

Олена ГУЦУЛЯК
Донецький національний університет
імені Василя Стуса, м. Вінниця
к. ю. н., доцент кафедри конституційного,
міжнародного і кримінального права
o.bagriy@donnu.edu.ua
ORCID: 0000-0002-7639-9551

ЯКІСТЬ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЯК ГАРАНТІЯ ПРАВА НА ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

<http://doi.org/10.23939/law2025.48.096>

© Гуцуляк О., 2025

У статті здійснено комплексне осмислення правового регулювання якості медичної допомоги: у публічно-правовій площині як гарантії забезпечення конституційного права на охорону здоров'я та з точки зору приватно-правового розуміння належної якості послуги, яка надається для задоволення суспільних потреб. Констатовано, що визнання життя і здоров'я людини найвищою соціальною цінністю робить абсолютно безальтернативним вибір на користь людиноцентризму та пацієнт-орієнтованості в процесі надання медичної допомоги та під час реформування системи охорони здоров'я загалом. Проте існуючі недоліки та прогалини правового регулювання у досліджуваній сфері не дозволяють переконливо оцінити якість медичних послуг на сучасному етапі як високу або бодай достатню.

Узагальнено критерії якості медичних послуг, а саме: ефективність (доказовість); доступність (як територіально, так і наявності необхідного компетентного медичного персоналу, обладнання, ліків); пацієнт-орієнтованість (комплаєнс, Калгарі-Кембріджська модель медичного консультування); безпечність (доведений профіль ефективності та безпеки усіх призначень).

Акцентовано, що існують деякі проблеми забезпечення якості медичних послуг, особливо в частині безпеки та доказовості. Запропоновано комплекс заходів щодо реформування системи охорони здоров'я, зокрема, запровадження таких індикаторів якості медичної допомоги, як оцінка раціонального використання антибіотиків та протидії антибіотикорезистентності та оцінка зваженого призначення інвазивних методів лікування за наявності альтернативних способів (зокрема, внутрішньовенного та перорального введення лікарських засобів).

У статті узагальнено, що якісна медична послуга повинна спиратися на доказові дані. Саме доказовість є тим першочерговим критерієм оцінки зваженості й обґрунтованості рішень медичних працівників, і цей принцип вже отримав закріплення в органічному законодавстві і на рівні стандартів медичної допомоги, проте бракує дієвих інструментів оцінки якості медичних технологій з точки зору їх доказовості. Потрібна популяризація evidence-based медицини, підвищення обізнаності населення із сутністю доказових методів, а також підвищення правової обізнаності медичного персоналу.

Ключові слова: якість медичних послуг, доказова медицина, індикатори якості медичної допомоги, антибіотикорезистентність, правова обізнаність медичних працівників.

Постановка проблеми. Право на охорону здоров'я є конвенційно та конституційно гарантованим природним правом, що невід'ємно пов'язане із правом на життя і у діалектичному взаємозв'язку та взаємодетермінації із ним становить найвищу соціальну цінність. Водночас система охорони здоров'я вже тривалий час потребує комплексного реформування, яке б передбачало імплементацію апробованих у провідних демократіях раціональних і людиноцентристських засад надання якісної медичної допомоги.

Сьогодні ми констатуємо негативні тенденції щодо ефективності усього механізму забезпечення права на охорону здоров'я, зокрема: українці живуть на 9 років менше, ніж громадяни ЄС (середня очікувана тривалість життя при народженні в Україні та у країнах ЄС – 72 роки та 81 рік відповідно); Україна займає перше місце в Європі по поширеності катастрофічних витрат, які пов'язані зі здоров'ям і які призводять до збіднення родин пацієнтів; 37.6 % госпіталізації в Україні здійснюються без відповідних показань [1]. Тому серед стратегічних пріоритетів запланованого розвитку системи охорони здоров'я (далі – СОЗ) неодмінно згадується саме якість медичних послуг як запорука покращення здоров'я людей.

Стан дослідження. Питання якості медичних послуг лежать у полі зору таких науковців, як: Берназ-Лукавецька О., Білинська М., Блашук Т., Борщ В., Каминська Т., Ломакін А., Мачуга Н., Пецко І., Подсядло Р., Радиш Я., Рижкова Є., Сенюта І., Симонян А., Усачова Є. та багатьох ін. Але особливості застосування інструментів забезпечення якості медичних послуг та шляхи підвищення їх ефективності ще недостатньо вивчені й потребують дослідження та представлення.

