обстежень, статистична звітність та бухгалтерський облік закладів охорони здоров'я в електронному вигляді. При цьому поширеними засобами обміну інформацією у галузі охорони здоров'я є як паперова, так і електронна форми. Також на сьогодні комп'ютери і програмне забезпечення широко використовуються та є невід'ємною частиною процесів адміністрування та звітності у багатьох закладах охорони здоров'я країни. Можна зазначити, що крім того функціонує велике розмаїття програмних продуктів, які використовуються у закладах охорони здоров'я. При цьому є відповідні програмні продукти, що реалізуються на загальнодержавному рівні, але лише незначна їх частина запроваджена на рівні області або закладу охорони здоров'я. Так, класифікація програмного забезпечення є досить різноманітною та охоплює облікову систему, а також має відповідний перелік інформаційних систем (електронний формуляр, «Лікарські засоби», Довідник лікарських засобів) та систем замовлень (Фармзамовлення «аптека», Antaris, Likis). Крім того, деякі заклади охорони здоров'я використовують власне програмне забезпечення, наприклад, реєстр хворих на туберкульоз, реєстр хворих на діабет, дітей-інвалідів та інші.

Разом з цим, фінансування на ці цілі здебільшого забезпечується бюджетами лікарень.

У цілому слід відмітити, що на рівні галузі охорони здоров'я в Україні вже почалось впровадження цільових інструментів eHealth, а саме: працюють відділи автоматизованої системи управління в областях країни, що надають МОЗ інформацію стосовно санітарно-епідеміологічної ситуації; функціонує Національний Реєстр осіб, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС. Вищезазначені засоби об'єднуються в Галузеву інформаційно-телекомунікаційну систему (ГіТс) МОЗ України «HealthNet» [8;10].

Для медичних установ впровадження технологій телемедицини означає скорочення кількості візитів пацієнтів, часу їх перебування в стаціонарі, можливість надання персоналізованої медичної допомоги, діагностики захворювань і загального підвищення якості обслуговування. Все це, відповідно, призводить до скорочення витрат і підвищення прибутку.

Пацієнти, в свою чергу, можуть здійснювати моніторинг стану свого здоров'я в домашніх умовах, отримувати вузькоспеціалізовану допомогу, навіть перебуваючи у віддалених регіонах, контролювати прийом ліків - все це дозволяє підвищити якість життя пацієнтів.

Розвиток нових технологій, наприклад, Інтернету речей і 5G, а також підвищення доступності хмарних рішень, внесуть свій додатковий внесок у вдосконалення телемедицини та мобільних рішень для охорони здоров'я. Не випадково вже зараз зростає кількість компаній, що займаються розробкою мобільних рішень в сфері медицини. Це і мобільні пристрої для фітнесу і підтримки здорового способу життя, і медичні прилади для амбулаторного використання, такі як електрокардіографи, тонометри, глюкометри, і рішення для дистанційної передачі медичної інформації.

Оскільки Україна має один з найвищих у світі потенціалів у сфері ІТ, то ми маємо усі шанси створити найкращу систему електронної медицини у Європі. Крім того, майже усі розвинені країни створювали подібні системи за технологіями 15-20-річної давнини, які вже є застарілими. Ми ж використовуємо найновітніші розробки, а також враховуємо досвід держав, які через це проходили.

Чим важлива для сучасної системи охорони здоров'я eHealth? Тим, що в ній мається можливість оперативного отримання інформації про кількість пацієнтів на рівні ланки сімейного лікаря, обслуговування пацієнтів на I та III рівнях надання медичного обслуговування, де витрати бюджетних коштів становлять значні розміри. Крім того, забезпечено контроль за якістю надання послуги фахівцями різного профілю та спеціалізації за рахунок унеможливлення фальсифікації медичних документів та даних про параметри надання послуги,

як то час, місце, діагноз, призначення лікування. Таким чином унеможливаються можливості деяких недобросовісних лікарів виправити документальне відображення (фактично фіксацію) своїх помилок, внести зміни або підробити історію хвороби, аналізи, тощо. Кожен буде отримувати за свою роботу або помилки особисто. Коли лікарі будуть бачити прозорість у відношеннях і розуміти що кожен особисто відповідає за свій фаховий рівень і роботу, виникне зацікавленість надати більше якісних послуг та отримати чітко прогнозуєму матеріальну вигоду.

Не ми перші, хто впроваджує аналогічні системи. Україна знаходиться у більш вигідному становищі ніж ті держави, які вчилися на своїх помилках під час електронізації медичної системи. Ми можемо самоорганізуватися і маємо самовдосконалюватися. Не тільки центральний орган, а і медична спільнота на місцях має взяти на себе відповідальність і створити підґрунтя в своїх медичних закладах.

Висновки за розділом 2

Таким чином, дослідження основних переваг інформатизації систем охорони Здоров'я встановили, що впровадження eHealth направлене на підвищення рівня ефективності роботи як медичних, так і фармацевтичних закладів охорони Здоров'я шляхом автоматизації всіх процесів та етапів їх роботи. При цьому достатньо привабливими для реформування національної охорони Здоров'я постають можливості eHealth, які включають такі основні складові: можливість запису на прийом до лікаря (електронна реєстратура); інтегрована медична інформація (ІМК); електронні медичні документи – ЕР, листи непрацездатності та ін.; управління медичними реєстрами; інформатизований облік медико-фармацевтичної допомоги; організація взаємодії в електронному режимі між стаціонарами та амбулаторно-поліклінічними ланками. Окрім того, за сприяння мобільної медицини на прикладі розвинених країн світу для вітчизняної охорони Здоров'я відкриваються такі можливості: фармацевтичні інформаційно-довідкові послуги; безкоштовні екстрені телефонні послуги;

забезпечення дотримання пацієнтами режиму лікування через голосові або текстові нагадування про візит до лікаря та про прийом ЛЗ тощо [35].

