

Центральноукраїнський національний технічний університет

(повне найменування вищого навчального закладу)

Економічний факультет

(повне найменування інституту, назва факультету (відділення))

Кафедра «Економіка, менеджмент та комерційна діяльність»

(повна назва кафедри (предметної, циклової комісії))

Допущена до захисту:

Завідувач кафедри економіки,
менеджменту та
комерційної діяльності
д.е.н., професор

_____ Олександр ЛЕВЧЕНКО

Протокол №__ від __.__.____ р.

Випускна кваліфікаційна робота

за другим (магістерським) рівнем вищої освіти

на тему: «Удосконалення менеджменту закладу охорони здоров'я»

Виконала: здобувач вищої освіти II курсу,
групи МЕ-20М-1,4

спеціальності 073 «Менеджмент»

ОПП «Менеджмент бізнес-організацій»

Івандюк Анна Миколаївна

Керівник: д.е.н, проф.

Левченко Анна Олександрівна

Рецензент: д.е.н., проф. Шалімова Н.С.

Рецензент: Амбарна О.М., генеральний
директор КНП «Поліклінічне об'єднання»
Кропивницької міської ради»

м. Кропивницький – 2021 рік

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СУЧАСНИХ УМОВАХ	7
1.1. Система охорони здоров'я в Україні: принципи організації та сучасні особливості функціонування	7
1.2. Структурні елементи системи охорони здоров'я України	18
1.3. Загальна характеристика процесу менеджменту закладу охорони здоров'я: сутність, принципи, методи	30
РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ МЕНЕДЖМЕНТУ КНП «ПОЛІКЛІНІЧНЕ ОБ'ЄДНАННЯ» КРОПИВНИЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ»	39
2.1. Загальна характеристика КНП «Поліклінічне об'єднання» Кропивницької міської ради»	40
2.2. Особливості організаційної структури КНП «Поліклінічне об'єднання» Кропивницької міської ради»	48
2.3. Аналіз ефективності менеджменту КНП «Поліклінічне об'єднання» Кропивницької міської ради»	53
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМКИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕНЕДЖМЕНТУ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ШЛЯХОМ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	61
3.1. Пріоритети підвищення якості медичних послуг КНП «Поліклінічне об'єднання»	65
3.2. Поліпшення фінансового забезпечення діяльності закладу охорони здоров'я як чинник підвищення якості медичних послуг	72
ВИСНОВКИ	80
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	83
ДОДАТКИ	90

ВСТУП

Галузь медицини сьогодні знаходиться на непростому етапі реформ. Установи охорони здоров'я активно здійснюють заходи щодо автономізації – заміни їх правово-організаційного статусу на неприбуткову комерційну організацію. Додатково до цього не варто забувати про пандемію, що вносить власне коригування існування профілактично-лікарських установ і робить їх діяльність складнішою.

Реформування медичного сектору ускладнюється тим, що лікарняні заклади зазвичай є досить консервативними у прийнятті управлінських рішень. Тому актуальним є перехід на засади наукового управління, використання, придатних для України, універсальних положень світового менеджменту [11, с. 3].

Нові умови господарювання вимагають від менеджерів закладів охорони здоров'я зміни методів та технологій управління на більш адаптивні та модернізовані. Отже, сучасний медичний заклад потребує компетентного менеджера зі стратегічним та креативним типом мислення.

Освоєння інструментів та методів стратегічного управління закладами охорони здоров'я на основі створення та розвитку відповідної наукової теоретико-методологічної бази, яка враховує специфіку галузі охорони здоров'я, є необхідною умовою подальшого реформування національної сфери охорони здоров'я, формування державної політики та розвитку закладів охорони здоров'я [37].

Пошук шляхів вдосконалення механізму управління галузевою охороною здоров'я, зокрема внутрішньої структури медичного закладу, відображено в наукових результатах досліджень багатьох вітчизняних вчених, серед яких О. Баєва, Л. Бондарева, В. Борщ, Т. Єрошкіна, В. Лехан, С. Назаренко, В. Скрип, Ю. Сафонов, Т. Смірнов, О. Татарський, О. Терзі, Т. Полішко, О. Шинкаренко, І. Шкробанець та ін. Проте особливості менеджменту закладу

охорони здоров'я в умовах автономізації розкрито безсистемно. У зв'язку з цим виникає потреба дослідження стану управління медичними закладами за умов зміни організаційно-правового статусу задля прискорення вирішення складностей, пов'язаних із переходом.