Метою статті є комплексне осмислення забезпечення якості медичних послуг як ключового завдання реформування системи охорони здоров'я і уточнення сутності категорії якості в досліджуваній сфері та чинників, які її гарантують.

Виклад основних положень. Основоположником дослідження якості медичних послуг вважається Аведіс Донабедян. Він запропонував Донабедську модель допомоги або Донабедіан, згідно якої оцінити якість медичних послуг можна за рахунок: структури, процесу та результату. Усі три складові тісно пов'язані і будуються одна на одній.

У відповідності до наказу №752 Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 р. якість медичних послуг – це надання медичних послуг або проведення інших заходів, які забезпечують медичну допомогу відповідно до стандартів у галузі охорони здоров'я [2].

На доктринальному рівні якість медичної послуги здебільшого розглядають з одного боку як відповідність стандартам, з другого боку як відповідність вимогам споживача [3, с. 259]. Якість медичної допомоги підтверджує відповідність наданої допомоги сучасному рівню доказової медичної науки та технології.

Належна якість товару, роботи або послуги – властивість продукції, яка відповідає вимогам, встановленим для цієї категорії продукції у нормативно-правових актах, та умовам договору із споживачем, при чому під продукцією треба розуміти «будь-які виріб (товар), роботу чи послугу, що виготовляються, виконуються чи надаються для задоволення суспільних потреб» (п.п. 13, 19 частини першої статті 1 Закону «Про захист прав споживачів»). З словами А. Симонян, питання такого правового засобу відповідальності у відповідній сфері господарювання як відшкодування шкоди, завданої неякісним медичним втручанням, залишається таким, що потребує більш чіткого та регламентованого врегулювання [4, с. 211].

Водночас якість саме медичної допомоги не завжди легко оцінити навіть споживачу відповідних послуг. Не маючи компетентностей у медичній галузі, людина оцінює надану допомогу лише з огляду на результат (одужання) і субсидіарно – «сервіс», тобто наявність чи відсутність лікарської агресії, умови перебування в стаціонарі, уважність медичного персоналу, тощо. Але ключовим все ж є саме результат. І, враховуючи, що людський організм був тисячоліттями загартований на виживання, еволюційно тренований на боротьбу із мікроорганізмами власноруч, то одужання саме по собі не завжди є наслідком

медичних маніпуляцій (сутність цього ствердження гарно висвітлює поширений вислів, що «без противірусних ви хворієте тиждень, а з противірусними – 7 днів»). А якщо згадувані маніпуляції були зайвими і навіть шкідливими, то незважаючи на факт одужання (не завдяки, а всупереч) якість медичної послуги є вкрай низькою, адже підвищує ризики для пацієнта, тягне зайві фінансові витрати або взагалі створює проблему глобального масштабу, як-от використання протимікробних препаратів під час вірусних захворювань з профілактичною метою чи без достатніх підстав припускати бактеріальну природу захворювання тягне проблему антибіотикорезистентності, яку ВООЗ називає однією з 10 глобальних проблем здоров'я.

І зовсім навпаки, споживач (пацієнт) може бути не задоволений існуючим порядком надання певної медичної послуги, незважаючи на дотримання усіх стандартів і протоколів, що ускладнює розуміння її якості у такому контексті. І тут, враховуючи двоїстий характер визначення якості медичних послуг, треба пам'ятати, що процес надання медичної послуги є регламентованим на рівні вищого органу управління у галузі охорони здоров'я. Отже, діалектичне поєднання відповідності встановленим стандартам з одного боку та відповідності вимогам споживача з іншого боку і характеризує якість медичних послуг, але специфіка саме медичної діяльності подекуди сприяє необ'єктивності оцінки з боку пацієнта, і у цьому контексті варто сприяти запровадженню Калгарі-Кембріджської моделі медичної консультації. А підвищення якості медичної діяльності здебільшого можна забезпечувати «зверху», з урахуванням того, наскільки послуги, що надаються в закладах охорони здоров'я населенню, дозволяють досягти бажаних показників здоров'я та відповідають стандартам надання медичної допомоги (характеристика якості медичної допомоги у трактовці ВООЗ).

Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» встановлює основні принципи програми медичних гарантій, включаючи збереження та відновлення здоров'я через медичні послуги. А тому здійснення ефективного контролю за якістю медичної допомоги є одним з пріоритетів Міністерства охорони здоров'я [5].