Результати проведеного дослідження показали, що впровадженню eHealth та EP в Україні мають передувати ретельні економічні розрахунки та розробка відповідного проекту розвитку даного напрямку, враховуючи особливості та численні недоліки національної системи охорони здоров'я.

Інформаційні технології вже давно є невід'ємною частиною різних сфер життя, і медицина не стала винятком[32]. Сьогодні лікарі можуть проводити консультації online, а вся апаратура для діагностики оснащена потужними процесорами, а такі заходи, як конференції та консилиуми стали проводити через Інтернет. Медичні інформаційні системи стають актуальними, а програмне забезпечення для цієї сфери стає все більш затребуваним. Мета цих систем для української охорони здоров'я полягає в підвищенні доступності та якості надання медичної допомоги населенню за допомогою процесу автоматизації. За допомогою програмного забезпечення можна легко вести повний електронний документообіг в медицині.

Проаналізовано ефективність інформаційних технологій в національних системах охорони Здоров'я окремих розвинених країн світу, за результатами якого виявлені значні переваги eHealth поряд із традиційними системами.

Досліджено сучасний стан основних складових систем eHealth та EP в діяльності закладів охорони здоров'я та аптек в Україні. Наголошено на відсутності системного підходу у вирішенні питань, пов'язаних з такою системою.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІ ТА МЕТОДИКИ ЗДІЙСНЕННЯ АУДИТУ В ОНОВЛЕНИХ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ

3.1 Методологічні засади проведення аудиту закладів охорони здоров'я

Медичний аудит - це оцінка клінічних та діагностичних процесів в медичному закладі будь якого рівня.

Аудитом в медичній системі також можна назвати огляд усіх процесів усереднені кожної лікарні. Опираючись на аудит можна отримати чітке розуміння про те, як працює кожне з відділень, які процеси повинні бути налагодженні в найближчий час, а які потрібно змінити в корні; які можуть з'явитися (чи може вже існують) загрози і дрібні недоліки; які послуги потребують окремої уваги, в чому є сильні сторони лікарні та як цими сторонами користуватися аби у короткі строки стати найкращими.

Аудит в системі управління якістю медичної допомоги можна розглядати як складову процесу управління, як функцію і як систему. аудит призначений забезпечити досягнення стратегічної мети – надання пацієнтам якісної медичної допомоги – шляхом встановлення рівня відповідності визначених компонентів (характеристик) якості медичної допомоги прийнятим вимогам. Аудит медичної системи як функція управління передбачає:

- збір даних про фактичні характеристики якості медичної допомоги на основі їх моніторингу за визначеними критеріями;
- порівняння отриманих даних з вимогами нормативів, стандартів, протоколів, інструкцій; - виявлення відхилень (невідповідностей) та їх оцінку;
- аналіз причин відхилень;
- використання аналітичної інформації для підтримки прийняття управлінського рішення з поліпшення якості медичної допомоги.

Завдяки цьому можна отримати зворотний зв'язок у системі управління якістю. Аудит як система розглядається через сукупність взаємопов'язаних елементів: мети, завдань, ідентифікованих суб'єктів і об'єктів контролю, функцій, методів, засобів контролю, джерел інформації про функціонування системи якості, критеріїв і результатів контролю.

Досягнення максимального ступеня об'єктивності аудиту можливе за умови його проведення на основі розробленої та затвердженої керівником закладу охорони здоров'я інформаційної бази критеріїв та індикаторів якості, відповідних її компонентам.

Організація проведення контролю якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я передбачає досягнення мети контролю шляхом виконання відповідних функцій суб'єктами контролю з використанням методів і технічних засобів контролю на основі визначених критеріїв.

Оперативний контроль якості керівником закладу охорони здоров'я здійснюється на основі аналізу узагальнених даних головних позаштатних спеціалістів, заступника з лікувальної роботи та голів експертних комісій, що діють у закладі (лікарсько-контрольної, інфекційного контролю, гемотрансфузійної, летальної та інших). Експертному комісійному контролю підлягають випадки дефектів, невідповідностей, відхилень у наданні медичної допомоги за переліком, встановленим нормативними документами. Діяльність експертних комісій відбувається згідно з відповідними Положеннями про комісії, затвердженими керівником закладу охорони здоров'я. Керівник закладу охорони здоров'я також може використовувати як вхідні дані для оперативного контролю якості результати адміністративних обходів, безпосереднього спілкування з пацієнтами та їх представниками, рішення медичної ради з актуальних питань якості медичної допомоги. Керівник може надати на розгляд медичної ради будь-які актуальні проблемні питання стосовно якості медичної допомоги, виявлені за результатами оперативного контролю у відділеннях / структурних підрозділах та діяльності експертних комісій. Враховуючи, що контроль якості завідувачами відділень/структурних підрозділів має бути найбільш ретельним і охоплювати великий обсяг інформації, що потребує достатньо часу, а також достатньо суб'єктивний характер контролю на рівні лінійних керівників, доцільно впровадити в систему контролю якості його сучасні управлінські форми – аудит клінічної і неклінічної діяльності та самооцінку системи управління якістю. В національній системі охорони здоров'я задекларований клінічний аудит як

необхідна умова поліпшення якості. Концепцією управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період 2020 р. визначено, що клінічний аудит спрямований на покращання процесів та результатів допомоги пацієнтам через систематичний перегляд складових медичної допомоги у порівнянні з визначеними критеріями та впровадження змін там, де допомога або її результати не досягають очікуваного рівня.