Головна мета дослідження полягає у розкритті теоретичних та практичних аспектів щодо формування менеджменту в закладі охорони здоров'я в процесі набуття ним статусу некомерційного комунального підприємства.

Відповідно до мети, поставлено ряд завдань, а саме:

- дослідження національної системи охорони здоров'я;
- вивчення структурних елементів системи охорони здоров'я, рівнів та напрямків допомоги;
- перегляд законодавчих нормативно-правових актів, які регулюють відносини в медичній галузі;
- вивчити особливості менеджменту закладу охорони здоров'я: сутність, принципи, методи;
- здійснити загальний аналіз організаційної та медичної характеристики КНП «Поліклінічне об'єднання» Кропивницької міської ради»;
- здійснити аналіз основних показників діяльності закладу;
- дослідити стан менеджменту КНП «Поліклінічне об'єднання» Кропивницької міської ради»;
- розробити напрямки вдосконалення менеджменту ЗОЗ шляхом підвищення якості медичних послуг.

Об'єктом дослідження є менеджмент закладу охорони здоров'я, а предметом – стан та проблеми управління КНП «Поліклінічне об'єднання» Кропивницької міської ради».

При написанні випускної кваліфікаційної роботи було використано ряд інформаційних джерел, серед яких наукові доробки вітчизняних та зарубіжних науковців у сфері управління охорони здоров'я та теорії менеджменту. Дослідження проводилось на базі нормативно-правових актів в галузі охорони

здоров'я та бухгалтерської фінансової звітності КНП «Поліклінічне об'єднання» Кропивницької міської ради».

У процесі роботи застосовано наступні такі методи дослідження як системний, порівняння, техніко-економічний, статистичного аналізу, динамічних рядів, графічний тощо.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у наданні рекомендацій щодо вдосконалення менеджменту закладу охорони здоров'я шляхом підвищення якості медичних послуг.

Елементи наукової новизни дослідження полягають у наступному:

- отримали подальшого розвитку практичні засади оцінювання якості медичних послуг, що дозволило сформулювати узагальнену оцінку проблем та перспектив у зазначеній сфері;

- отримала подальшого розвитку комплексна система заходів, спрямована на поліпшення процесу управління якістю медичних послуг закладу охорони здоров'я.

Практична значущість роботи полягає в обґрунтуванні практично орієнтованих пропозицій, кінцевою метою реалізації яких має стати суттєве покращення системи управління якістю медичних послуг закладу охорони здоров'я. Розроблені пропозиції доцільно використовувати у практичній діяльності КНП «Поліклінічне об'єднання» Кропивницької міської ради».

Результати випускної кваліфікаційної роботи прийняті до впровадження підприємством – об'єктом дослідження та були представлені на VIII Обласній науково-практичній конференції учнів та здобувачів вищої освіти «Сучасний стан економіки України: проблеми та перспективи розвитку».

Робота містить вступ, три розділи, висновки та список використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СУЧАСНИХ УМОВАХ

1.1. Система охорони здоров'я в Україні: принципи організації та сучасні особливості функціонування

Україна є соціальною державою, головною ознакою якої є гарантія реалізації прав та свобод своїх громадян, підтримка їх добробуту, створення сприятливих умов для гармонійного розвитку та розкриття творчого потенціалу, відтворення життєвих сил тощо. Тобто держава зобов'язана організувати гідне існування людей в соціумі.

Кожний громадянин своєї держави має безперечне право на охорону здоров'я, яке відображається у гарантії забезпечення відповідного життєвого рівня. В ст. 27 Конституції України зазначено, що «обов'язок держави – захищати життя людини» [21].

Також Конституцією України задекларовано, що кожна людина має право на медичну допомогу та медичне страхування (ст. 49). В рамках даного права передбачено вільний доступ громадянина до медичних послуг та надання йому кваліфікованої медичної допомоги. Також у ст. 49 відповідного нормативного акту міститься інформація, що держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності [21].