У Наказі МОЗ від 28.09.2012 року № 752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги» пункт 8 встановлює, що контроль якості наданої медичної допомоги проводиться у випадках смерті пацієнтів, первинного виходу на інвалідність осіб працездатного віку, розбіжності встановлених діагнозів, недотримання закладами охорони здоров'я стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), клінічних протоколів, табелів матеріально-технічного оснащення, а також у випадках, що супроводжувалися скаргами пацієнтів та/або близьких осіб, які доглядають за пацієнтами, шляхом клініко-експертної оцінки якості та обсягів медичної допомоги.

МОЗ пояснює, що забезпечення якості медичної допомоги на всіх етапах та рівнях її надання є комплексним процесом, яка залежить від багатьох складових. Якісна медична допомога повинна відповідати певним критеріям та бути:

- ефективною (базуватися на наукових доказах та з раціональним використанням ресурсів),
- доступною (як географічно, по часу так і наявністю необхідного медичного персоналу, обладнання, ліків),
- орієнтованою на пацієнта,
- безпечною (не допускається заподіяння шкоди пацієнтам),
- комплексною (відповідно до необхідного спектру медичних послуг протягом усього життя) [6].

Підтвердженням того, що заклад охорони здоров'я може здійснювати медичне обслуговування, є наявність ліцензії на медичну практику за заявленими спеціальностями. Ліцензійні умови передбачають серед обов'язків ліцензіатів надавати медичну допомогу, медичні послуги з використанням методології доказової медицини на основі підтвердження їх надійності та *доведеності*, а також відповідно до клінічних протоколів, протоколів надання реабілітаційної допомоги та стандартів медичної допомоги (медичних стандартів) [7].

Показовим є те, що МОЗ України затвердив Методику розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги *на засадах доказової медицини* (підпункт 1.1 пункту 1 із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 1422 від 29.12.2016 року) та Методику розробки системи індикаторів якості медичної допомоги. При цьому чинні індикатори якості

медичної допомоги були затверджені Наказом МОЗ ще в 2011 році і відтоді не зазнали жодних змін чи оновлень [8]. У даному документі перелік індикаторів здається вкрай неповним, наприклад, у стаціонарному секторі оцінюється здебільшого смертність (післяопераційна, материнська, перинатальна, рання неонатальна), в амбулаторному – задоволеність наданням медичної допомоги та частота скарг. Отже, йдеться лише про результативність (одужав / помер) та про суб'єктивну оцінку якості медичних послуг пацієнтами, яка саме в силу своєї суб'єктивності часто не є і не може бути об'єктивною, як пояснювалося вище. І жодного індикатора про безпечність в контексті мінімізації зайвих втручань на невинуватих призначень і доказовість. Дана ситуація потребує термінового вирішення шляхом внесення відповідних змін задля запровадження індикаторів якості, які б відповідали попередженню антибіотикорезистентності в силу безпідставного масового призначення антибактеріальних препаратів, оцінювали рівень доказовості тих методів діагностики, лікування та профілактики, які застосовуються на усіх рівнях медичної допомоги навіть за відсутності ускладнень з боку пацієнтів, що піддавалися описаним втручанням.

Отже, під якістю медичної послуги прийнято розуміти діалектичне поєднання відповідності встановленим стандартам з одного боку та відповідності вимогам пацієнта з іншого боку. Специфіка саме медичних послуг робить неможливою об'єктивну оцінку якості споживачем, хоча є моменти, що потребують удосконалення правового регулювання і щодо цього аспекту (зокрема, поширення Калгарі-Кембріджської моделі консультування). Водночас максимально ефективною може бути реформа підвищення якості медичних послуг в аспекті правового регулювання стандартів якості. І вагомим і неодмінним критерієм має виступати саме доказова медицина. Таким чином, йдеться про те, що сучасна система охорони здоров'я в Україні бере за основу певні дані, дослідження, тобто докази ефективності, і вона також вимагає якості медичних послуг, визначаючи певні вимоги. Проблема української СОЗ у тому, що критерії якості та вимоги до ефективності й безпеки медичних маніпуляцій часто або не відповідають сучасним стандартам (GCP, Належна клінічна практика), або не мають механізму забезпечення дотримання цих стандартів.

Варто ще раз наголосити, що дуже важливо усвідомлювати: якість медичних послуг не можна розглядати виключно в залежності від результату, тобто одужання пацієнта. Треба оцінювати весь процес лікування, необхідність та безпечність усіх маніпуляцій та призначень, які мали місце, не лише наявність чи відсутність побічних ефектів, не лише коротко-, а й довгострокові наслідки.