Правильний підхід до організації аудиту не призведе до значного навантаження на співробітників-аудиторів, але надасть їм можливість брати участь в поліпшенні якості роботи закладу і переносити знання та навички, отримані під час аудиторської діяльності, в свою повсякденну діяльність на робочому місці. Самооцінка системи управління якістю спрямовується на проведення періодичного контролю функціонування системи управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я з метою виявлення сильних сторін в управлінні якістю, а також напрямків, які потребують поліпшення. Результати самооцінки можна використати для визначення стратегії розвитку, розробки перспективних планів з удосконалення діяльності і підвищення задоволеності усіх зацікавлених у якості медичної допомоги сторін. Самооцінку бажано проводити за ключовими критеріями управління якістю шляхом покрокової бальної самооцінки описових характеристик існуючої системи.

3.2 Особливості проведення аудиту в оновлених медичних закладах

Сьогодні у світі практики охорони здоров'я характеризуються змінами у системі забезпечення якості медичних послуг: відбувається перехід від ідеології контролю до стимулювання виявлення і вирішення існуючих проблем, тобто застосування комплексного, інтегрованого і динамічного підходу до покращання якості, спрямованого на поліпшення результатів роботи системи в цілому, постійну модифікацію і вдосконалення якості медичної допомоги.

Поліпшення якості медичної допомоги є пріоритетною метою діяльності

систем охорони здоров'я більшості розвинутих країн на початку третього тисячоліття. У методологічному і практичному аспектах управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я України залишається недостатньо опрацьованою проблемою через складність і залежність від багатьох чинників та умов – організації, фінансування, інформаційного забезпечення тощо. Низка резонансних подій в Україні продемонструвала суспільну потребу в системних і локальних змінах у галузі охорони здоров'я. Потрібно визнати відсутність науково обґрунтованої та апробованої у медичних закладах різного рівня методології ефективного клінічного управління у сучасних соціально-економічних умовах. Успадковані від планової економіки та адміністративно командної системи принципи управління лікувально-діагностичним процесом і матеріальними ресурсами у закладах охорони здоров'я виявились не ефективними для забезпечення якості медичної допомоги і безпеки пацієнтів навіть при дедалі зростаючих обсягах державного і додаткового фінансування галузі. Для задоволення суспільних потреб у поліпшенні якості медичних послуг нам вкрай необхідні нові підходи до управління і розвитку медичного персоналу, одним з яких може бути впровадження клінічного аудиту.

Впровадження сучасної індустріальної моделі безперервного покращення якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я потребує застосування технологій внутрішнього аудиту як одного з основних інструментів не тільки контролю, але й моніторингу результативності функціонування системи управління якістю медичної допомоги та її вдосконалення.

В сучасних умовах існуюче оснащення комп'ютерною технікою і найбільш поширеним програмним забезпеченням – продуктами Microsoft Word, Microsoft Excel, Microsoft Visio, «стаціонар», «Поліклініка» – дозволяє прискорити найпростіші процеси контролю: реєстрацію даних, їх статистичну обробку, графічне представлення, динаміку змін. Разом з тим, суттєвим моментом вдосконалення стане впровадження електронних документів – електронної історії хвороби, електронного паспорту пацієнта, які містять відомості про клінічні діагнози, лікарські призначення, результати лабораторних тестів і

діагностичних досліджень, динаміку захворювання і дефекти під час надання медичної допомоги, що дозволить в режимі реального часу і в найкоротші терміни відслідковувати клінічний результат, здійснювати підрахунки вартості кожного клінічного випадку, оцінювати рівень і обсяг небезпечних втручань. Зазначені можливості медичних інформаційних систем представляють їх як важливий інструмент для керівників при прийнятті обґрунтованих рішень в умовах дефіциту фінансових, кадрових і матеріально-технічних ресурсів.

Сьогодні у світі практики охорони здоров'я характеризуються змінами у системі забезпечення якості медичних послуг: відбувається перехід від ідеології контролю до стимулювання виявлення і вирішення існуючих проблем, тобто застосування комплексного, інтегрованого і динамічного підходу до покращання якості, спрямованого на поліпшення результатів роботи системи в цілому, постійну модифікацію і вдосконалення якості медичної допомоги.

Управління якістю медичної допомоги є систематичним, незалежним і задокументованим процесом безперервних, взаємопов'язаних дій, що включають планування, організацію, мотивацію, внутрішній аудит діяльності, а також інші заходи, що забезпечують якість медичної допомоги, безпеку для пацієнтів і спрямовані на попередження та усунення недоліків діяльності на рівні закладу охорони здоров'я.

У свою чергу, забезпечення якості – це систематичний підхід до трансформації управління організацією у відповідності зі змінами, що відбуваються, поточною робочою атмосферою і напруженістю, що викликана змінами. Тобто забезпечення якості включає усі дії, що направлені на покращення якості медичної допомоги.

Внутрішній аудит як постійна діяльність у системі управління якістю медичної допомоги закладу охорони здоров'я складається з різних видів аудитів, які здійснюються в рамках визначених завдань і у відповідальності до певних критеріїв.

Методологія внутрішнього аудиту передбачає циклічне оцінювання якості медичної допомоги в закладі охорони здоров'я.

Авторський організаційно- методологічний підхід до управління якістю медичної допомоги на основі механізму внутрішнього аудиту передбачає таку етапність:

I етап - створення нормативно- правової бази управління якістю медичної допомоги на основі стандартизації у закладі охорони здоров'я(локальні клінічні протоколи, накази, методологічні рекомендації, маршрути пацієнтів, внутрішні технологічні стандарти, форми для анкетування, річні плани і т.п.).