Виконання права громадян у охороні їх здоров'я реалізується системою охорони здоров'я України.

Ст. 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначає охорону здоров'я як «систему заходів, спрямованих на збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної

працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя» [35]. Також згідно даного закону, подібні заходи вправі здійснювати органи державної влади та органи місцевого самоврядування, їх посадові особи та заклади охорони здоров'я. Крім цього в рамках системи охорони здоров'я надавати послуги з медичного обслуговування населення можуть фізичні особи – підприємці, які зареєстровані у встановленому законом порядку та мають одержану вчасно ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики. Медичні та фармацевтичні підприємства, наймані ними працівники, фахівці з реабілітації, громадські об'єднання і громадяни також є повноправними членами системи охорони здоров'я [35].

Дещо в іншому аспекті Д. В. Карамишев тлумачить поняття охорони здоров'я. Він характеризує дане поняття як систему заходів економічного, політичного, соціального, правового, культурного, наукового, медичного, санітарно-гігієнічного, профілактичного та протиепідемічного характеру, що спрямовані на збереження, відтворення та зміцнення здоров'я кожної окремої людини, надання йому вчасної, доступної та професійної медичної допомоги у разі зміни у показниках здоров'я [20].

Галузь охорони здоров'я України представляє собою галузь держави, яка організована та діє з метою забезпечення доступного медичного обслуговування населення. Провайдерами медичних послуг слід вважати: поліклінічні заклади, дитячі лікарні, санітарно-епідеміологічні установи, санаторно-курортні заклади, лікарні та спеціалізовані лікарняні заклади, науково-дослідні медичні установи, будинки дитини тощо. Заклади охорони здоров'я можуть бути як державні, так і приватні. Також до суб'єктів галузі охорони здоров'я належать вищі медичні навчальні заклади, регіональні чи муніципальні органи управління охороною здоров'я, інші заклади охорони здоров'я.

Найвищою метою функціонування системи охорони здоров'я являється підтримка та захист здоров'я кожного громадянина і як наслідок, всієї нації.

Будь-який об'єкт управління, незалежно від сфери функціонування, здійснює свою діяльність на основі принципів – основ, особливостей, норм або правил, якими він керується.

Так, головним принципом охорони здоров'я є солідарність.

Зміст терміну «солідарність» (від латинського *solidare* – міцно з'єднувати, зв'язувати) означає взаємозв'язок і взаємну відповідальність держави, індивіда й суспільства [52; 20]. Солідарність представляє собою свідому моральну парадигму, за якої фундаментом є взаємодопомога. Стосовно охорони здоров'я, то дана установка реалізується повністю, оскільки передбачає надання допомоги у разі нещасного випадку, погіршення стану здоров'я або хвороби незалежно від статі, віку, національності та віросповідання.

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» у ст. 4 регламентує такі принципи охорони здоров'я:

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави;
- дотримання прав і свобод людини і громадянина в сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;
- забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;
- рівноправність громадян в отриманні послуг медичного спрямування;
- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я, медичної та реабілітаційної допомоги, поєднання вітчизняних здобутків та традицій із досягненнями зарубіжних науковців у сфері охорони здоров'я;
- попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний, медичний та реабілітаційний підхід до охорони здоров'я та інші [35].

Згідно законодавства України у сфері охорони здоров'я, медичній діяльності притаманний багатоканальний спосіб фінансування, що передбачає надходження зі сторони бюджетних асигнувань державного та місцевих рівнів.

Допускається та заохочується використання ринкових механізмів в управлінні галуззю та окремих закладів охорони здоров'я, що спонукає медичні заклади приймати участь у конкурентній боротьбі. Тим самим мінімізується загроза монополізації медичних послуг або виробництва фармацевтичної продукції.

Децентралізація державного управління у сфері охорони здоров'я сприяє розвитку самоврядування закладів, відчуття самодостатності та самостійності у прийнятті управлінських рішень на правовому та договірному підґрунті. Держава також сприяє наукоємності галузі, використанню доказових способів медичної допомоги та гарантує фінансову та матеріально-технічну забезпеченість.