Не секрет, що під час пандемії коронавірусу стався просто вибух по кількості призначень антибіотиків як для профілактики, так і в марних спробах «витягнути» складний перебіг захворювання чи з огляду на результати рентгену. Серед пацієнтів із COVID-19 загальна частка кобактеріальної інфекції була низькою, але використання антибіотиків було високим. Немає достатньо доказів на підтримку широкого використання емпіричних антибіотиків у пацієнтів, госпіталізованих з COVID-19, особливо тих, хто не має критичного захворювання. Метааналіз 24 досліджень показав, що хоча частка пацієнтів з COVID-19, коінфікованих бактеріальним джерелом, була низькою (6,9 %), більшість з них (71,9 %) отримували антибіотики [9]. Ще більш вражаючі результати іншого дослідження: з 13932 пацієнтів антибіотики застосовувалися у 12238 (дані реєстру SEMI-COVID-19), при чому загальний рівень смертності становив 20,7 % і був вищим серед тих, хто приймав антибіотики (87,8 %). На рішення про початок антибіотикотерапії впливала наявність підвищених маркерів запалення та будь-якого виду інфільтрату на рентгеновському знімку [10].

Непоодинокі випадки, що лікарі просто розводили руками і обґрунтовували свою перестраховку недостатньою кількістю інформації про походження та природу вірусу, на кшталт «це, ймовірно, синтетичний вірус з лабораторії». Логічне питання, як гіпотетична (але з наукової точки зору відверто хибна) версія про синтетичну природу вірусу зробила його бактерією? А інакше яка точка прикладання у антибактеріальних препаратах? Це так само, що сказати про вторинний головний біль: «якщо це не «звичайний» головний біль напруги або мігрень, давайте призначимо проти нього проносний засіб». Навряд чи допоможе, але дещо відволіче. Ефект плацебо є значним, але антибіотик точно не «пустушка», покликана завірити пацієнта в неодмінному одужанні. Тому цей ефект краще

застосовувати під час клінічних випробувань в ході рандомізованих плацебо-контрольованих досліджень, чого в Україні також відверто бракує.

Одним з прикладів, чому антибіотики не можна вживати не зважено, є результати непоодиноких дослідень випадків нейрокандиозу після COVID-19. Miranda MA, Sousa SC, Montes VL зазначають, нейрокандидоз, пов'язаний зі значною захворюваністю та смертністю вражає пацієнтів з тяжким імунodefіцитом, особливо після встановлення центральних венозних катетерів (ЦВК) або нещодавнього лікування антибіотиками чи кортикостероїдами [11]. Цей приклад зацікавлює не лише ймовірними ускладненнями необачного призначення антибіотиків, але й згадкою про використання венозних катетерів (далі – ВК), а цей «біч» українською медициною потребує окремої уваги. Йдеться про те, що в умовах стаціонару використання внутрішньовенного введення лікарських засобів є буквально поголовним, навіть коли існують доступні пероральні альтернативи. Це стосується як пресловутих антибіотиків, так і інших препаратів. І це на тлі того, що Наказом МОЗ України від 23.08.2023 № 1513 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Рациональне застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів з лікувальною та профілактичною метою» заборонено внутрішньовенне введення антибактеріальних препаратів пацієнтам, крім вичерпного переліку випадків (наприклад, відсутність альтернативної ентеральної лікарської форми або якщо пацієнт не здатен ковтати або має блювання, що не піддається медикаментозній корекції) (п. 37) [12]. Проте практика демонструє зовсім інший підхід, навіть у педіатрії.

Наукові дослідження демонструють однакову ефективність перорального введення антибіотиків порівняно із внутрішньовенним, наприклад, Lipping E, Saar S, Reinsoo A, Bahhir A, Kirsimägi Ü, Lepner U, Talving P у пілотному рандомізованому контрольованому дослідженні довели, що 24-годинне пероральне введення антибіотиків призвело до не менших результатів порівняно з 24-годинним внутрішньовенним введенням антибіотиків після лапароскопічної апендектомії при ускладненому апендициті. Демографічний профіль та оцінка тяжкості захворювання при гострому апендициті були подібними між досліджуваними групами. Не було виявлено суттєвих відмінностей між досліджуваними групами щодо 30-денних післяопераційних ускладнень. Медіанний комплексний індекс ускладнень не відрізнявся між досліджуваними групами. Тривалість перебування в лікарні була подібною в обох групах [13]. Натомість використання ВК має ризики певних важких ускладнень і здається невиправданою. Так, катетеризація периферичних судин може супроводжуватись виникненням інфекційних ускладнень, зокрема катетер-асоційованих інфекцій кровотоку [14, с. 315]. Чим пояснюється стійке небажання українських ЗОЗ мінімізувати практику використання ВК можна лише здогадуватися. Чи то побоювання втрати робочих місць великою групою медичного персоналу, що мають навички постановки ВК, чи то наслідки принципу фінансування стаціонарного лікування «гроші йдуть за діагнозом», і медичні працівники банально не мають у розпорядженні пероральних форм медикаментів, а наявні форми мають бути використані задля отримання компенсації їх вартості від НСЗУ. Не маючи на меті зводити наклеп на медиків, все ж варто акцентувати увагу на існуючих на практиці проблемах і наголосити на нагальній необхідності аналізу передумов даної ситуації та виключення обставин, які призводять до масових порушень приписів МОЗ.