II етап - створення середовища, сприятливого до безперервного покращення якості медичної допомоги, у закладі охорони здоров'я:

- лідерство керівництва;
- проведення загальних зборів колективу з роз'ясненням цілей та принципів концепції безперервного покращення якості медичної допомоги(доброзичливості, конфіденційності, використання вже наявних даних, відсутності покарання або обвинувачення в результаті проведення аудиту);
- створення структурного компоненту безперервного покращення якості медичної допомоги: необхідні моно- або мультидисциплінарних груп, до складу яких наказом головного лікаря можуть бути залучені працівники різних підрозділів даного закладу охорони здоров'я, споживачі медичних послуг, забезпечення навчання персоналу;
- формування мотиваційного компоненту системи безперервного покращення якості медичної допомоги: системи матеріальної та моральної винагороди за надання якісної медичної допомоги; за участь у роботі мультидисциплінарних груп.

III етап - проведення внутрішнього аудиту якості медичної допомоги мультидисциплінарною командою: планування; підготовка аудиту; проведення аудиту; впровадження змін; моніторинг та оцінка впроваджень.

Тема аудиту має бути дуже актуальною та локальною. Тему аудиту, як правило, визначає головний лікар. На етапі планування аудиту видається наказ про проведення внутрішнього аудиту.

Етап підготовки аудиту передбачає вибір методології(аналіз первинної документації, звітів, відповідності процесу лікування локальним протоколам, стандартам, моніторинг думки пацієнтів та інше); визначення індикаторів якості медичної допомоги з даної теми.

На етапах проведення аудиту виявляються недоліки та вузькі місця в організації в медичної допомоги в закладі охорони здоров'я; розробляються та надаються пропозиції щодо покращення наявної медичної практики, які оформляються протоколом засідання мультидисциплінарної групи.

На етапі впровадження змін видається наказ по закладу про підсумки внутрішнього аудиту та впровадження пропозицій з удосконалення якості медичної допомоги з визначенням терміну повторного аудиту. Останній етап аудиту включає моніторинг та оцінку впроваджень.

3.3 Удосконалення контролю якості аудиту медичних закладів України

За останні 20 років клінічний аудит значно поширився та використовується у багатьох країнах [11;13;16]. Розвиток клінічного аудиту отримав широку підтримку з боку не лише медичних працівників, але й роботодавців і споживачів медичних послуг. За допомогою клінічного аудиту можна відстежити процеси діагностики, лікування та догляду за пацієнтами, використання різних видів ресурсів, наслідки медичних втручань і вплив медичної допомоги на якість життя пацієнта [11;17;18]. Таким чином, клінічний аудит, охоплюючи всі аспекти допомоги хворим, став суттєвою і невід'ємною частиною клінічного управління. оскільки аудит порівнює актуальну діяльність зі стандартами здійснення медичної практики, першим кроком до впровадження клінічного аудиту у закладі охорони здоров'я є розробка і затвердження локальних стандартів. Локальний протокол медичної допомоги – нормативний документ регіонального рівня, що забезпечує координацію та упорядкування за часовим графіком технологій та методів надання медичної допомоги багато/міждисциплінарного змісту, регламентує реєстрацію медичної інформації і ведення клінічного аудиту;

затверджується головним лікарем лікувально- профілактичного закладу [19].

Клінічний аудит може включати використання статистичного і економічного аналізу, які донедавна були переважно науковими, а не практичними методами. Водночас, підсумовуючи огляд закордонних джерел, слід зазначити чіткі відмінності між науковим дослідженням і аудитом.

Загальною метою клінічного аудиту є поліпшення якості результатів медичної діяльності на благо пацієнтів. Статистичний аналіз результатів опитувань пацієнтів, робота з фокус- групами можуть стати способом збору даних і були апробовані для оцінки якості медичних послуг застрахованим особам [20].

У системі управління якістю медичної допомоги застосування аудиту є формою зворотного зв'язку, яка опосередковано сприяє професійному розвитку персоналу. На думку М. Nabiba, через невизначеність впливу багатьох чинників на ефективність аудиту необхідно у подальшому вивчити його значення для постійного професійного розвитку [21].

Сучасній вітчизняній медичній практиці притаманні ряд особливостей, які можуть стримувати впровадження клінічного аудиту (Табл. 1).

Таблиця 1- Недоліки медичних установ.

Принципово застаріла та однотипна система управління медичними закладами різного рівня
Недолік теоретичних знань стосовно сучасних систем управління якістю у більшості чинних керівників медичних закладів
Низький рівень співпраці між медичними закладами всередині країни та малий досвід міжнародної співпраці
Велика частка закладів з невеликим ліжковим фондом та низьким технологічним рівнем як у державному, так і приватному медичних секторах

Неможливість обробки та систематизації даних з паперових носіїв медичної інформації
Відсутність мотивації персоналу до економічно ефективної та якісної роботи
Дефіцит висококваліфікованого персоналу за багатьма спеціальностями
Багаторічна суспільна культура «пошуку винних» виконавців як форма «боротьби за якість»