Система охорони здоров'я України діє виключно з метою утримання достатнього рівня соціально-економічного, високоморального та культурного розвитку суспільства на основі принципу демократизму та доступності профілактичної, лікувальної та реабілітаційної допомоги населенню.

Отже, принципи охорони здоров'я України мають гуманістичну спрямованість та складають людиноцентристський підхід. Якісна система охорони здоров'я є головним чинником виживання, розвитку та процвітання народу України.

Система охорони здоров'я будь-якої країни відповідає властивостям, притаманним системному підходу. Серед центральних критеріїв системи охорони здоров'я наступні: наявність підсистем (міністерство та урядові організації у сфері охорони праці; регіональні управління; медичні заклади; структурні угруповання закладів охорони здоров'я, медичні працівники тощо); чітко окреслена мета діяльності всіх об'єктів; наявність специфічних функцій у кожного об'єкта системи; ієрархічна структурна побудова; наявність взаємозв'язків між системними елементами; встановлені та напрацьовані управлінські комунікації між суб'єктами та об'єктами управління тощо.

Також, для будь-якої системи характерна емерджентність. В науковій літературі наведене наступне визначення даної категорії. Емерджентність – це поява нових якостей, не властивих елементам, що складають систему [54].

Емерджентність системи охорони здоров'я може характеризувати ступінь організованості взаємозв'язків в середині системи між суб'єктами управління. Специфічна функція кожного системного елементу надає йому унікальності та автоматично робить систему організованою.

Отже, з точки зору системного підходу охорона здоров'я є цілісною та забезпечує реалізацію мети на кожному шаблі управління.

При цьому система охорони здоров'я країни повинна враховувати особливості стану здоров'я населення, рівня захворюваності [3].

Таким чином, система охорони здоров'я налаштована спеціально під потреби суспільства, використовується ним та є багаторівневою системою, що керується для здійснення широкого комплексу медичних та соціально-економічних заходів, метою яких є підтримка або зміцнення здоров'я громадян своєї країни.

Доцільно торкнутися сучасного стану функціонування системи охорони здоров'я в Україні.

Вітчизняна медична галузь донедавна відповідала бюджетній моделі, що передбачала повне втручання держави у процеси. За таких умов діяли владні способи управління галуззю при регулюванні більшої частки правовідносин, пов'язаних із наданням населенню медичної допомоги. Відповідно розподіл фінансових ресурсів також підпадав під розпорядження можновладців, а це створювало конфліктні ситуації між суб'єктами системи охорони здоров'я.

Тому було запущено довгий процес реформування медичної галузі. Реформування системи охорони здоров'я України проходить умовно в два етапи:

1. Відбувся перехід на договірні відносини закладів охорони здоров'я із громадянами через інститут сімейного лікаря (терапевта та педіатра).

2. Перехід закладів охорони здоров'я на нову організаційно-правову форму, що передбачає входження в дію нової моделі фінансування та набуття закладами автономії.

Після автономізації медичний заклад посилює свої управлінські повноваження, що проявляються в першу чергу у самостійності прийняття рішень щодо фінансових, матеріально-технічних та кадрових питань.

При державному управлінні системою охорони здоров'я важливим є стратегічний напрямок її розвитку. Для здійснення аналізу та вибору стратегії державної політики стосовно реформування та адаптації системи охорони здоров'я до нової форми організації та фінансування важлива взаємодія механізмів державного управління, пристосування їх до конкретних суспільних потреб та можливостей [10]. Так, на рис 1.1 зображена схема дослідження системи охорон здоров'я через механізми державного управління.



Рис. 1.1. Дослідження механізму управління системою охорони здоров'я України

Джерело: складено автором на основі [10].

Таким чином, перспективним напрямком у визначені пріоритетних стратегічних орієнтирів у сфері охорони здоров'я є використання системного підходу, основні принципи якого виступають фундаментом для розробки, обґрунтування та реалізації стратегії розвитку галузі.

Такий підхід дозволяє комплексно оцінити ефективність певного медичного явища або процесу відповідно на державному, регіональному чи місцевому рівнях управління системою охорони здоров'я та приймати вивірені і науково обґрунтовані стратегічні управлінські рішення [10].