Отже, такий елемент оцінки якості медичних послуг як безпечність здійснюваних маніпуляцій сьогодні є максимально вразливим і порушуваним. Необхідно надалі продовжувати модернізацію медичних протоколів, розробляти більш ефективні методики моніторингу якості медичних послуг (зокрема, доповнити існуючий перелік індикаторів якості), а також підвищувати правову обізнаність медичних працівників, зокрема щодо можливості українських лікарів використовувати у своїй роботі міжнародні клінічні протоколи (оновлена Методика розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини) [15].

Як справедливо зазначають Петросова В. І., Вакерич М. М., Ветрова А. О. та інші, неможливо вирішити проблему, якщо люди не знають про її існування. Антимікробні препарати врятували мільйони життів, однак сьогодні ці ліки втрачають свою ефективність внаслідок резистентності бактерій до їх дії [16, с. 65]. Отже, дуже важливо підвищувати обізнаність населення із принципами

доказової медицини, протидіяти упередженості та сприйняттю доказової медицини як альтернативної чи нетрадиційної, а навпаки популяризувати наукові дані про те, що доказовість є лише сучасною методологією традиційної медичної науки і практики. Описані у даній статті проблемні аспекти мають оцінюватися з точки зору якості медичних послуг та використовувати як провідний критерій такої оцінки постулати доказової медицини.

Висновок. Якісна медична допомога повинна відповідати певним критеріям та бути: ефективною (орієнтованою не лише на результат, а і на процес, що включає маніпуляції, які базуються на сучасних наукових доказах та з раціональним використанням ресурсів); доступною (як територіально, так і наявністю необхідного компетентного медичного персоналу, обладнання, ліків в адекватних формах відповідно до пріоритетності застосування); пацієнт-орієнтованою (зокрема, компласнс, Калгарі-Кембріджська модель медичного консультування); безпечною (без зайвих необґрунтованих втручань і маніпуляцій, що не мають доведеного профілю ефективності та безпеки).

Проведене дослідження дозволило виявити деякі проблеми забезпечення якості медичних послуг, особливо в частині безпеки та доказовості. Запропоновані заходи щодо реформування системи охорони здоров'я, як здається, здатні суттєво покращити ситуацію, зокрема завдяки таким індикаторам якості медичної допомоги, як оцінка раціонального використання антибіотиків та протидії антибіотикорезистентності та оцінка зваженого призначення інвазивних методів лікування за наявності альтернативних способів (зокрема, внутрішньовенного та перорального введення лікарських засобів).

Загалом основним висновком проведеного дослідження є умовивід про те, що якісна медична послуга повинна спиратися на доказові дані. Обов'язок дотримуватися принципів доказової медицини має бути чітко закріплений у законодавстві і підкріплений санкціями за його порушення. Обізнаність населення із сутністю доказових методів треба підвищувати усіма доступними засобами: популяризація доказової медицини у медіа за участі самих лікарів, засобами наочного поширення інформації в медичних закладах (інфографіки, дашборди), активна просвітницька робота під час занять у обов'язкових школах батьківства, тощо.

Подяки Немає.

Фінансування Автор заявляє про відсутність фінансової підтримки для проведення досліджень, авторства або публікації цієї статті.

Внесок автора Автор підтверджує свою виключну відповідальність за цю роботу. Автор схвалює цю роботу і бере на себе відповідальність за її цілісність.