Клінічний аудит матиме шанси на успіх, якщо з боку організаційного середовища буде продемонстрована підтримка власника та першого керівника медичного закладу, а залучений персонал буде адекватно підготовлений. Раніше зазначалось, що у випадку, коли методика аудиту погано розуміється або організаційне середовище не надає йому підтримки, шанси проведення успішного клінічного аудиту зменшуються. Наразі потрібно докласти багато зусиль для формування культури як окремих закладів охорони здоров'я, так і медичної корпорації в цілому щодо сучасних методів управління якістю медичної допомоги. Нещодавно прийнятий в Україні професійний етичний кодекс, на жаль, не містить чітких положень щодо активної позиції лікаря у системній діяльності з поліпшення якості медичної допомоги. Локальне регулювання дає змогу роботодавцеві організовувати діяльність щодо забезпечення якості медичної допомоги у підпорядкованому закладі та визначити обсяг і порядок залучення працівників до заходів аудиту залежно від рівня закладу охорони здоров'я та організації підсистеми управління якістю у ньому. Наприклад, в одному зі столичних лікувально-профілактичних закладів до посадової інструкції лікаря включено положення, яке зобов'язувало працівника брати участь у розробці та впровадженні міжнародного стандарту ISO 9001–2000 у профільному відділенні. Посадові інструкції, забезпечуючи локальне та індивідуальне регулювання взаємовідносин між співробітником та закладом охорони здоров'я, дають змогу відносно самостійно визначити суб'єктні права та

обов'язки медичного працівника при його участі у клінічному аудиті. . Додаткові повноваження можуть також бути делеговані співробітнику керівником у випадку створення тимчасових робочих груп аудиту, як різновиду проектної діяльності. На мою думку, так само на локальному рівні повинно вирішуватись і питання матеріального та морального стимулювання участі у цій роботі співробітників.

Досвід надання медичної допомоги за полісами добровільного медичного страхування, де широко використовується зовнішній контроль роботи персоналу закладів охорони здоров'я, свідчить, що медичні працівники, а особливо лікарі, дуже чутливі до зовнішньої оцінки їх діяльності. На пострадянському просторі спроби стандартизації на локальному чи галузевому рівні часто сприймаються лікарями, як обмеження їх автономії. Найімовірніше, процедури аудиту буде легше організувати у стаціонарних медичних підрозділах, де оцінка рівня якості діагностики і лікування та інші форми експертних оцінок, вживаються ширше. Для залучення співробітників до аудиту амбулаторної медичної допомоги необхідно виділити час у межах робочого графіка лікарів. Цілком імовірно, що діяльність пов'язана з аудитом, може сприйматися лікарями, особливо у комерційних медичних закладах, як зайві витрати часу і доходу. Можливості зростання зацікавленості практичних лікарів до проблем управління якістю медичних послуг залежить від того, яким шляхом і з якою швидкістю буде змінюватись вітчизняна система охорони [22].

Критичний аналіз медичної діяльності, враховуючи застосовані технології та їх виконавців, споживання ресурсів і наслідки втручань неможливі без застосування інформаційних систем. Значне відставання від європейських країн в інформатизації медичної галузі України наразі гальмує швидке поширення клінічного аудиту. В умовах можливого запровадження державного соціального медичного страхування перехід на електронний документообіг і управлінський облік стає нагальною необхідністю.

Розробка, адаптація і впровадження інструментів постійного підвищення якості медичної допомоги населенню безсумнівно є найактуальнішими

проблемами управління охороною здоров'я в умовах розпочатого реформування галузі. Світовий досвід і визначена вітчизняними нормативними документами роль клінічного аудиту в управлінні якістю медичної допомоги не гарантують швидких позитивних змін у роботі лікувально-профілактичних закладів та зростання задоволення споживачів медичних послуг. Практичне впровадження цієї сучасної методології управління якістю у медичних організаціях передбачатиме політичний, освітній, інформаційний, фінансовий та культурний аспекти, кожен з яких потребує подальшого вивчення. Оптимізація системи клінічного управління має передбачати широке залучення медичних працівників і професіоналів з немедичною освітою до участі у заходах клінічного аудиту.

Висновки до розділу 3

1. Історія відносин та розвитку будь-якої галузі в державі наочно показала, що без вивіреної та чітко організованої системи аудиту та контролю, не буває стабільних досягнень та розвитку всієї системи чи окремо взятої галузі. Перш за все аудит має охоплювати як всю галузь в цілому так і мати розуміння її окремі складові. За для ефективності та якісного виконання цієї роботи, мають бути і людські кадри, так і ефективні технологічні засоби контролю. Тільки з вивіреністю зазначених факторів, чіткого розуміння методів контролю та адекватного сприйняття специфіки охорони здоров'я, система аудиту дасть належний ефект та буде сприяти розвитку галузі в цілому.

2. Сфера медицини, це завжди грань між повноцінним життям та обмеженням, між життям та смертю. саме це має впливати на людей, які вже наділені певними функціями та працюватимуть вузько та незалежно за для здійснення аудиту різних напрямлень в ланках системи охорони здоров'я в Україні. Всі не схожості та специфіки що відрізняють напрямок медичного аудиту від інших, повинен бути враховані та впровадженні не просто на рівні, а на рівні, що дозволить виявляти проблеми та спонукати галузь, чи окремі установи своєчасно реагувати, бо так, від цього залежить життя людей.

3. Контроль якості медичних закладів, перш за все має проводитися

фаховими спеціалістами, ефективність яких забезпечена як спеціальним законодавством, так і гарантією незалежності від будь-якого адміністративного ресурсу, що є в нашій державі одною з найболючіших проблем. Мають бути знищені численні перехідні та трутневі ланки які є в нинішній системі охорони здоров'я, а замість них організована професійна та незалежна служба медичного аудиту, що керується виключно нормами закону, та підзвітна спільноті пацієнтів. Фаховість кадрів має бути основною умовою кадрів, які, перевіряючи певні заклади або сфери медицини, повинні мати кваліфікацію не нижче, а то і вище кваліфікації тих в роботі яких вони мають проводити аудит. Відповідальність таких кадрів мають забезпечити відповідні законодавчі норми і тому доцільно вважати, що медичний аудит є система.

ВИСНОВКИ

Пильна увага до проблем охорони здоров'я в Україні у світі зумовлена тим, що громадське здоров'я на сучасному етапі суспільного розвитку характеризується особливостями і тенденціями, що сформувалися під впливом багатьох чинників. З одного боку, людство сьогодні стало більш захищеним від багатьох невиліковних хвороб, від імовірності враження захворюваннями, що передаються через воду, харчові продукти, споживчі товари, від нещасних випадків вдома і на виробництві. З іншого, певною мірою населення стало ще більш уразливим, боку, тому виникає потреба реорганізації системи охорони здоров'я та пошуку альтернативних стратегій більш ефективної державної політики в цій сфері.

Державна політика України у сфері охорони здоров'я – це комплекс прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо збереження і зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення держави як найважливішої складової її національного багатства шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, наукових, медичних заходів з метою збереження громадського здоров'я.

Необхідність реформування сфери охорони здоров'я України зумовлена суттєвими суперечностями між зростаючими потребами населення в медичній допомозі та спроможністю галузі їх задовольнити на засадах якості, доступності, ефективності, рівності та справедливості.

Як бачимо, в Україні реформування сфери охорони здоров'я здійснюється з урахуванням сучасних тенденцій розвитку медичної галузі та узгоджується з основними напрямками нової Європейської політики в сфері охорони здоров'я «Здоров'я-2020». Проте, незважаючи на комплекс заходів, спрямованих на поліпшення здоров'я нації, системний аналіз інформаційних матеріалів Державної служби статистики України, МОЗ України та наукових праць фахівців у цій сфері свідчить, що медикодемографічні показники та показники

захворюваності, які характеризують стан громадського здоров'я, мають негативні тенденції.

Таким чином, удосконалення державної політики України з питань охорони громадського здоров'я шляхом реформування вітчизняної системи охорони здоров'я має продовжуватися, але в інших формах. Процеси реформування та оптимізації державної політики з охорони громадського здоров'я повинні включати такі напрямки:

- демонополізація управління сферою охорони здоров'я шляхом залучення до цих процесів створених корпоративних професійних організацій лікарів, медсестер, фармацевтів;
- розробка ефективних механізмів запровадження системи багатоканального фінансування медичної галузі; пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини з акцентом у діяльності на профілактику захворювань;
- посилення ролі реабілітаційної складової шляхом визначення ролі закладів охорони здоров'я і соціального захисту в цих процесах;
- удосконалення післядипломної підготовки і підвищення кваліфікації медичних кадрів шляхом делегування цих функцій професійним корпоративних об'єднань.

Перспективами подальших наукових розвідок з окресленої проблематики є розробка ефективних інструментів реалізації процесів реформування та вдосконалення державної політики з охорони громадського здоров'я.

Підходячи комплексно до проблем розкритих в даній роботі можна зробити як теоретичні так і практичні висновки. Висновки мають охопити не локальні аспекти а всю галузь загалом і вони є наступними.

Говорячи про філософію медицини, слід пам'ятати, що медицина, охорона здоров'я та система охорони здоров'я є зовсім різними речами. Головна мета розвитку системи охорони здоров'я в Україні, має бути вдосконалення цих сутностей – стовпів галузі, як взятих кожна окремо, так і приведення до ідеалу зв'язків між цими ланками.

Коли ми підходимо до реформування системи охорони здоров'я в державі ми маємо точно визначитися, чого ми хочемо досягти. Після того ми маємо визначити стратегію, а вже потім переходити до точної, розробки шляхів та методів як цю стратегію втілити в життя і це називається тактикою.

Ми маємо якийсь певний рівень галузі в нашій державі і зразу повинні зрозуміти, що нижче цього рівня немає дороги. Для того, щоб йти вперед нам потрібно:

- оцінити всі наявні на цьому етапі активи;
- вирішити що нам потрібно для руху вперед і залишити, а всього іншого або позбутися, або трансформувати в активи, навіть якщо це буде тимчасовим явищем. Що не піддається – заморозити щоб не заважало;
- створити умови для старту, скомпонувати сили на одній ділянці – пілотному проекті і почати рух.

Це значить, що ми знаємо, що наша система застаріла не тільки обладнанням а в першу чергу ми маємо кадри, що не відповідають вимогам через свій непрофесіоналізм та корумпованість. Як позбутися? Відповідні законодавчі норми (загальні та локальні, закони та підзаконні акти), фільтрація навчальних закладів через приведення до відповідності як програми, так і якість професури та викладання а також жорстке ставлення до негативних явищ, яких повно.

Надалі має бути фільтрація складових самої системи управління як окремих лікарень так і малих амбулаторій, так і міністерства охорони здоров'я. На мою думку інститут департаментів охорони здоров'я та інших проміжних ланок є віджившим який тільки заважає відносинам центрального органу і мережі лікувальних закладів. Лікувальні заклади мають самі визначати місцеві пріоритети, вибирати на конкурсній основі починаючи з професійних кадрів, постачальників обладнання, розхідних матеріалів, ліків та іншого у відповідності до продуманих локальних завдань, направлених на задоволення вимог, які ставлять як пацієнти так і особливості певного регіону.

Рух вперед не можливий без втілення новітніх технологій та впровадження апробованих розвинутими державами систем, а це знову кадри, матеріальне та фінансове забезпечення.

Система аудиту повинна бути якісною, забезпеченою, професійною і саме головне незалежною. Хочу визначити той факт, що і в цьому ми не будемо піонерами, просто треба вибрати таку форму організації цього напрямку, яка би підходила нашим реаліям та нашій запущеності і нехай це допомагає.