Конфлікт інтересів Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Медична реформа. *Урядовий портал*. URL: <https://www.kmu.gov.ua/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>. (Дата звернення: 12.05.2025).
2. Про порядок контролю якості медичної допомоги: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 № 752. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text>. (Дата звернення: 12.05.2025).
3. Кінаш І. П., Савчук Л. М. Якість медичних послуг: сутність та інструменти забезпечення. *Актуальні проблеми розвитку економіки регіону*. 2023. Вип. 19. Т. 2. С. 255-263. URL: <https://journals.pnu.edu.ua/index.php/aprde/article/view/6967/7225>. (Дата звернення: 12.05.2025).
4. Симонян А. Господарсько-правова відповідальність за надання медичних послуг неналежної якості. *Науковий вісник Ужгородського національного університету: Серія: Право*. 2012. Вип. 19. Т. 2. С. 209–211. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/14432>. (Дата звернення: 12.05.2025).

5. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017. *Відомості Верховної Ради України*. 2018. № 5. Ст. 31. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>. (Дата звернення: 12.05.2025).
6. Ефективний контроль якості медичної допомоги є пріоритетом МОЗ. *Міністерство охорони здоров'я України*. 2024. 18 січня. URL: <https://moz.gov.ua/uk/efektivnij-kontrol-jakosti-medichnoi-dopomogi-e-prioritetom-moz>. (Дата звернення: 12.05.2025).
7. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики: Постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 № 265. *Офіційний вісник України*. 2016. № 30. Ст. 1184. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF#Text>. (Дата звернення: 12.05.2025).
8. Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги: Наказ МОЗ № 743 від 22.11.2011. *Офіційний вісник України*. 2011. № 93. Ст. 3398. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1328-11#Text>. (Дата звернення: 12.05.2025).
9. Langford BJ, So M, Raybardhan S, Leung V, Westwood D, MacFadden DR, Soucy JR, Daneman N. Bacterial co-infection and secondary infection in patients with COVID-19: a living rapid review and meta-analysis. *Clin Microbiol Infect*. 2020 Dec;26(12):1622-1629. doi: 10.1016/j.cmi.2020.07.016. (Дата звернення: 12.05.2025).
10. Bendala Estrada AD, Calderón Parra J, Fernández Carracedo E, Muiño Míguez A, Ramos Martínez A, Muñoz Rubio E, Rubio-Rivas M, Agudo P, Arnalich Fernández F, Estrada Perez V, Taboada Martínez ML, Crestelo Vieitez A, Pesqueira Fontan PM, Bustamante M, Freire SJ, Oriol-Bermúdez I, Artero A, Olalla Sierra J, Areses Manrique M, Carrasco-Sánchez HFJ, Vento VC, García García GM, Cubero-Morais P, Casas-Rojo JM, Núñez-Cortés JM. Inadequate use of antibiotics in the covid-19 era: effectiveness of antibiotic therapy. *BMC Infect Dis*. 2021 Nov 8;21(1):1144. doi: 10.1186/s12879-021-06821-1. (Дата звернення: 12.05.2025).
11. Miranda MA, Sousa SC, Montes VL. Post-COVID-19 neurocandidiasis. *Neurol Sci*. 2021 Nov;42(11):4419-4420. doi: 10.1007/s10072-021-05515-5. (Дата звернення: 12.05.2025).
12. Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Раціональне застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів з лікувальною та профілактичною метою»: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.08.2023 № 1513. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/08/1513_23082023_smd.pdf. (Дата звернення: 12.05.2025).
13. Lipping E, Saar S, Reinsoo A, Bahhir A, Kirsimägi Ü, Lepner U, Talving P. Short Postoperative Intravenous Versus Oral Antibacterial Therapy in Complicated Acute Appendicitis: A Pilot Noninferiority Randomized Trial. *Ann Surg*. 2024 Feb 1;279(2):191-195. doi: 10.1097/SLA.0000000000006103. (Дата звернення: 12.05.2025).
14. Бережна А. В., Новіков С. Д., Чумаченко Т. О. Моніторинг використання периферичних венозних катетерів у хірургічному стаціонарі. *Eastern Ukrainian Medical Journal*. 2020. Т. 8. № 3. С. 314-323. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/eumj_2020_8_3_11. (Дата звернення: 12.05.2025).
15. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 р. № 751: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29.12.2016 № 1422. URL: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20161229_1422.html. (Дата звернення: 12.05.2025).
16. Петросова В. І., Вакерич М. М., Ветрова А. О., Гал В. О., Пантьо В. В., Коваль Г. М. Антибіотикорезистентність: проблема «тихої пандемії». *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія Біологія*. 2022. Випуск 52. С. 59–66. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/53851/1/279179-%d0%a2%d0%b5%d0%ba%d1%81%d1%82%20%d1%81%d1%82%d0%b0%d1%82%d1%82%d1%96-643526-1-10-20230514.pdf>. (Дата звернення: 12.05.2025).