Медичним закладам України потрібен диференційований та виважений підхід до гвинтиків системи охорони здоров'я – людей які в ній працюють. Тут має діяти один принцип – відібрав, навчив, забезпечив місцем роботи яке відповідає вимогам часу, поставив конкретне завдання орієнтоване на результат, а коли це необхідно на часові відрізки, проконтролював, прийняв роботу, віддячив матеріальними благами та надав моральну оцінку. Тільки після того, як професорський склад, лікарі, адміністратори, середній та молодший медичний персонал, господарський персонал зрозуміють справедливість такого системного підходу та отримають при сумлінному відношенні не копійки та психологічні стусани, а достойну фінансову та моральну оцінку своєї роботи, тоді ми і наша система, навіть не до кінця досконала та експериментальна дасть результати і поліпшить життя як окремих людей так і всього суспільства.

Жодна галузь не може обійтися без грамотного, професійного, сучасного та відданого своєму народу та роботі керівництва. Саме таке керівництво може бути мозковим центром найважливішої галузі для здоров'я та процвітання нації.

Вчимося у сусідів, живімо у Європі та будьмо рівними.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аналітична довідка про стан реформування системи охорони здоров'я за 2013 р. (на виконання наказу МОЗ України від 11.06.2013 № 494 «Про удосконалення моніторингу реформи системи охорони здоров'я» / Укладач М.В. Шевченко. - К., 2014. – 51 с. (Робочий документ).
2. Аналітична довідка про стан реформування системи охорони здоров'я за 2013 р. (на виконання наказу МОЗ України від 11.06.2013 № 494 «Про удосконалення моніторингу реформи системи охорони здоров'я» / Укладач М.В. Шевченко. - К., 2014. – 51 с. (Робочий документ)
3. Богомаз В. М. оцінка якості медичної допомоги в системі добровільного медичного страхування / В. М. Богомаз // укр. мед. часопис. – 2006. – № 1 (51). – с. 104–108.
4. Бахтеєва Т. Медицина – не та галузь, що може почекати до “кращих” часів / Т. Бахтеєва // Ваше здоров'я. – 2009. – 29 трав. – с. 3–4.
5. Гінзбург В.Г. Результати регіоналізації перинатальної допомоги в Дніпропетровській області / В.Г. Гінзбург // Україна. Здоров'я нації. - 2012. - №2 -3 (22-23). - С. 27-31.
6. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности / [Всемирная организация здравоохранения]. – Женева : Издательство ВОЗ, 2000. – 232 с.
7. Закон України від 05.07. 2012 № 5081-VI «Про екстрену медичну допомогу»
8. Закон України від 07.07. 2011 № 3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській Донецькій областях та місті Києві».
9. Звіт про стан реалізації пілотного проекту реформування системи охорони здоров'я в Дніпропетровській області. Робочі матеріали Департаменту управління охороною здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації, 2014 р. – 11 с. Крячкова Л. В. Досвід оцінки чутливості

регіональних систем охорони здоров'я на підставі опитування домогосподарств / Л. В. Крячкова // Сучасні медичні технології. - 2014. - № 3 (23). - С. 92 – 98.

10. Информационные технологии в медицине: доказанные факты и нерешенные проблемы. [электронный ресурс]. Режим доступа: <http://medconfer.com/node/1764>)

11. Клинический аудит качества медицинской помощи больным артериальной гипертонией в поликлинике города саратова с использованием компьютерной информационно-аналитической системы / О.М. Посненкова, В.И. Гриднев, А.Р. Киселев, В.А. Шварц // саратовский науч.8мед. журнал. – 2009. – Т. 5, № 4. – с. 548–554.

12. Крячкова Л.В. Медико-соціальне обґрунтування системи забезпечення чутливості охорони здоров'я до очікувань населення: автореф. дис.... докт. мед. наук: спец. 14.00.33 «Соціальна медицина» / Л. В.Крячкова. – Харків, 2015. - 44 с.

13. Лехан В. М. Порівняльна характеристика моделі Семашка та моделі, започаткованої в рамках реформи системи охорони здоров'я в Україні / В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург, Е. В. Борвінко // Медицина сьогодні і завтра. - 2013. - № 4. - С. 99-105.

14. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. - 2010. - № 1. - С. 5-23.

15. Лехан В.М. Методика оцінки структурної ефективності територіальних систем охорони здоров'я : методичні рекомендації 151.13/304.13 / уклад. : В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, Е. В. Борвінко ; МОЗ України, Укр. центр наук. мед. інформації та патентно-ліценз. роботи, ДЗ «ДМА МОЗ України». - К., 2013. – 36 с.

16. Лехан В.М. Новая модель надання первинної медико-санітарної допомоги - досвід пілотних регіонів / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, В.Г.Гінзбург, Л.В.Крячкова, М.В.Шевченко // Wiadomosci Lekarskie. - 2014, Tom LXVII, gr.2czesc. II, P.210-214.

17. Лехан В.М. Модернізація первинної медичної допомоги населенню України в руслі світових тенденцій / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, В.Г. Гінзбург, Л.В. Крячкова, М.В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. - 2012. - № 2 (22). - С. 63-69.

18. Наказ МОЗ України від 05.10.2011 №646 «Про затвердження нормативно-правових актів Міністерства охорони здоров'я України щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві»

19. Наказ МОЗ України від 15.05.2013 № 373 «Про затвердження Методики розподілу обсягу видатків між видами медичної допомоги» Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в 50 Україні на період 2015-2020 років [Електронний ресурс] / Стратегічна дорадча група з питань реформування системи охорони здоров'я в Україні,. 2015. – 41 с.- Режим доступу: <http://healthsag.org.ua/strategiya/>

20. Наказ МОЗ України від 15.05.2013 № 373 «Про затвердження Методики розподілу обсягу видатків між видами медичної допомоги» Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в 50 Україні на період 2015-2020 років [Електронний ресурс] / Стратегічна дорадча група з питань реформування системи охорони здоров'я в Україні,. 2015. – 41 с.- Режим дступу: <http://healthsag.org.ua/strategiya/>

21. Начал действовать проект Всемирного банка «улучшение здравоохранения на службе у людей». [електронний ресурс]. Режим доступу: <http://protectedmedicine.org/en/news/proekt-vsemirnogo-banka/>)

22. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні: [спільний звіт] / за заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. – К.: Вид-во Раєвського, 2005. – 168 с.

23. Портер М. Переосмысление системы здравоохранения. Как создать конкуренцию, основанную на ценности и ориентированную на результат / Майкл

Портер, Тайсберг Элизабет Ольмстед. – К. : Издательство Алексея Капусты (подразделение Агенства «Стандарт»»), 2007. – 620 с.

24. Постанова Кабінету Міністрів України від 20 травня 2013 р. № 395 «Деякі питання оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я» (скасована)

25. Постанова Кабінету Міністрів України від 5 березня 2012 р. № 209 «Дякі питання оплати праці медичних працівників закладів охорони здоров'я, що є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я» (скасована)

26. Про затвердження Положення про Галузеву інформаційно-телекомунікаційну систему МоЗ України «HealthNet». [електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070426_208.html.

27. Про затвердження Положення про електронний реєстр пацієнтів. [електронний ресурс]. Режимдоступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/546-2012-%D0%BF>

28. Про затвердження уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина друга)): наказ МоЗ України та АМН України № 795/75 від 03.11.2009 р. [електронний документ]. – Шлях доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану).

29. Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо забезпечення державних фінансових гарантій надання медичних послуг та лікарських засобів: Проект Закону України № 6604 від 21 червня 2017 р. [електронний ресурс] / офіційний сайт Верховної ради України. – режим доступу : <http://w1.c1.rada.gov.ua>.

30. Про затвердження реєстру лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню станом на 26 липня 2017 р.: Наказ Міністерстваохорони здоров'я України № 856 від 26 липня 2017 р. зі змінами [електронний ресурс] / офіційний

сайт Міністерства оорони здоров'я україни. – режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>.

31. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: Проект Закону України № 7117 від 18 вересня 2017 р. [електронний ресурс] / офіційний сайт Верховної ради України. – режим доступу : <http://w1.c1.rada.gov.ua>.

32. Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги в Україні: стандартизація медичної допомоги / за заг. ред. о. М. Новічкова, Г. Росс. – К.: Представництво Європейської Комісії в Україні, 2009. – 43 с.

33. Салтман Р.Б. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Р.Б.Салтман, Дж.Фигейрас: Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 432 с.

34. Совет директоров Всемирного банка одобрил заем для реализации Проекта «улучшение охраны здоровья на службе у людей». [електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.kmu.gov.ua/control/ru/publish/article?art_id=247990895).

35. Уклад. : В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, Е. В. Борвінко ; МОЗ України, Укр. центр наук. мед. інформації та патентно-ліценз. роботи, ДЗ «ДМА МОЗ України». - К., 2013. – 36 с. Лехан В. М. Порівняльна характеристика моделі Семашка та моделі, започаткованої в рамках реформи системи охорони здоров'я в Україні / В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург, Е. В. Борвінко // Медицина сьогодні і завтра. - 2013. - № 4. - С. 99-105.

36. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2012 рік / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2013. – 415 с.

37. Электронное здравоохранение как фактор повышения качества и доступности медицинского обслуживания населения. [електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.dompressy.by/2014/11/20/elektronnoe-zdravooxranenie-kak-faktor-povysheniya-kachestva-i-dostupnosti-medicinskogo-obsluzhivaniya->

naseleniya/

38. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes / G. Jamtvedt, J. M. Young, D. T. Kristoffersen [et al.]. – Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD000259. DOI: 10.1002/14651858.CD000259.pub2)

39. Chung Ch. Clinical audit in emergency medicine / Ch. Chung // Hong Kong J. Emerg Med. – 2003. – Vol. 10, № 3. – P. 181–187.)

40. Decline in ICU adverse events, nosocomial infections and cost through a quality improvement initiative focusing on team work and culture change / M. Jain, L. Miller, D. Belt [et al.] // Qual Saf Health Care. – 2006. – Vol. 15. – P. 235–239.

41. Evaluation of modernization of adult critical care services in England: time series and cost effectiveness analysis / A. Hutchings, M. A. Durand, R. Grieve [et al.] // BMJ. – 2009. – Vol. 339. – P. 1–8.)

42. Guryel E. Auditing orthopaedic audit / E. Guryel, K. Acton, S. Patel // Ann R Coll Surg Engl. – 2008. – Vol. 90, № 8. – P. 675–678.

43. Habiba M. Is there a role for audit in continuous professional development? / M. Habiba // European Clinics in Obstetrics and Gynaecology. – 2006. – Vol. 1, № 4. – P. 241–244.

44. Toward Clinical Excellence. A Framework for the Credentialing. – Wellington: Ministry of Health, 2001. – 58 p. – Access mode: <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf>. – Title from screen.)

45. Travelling surgeons – a clinical audit of laparoscopic cholecystectomy procedures in Northland, New Zealand / S. M. Ryan, P. Milsom, J. Yang, G. Snyman // N Z Med J. – 2009. – Vol. 122, № 1305. – P. 34–40.

ДОДАТКИ