REFERENCES

1. Medychna reforma [Medical reform]. Uriadovyi portal. Retrieved from: <https://www.kmu.gov.ua/reformi/rozvytok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohorony-zdorovya> (Accessed: 12.05.2025) [In Ukrainian].
2. Pro poriadok kontroliu yakosti medychnoi dopomohy [On the procedure for quality control of medical care]: Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia vid 28.09.2012 No 752. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text> (Accessed: 12.05.2025) [In Ukrainian].
3. Kinash I. P., Savchuk L. M.(2023) Yakist medychnykh posluh: sutnist ta instrumenty zabezpechennia [Quality of medical services: essence and tools for ensuring it]. Aktualni problemy rozvytku ekonomiky rehionu, Vol 19, T. 2, P. 255-263. URL: <https://journals.pnu.edu.ua/index.php/aprde/article/view/6967/7225> (Accessed: 12.05.2025) [In Ukrainian].
4. Symonian A. (2012) Hospodarsko-pravova vidpovidalnist za nadannia medychnykh posluh nenalezzhnoi yakosti [Economic and legal liability for providing medical services of inadequate quality.]. Naukovyi visnyk Uzhhorodskoho natsionalnoho universytetu: Serii: Pravo, Vol. 19, T. 2, P. 209–211. Retrieved from: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/14432>(Accessed: 12.05.2025) [In Ukrainian].

5. Pro derzhavni finansovi harantii medychnoho obsluhovuvannia naselennia [On state financial guarantees for medical care for the population]: Zakon Ukrainy vid 19.10.2017. Vidomosti Verkhovnoi Rady Ukrainy, No 5, St. 31. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (Accessed: 12.05.2025) [In Ukrainian].
6. Efektyvnyi kontrol yakosti medychnoi dopomohy ye prioryetom MOZ [Effective quality control of medical care is a priority for the Ministry of Health.] . Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy, 18 sichnia 2024. Retrieved from: <https://moz.gov.ua/uk/efektivnij-kontrol-jakosti-medichnoi-dopomogi-e-prioritetom-moz> (Accessed: 12.05.2025) [In Ukrainian].
7. Pro zatverdzhennia Litsenziinykh umov provadzhennia hospodarskoi diialnosti z medychnoi praktyky [On approval of the Licensing Conditions for conducting economic activities in medical practice]: Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 02.03.2016 No 265. Ofitsiyni visnyk Ukrainy, No 30, P. 1184. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF#Text> (Accessed: 12.05.2025) [In Ukrainian].
8. Pro zatverdzhennia Indykatoriv yakosti medychnoi dopomohy [On approval of healthcare quality indicators]: Nakaz MOZ No 743 vid 22.11.2011. Ofitsiyni visnyk Ukrainy, No 93, P. 3398. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1328-11#Text> (Accessed: 12.05.2025) [In Ukrainian].
9. Langford BJ, So M, Raybardhan S, Leung V, Westwood D, MacFadden DR, Soucy JR, Daneman N. Bacterial co-infection and secondary infection in patients with COVID-19: a living rapid review and meta-analysis. *Clin Microbiol Infect.* 2020 Dec;26(12):1622-1629. doi: 10.1016/j.cmi.2020.07.016 (Accessed: 12.05.2025) [In English].
10. Bendala Estrada AD, Calderón Parra J, Fernández Carracedo E, Muiño Míguez A, Ramos Martínez A, Muñoz Rubio E, Rubio-Rivas M, Agudo P, Arnalich Fernández F, Estrada Perez V, Taboada Martínez ML, Crestelo Vieitez A, Pesqueira Fontan PM, Bustamante M, Freire SJ, Oriol-Bermúdez I, Artero A, Olalla Sierra J, Areses Manrique M, Carrasco-Sánchez HFJ, Vento VC, García García GM, Cubero-Morais P, Casas-Rojo JM, Núñez-Cortés JM. Inadequate use of antibiotics in the covid-19 era: effectiveness of antibiotic therapy. *BMC Infect Dis.* 2021 Nov 8;21(1):1144. doi: 10.1186/s12879-021-06821-1 (Accessed: 12.05.2025) [In English].
11. Miranda MA, Sousa SC, Montes VL. Post-COVID-19 neurocandidiasis. *Neurol Sci.* 2021 Nov;42(11):4419-4420. doi: 10.1007/s10072-021-05515-5 (Accessed: 12.05.2025) [In English].
12. Pro zatverdzhennia Standartu medychnoi dopomohy «Ratsionalne zastosuvannia antybakterialnykh i antyfunhalnykh preparativ z likuvalnoiu ta profilaktychnoiu metoiu» [On approval of the Standard of Medical Care “Rational Use of Antibacterial and Antifungal Drugs for Therapeutic and Prophylactic Purposes”]: Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 23.08.2023 No 1513. Retrieved from: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/08/1513_23082023_smd.pdf (Accessed: 12.05.2025) [In Ukrainian].
13. Lipping E, Saar S, Reinsoo A, Bahhir A, Kirsimägi Ü, Lepner U, Talving P. Short Postoperative Intravenous Versus Oral Antibacterial Therapy in Complicated Acute Appendicitis: A Pilot Noninferiority Randomized Trial. *Ann Surg.* 2024 Feb 1;279(2):191-195. doi: 10.1097/SLA.0000000000006103 (Accessed: 12.05.2025) [In English].
14. Berezhna A. V., Novikov S. D., Chumachenko T. O. (2020) Monitorynh vykorystannia peryferychnykh venoznykh kateteriv u khirurhichnomu statsionari [Monitoring the use of peripheral venous catheters in a surgical hospital]. *Eastern Ukrainian Medical Journal*, T. 8, No 3, P. 314-323. Retrieved from: http://nbuv.gov.ua/UJRN/eumj_2020_8_3_11 (Accessed: 12.05.2025) [In Ukrainian].
15. Pro vnesennia zmin do nakazu Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 28 veresnia 2012 r. No 751 [On amendments to the order of the Ministry of Health of Ukraine dated 28 September 2012 No. 751]: Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 29.12.2016 № 1422. Retrieved from: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20161229_1422.html (Accessed: 12.05.2025) [In Ukrainian].
16. Petrosova V. I., Vakerych M. M., Vietrova A. O., Hal V. O., Panto V. V., Koval H. M. (2022) Antybiotykozystentnist: problema «tykhei pandemii» [Antibiotic resistance: the problem of the “silent pandemic”]. *Naukovyi visnyk Uzhhorodskoho universytetu. Serii Biologhiia*, Vol. 52, P. 59–66. Retrieved from: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/53851/1/279179-%d0%a2%d0%b5%d0%ba%d1%81%d1%82%20%d1%81%d1%82%d0%b0%d1%82%d1%82%d1%96-643526-1-10-20230514.pdf> (Accessed: 12.05.2025) [In Ukrainian].

Отримано: 29.07.2025

Прорецензовано: 03.09.2025

Схвалено до друку: 29.09.2025

Опубліковано (онлайн): 12.12.2025

Надруковано: 26.12.2025

QUALITY OF MEDICAL SERVICES AS A GUARANTEE OF THE RIGHT TO HEALTH CARE

The article provides a comprehensive understanding of the legal regulation of the quality of medical care: in the public-legal sphere as a guarantee of ensuring the constitutional right to health care and from the point of view of the private-legal understanding of the proper quality of the service provided to meet public needs. The author states that the recognition of human life and health as the highest social value makes the choice in favor of human-centrism and patient-orientation in the process of providing medical care absolutely unalternative. This also applies to the reform of the health care system. However, the existing shortcomings and gaps in legal regulation do not allow us to convincingly assess the quality of medical services at the current stage as high or at least sufficient.

The criteria for the quality of medical services are summarized, namely: effectiveness (evidence-based); accessibility (both territorially and in terms of the availability of the necessary competent medical personnel, equipment, medicines); patient-orientation (compliance, the Calgary-Cambridge model of medical consultation); safety (proven profile of effectiveness and safety of all prescriptions).

It is emphasized that there are some problems in ensuring the quality of medical services, especially in terms of safety and evidence. A set of measures is proposed to reform the health care system, in particular, the introduction of such indicators of the quality of medical care as the assessment of the rational use of antibiotics and the fight against antibiotic resistance and the assessment of the balanced appointment of invasive treatment methods in the presence of alternative methods (in particular, intravenous and oral administration of drugs).

The article summarizes that high-quality medical care should be based on evidence-based data. Evidence-based is the primary criterion for assessing the balance and validity of decisions of medical professionals, and this principle has already been enshrined in organic legislation and at the level of medical care standards, but there is a lack of effective tools for assessing the quality of medical technologies from the point of view of their evidence-based. It is necessary to popularize evidence-based medicine, raise public awareness of the essence of evidence-based methods, and also increase the legal awareness of medical personnel.

Key words: quality of medical services, evidence-based medicine, indicators of quality of medical care, antibiotic resistance, legal awareness of medical professionals.