Наскільки система охорони здоров'я виконує покладені на неї завдання, говорить її ефективність. Дослідимо поняття ефективності системи охорони здоров'я, а також розглянемо критеріїв, які її виражають.

В науковій економічній літературі «ефективність» класично розглядається як співвідношення очікуваного результату до кількості ресурсів, які витрачені для його отримання. Зазвичай, розраховується у грошовому еквіваленті. З точки зору управлінської діяльності, ефективність будь-якої галузі зрештою вимірюється тим, якою мірою досягається мета.

Коли йде мова про результативність заходів у соціальній сфері, розрахунок показників ефективності дещо ускладнюються. Так, Ю.Г Куцак ефективність тлумачить як показник того, наскільки повно зусилля, витрачені суб'єктом управління і суспільством на розв'язання поставлених проблем, реалізовані в соціально значущих кінцевих результатах [24]. В такому випадку оціночними факторами можуть стати експертні думки.

Зазвичай, термін «ефективність охорони здоров'я» розглядається через призму роботи закладів, що представляють дану галузь, адже безпосередньо вся прикладна медична діяльність здійснюється в медичних закладах.

Отже, ефективність закладу охорони здоров'я не може бути визначена однозначно по ряду причин. По-перше, кінцевою метою медичного закладу не може бути прибуток, хоча може являтися ціллю, проте проміжною. По-друге, пріоритетним критерієм якості надання медичної послуги є здоров'я пацієнта, а воно не може бути оцінено матеріально. Тому у сфері охорони здоров'я,

визначаються три типи ефективності: медичну, соціальна та економічну. На відміну від інших галузей народного господарства, результати тих чи інших закладів охорони здоров'я, його служб і програм аналізуються з позицій соціальної, медичної та економічної ефективності, серед яких пріоритетними залишаються медична та соціальна ефективність.

Одним із аспектів оцінки ефективності роботи галузі охорони здоров'я науковцями розглядається медична ефективність, що в певному роді є визначною у даному питанні.

Складність поняття ефективності медичної допомоги полягає перш за все у тому, що її не логічно ототожнювати із загальноекономічною категорією ефективності, а тому із характерними для неї показниками у сфері матеріального виробництва. Часто, в сфері охорони здоров'я при застосуванні високотехнологічної техніки, компетентних працівників, матеріальних ресурсів тощо, має місце від'ємний або нульовий економічний ефект. Наприклад, при лікуванні літніх людей, або онкохворих на пізніх стадіях розвитку патологій забезпечується високий рівень медичної та соціальної ефективності при негативному економічному. Адже із самого початку заходи медичного спрямування не мають першочергову мету – отримання прибутку від надання медичної послуги. Особливо це стосується комунальних закладів охорони здоров'я. Таким чином, медичну ефективність можна охарактеризувати як ступінь досягнення медичного результату. Такий результат може розглядатися щонайменше у двох вимірах. Відносно одного конкретного пацієнта – це одужання або поліпшення індикаторів, що відображають стан його здоров'я. Також сюди можна віднести відновлення втрачених функцій окремих органів і систем хворого. В розрізі цілої нації – зменшення показників тривалості життя, смертності та інвалідності тощо.

Показники ефективності діяльності медичних установ служать критерієм соціальної та економічної значимості даної галузі у розвитку суспільства. В цілому, на рівні народного господарства, ефективність охорони здоров'я виражається ступенем впливу його на збереження і поліпшення здоров'я

населення, створення умов для якісного здійснення трудових функцій, підвищенням продуктивності праці, в профілактичних заходах щодо збереження здоров'я, в запобіганні витрат на охорону здоров'я і витрат на соціальне страхування і соціальне забезпечення, в економії витрат в галузях матеріального виробництва та невиробничої сфери, збільшенням приросту національного доходу тощо [28].

О.В. Фертюк визначає, що ефективність соціальної діяльності – це «узагальнений, інтегральний показник якості соціального забезпечення, а також це є явище, яке зачіпає безліч різноманітних соціальних факторів, що впливають на загальний добробут людини» [51].

Соціальна ефективність – це ступінь досягнення соціального результату, що досягається шляхом задоволення цілей та потреб суспільства. Соціальну ефективність системи охорони здоров'я можна розглядати, як на макрорівні (загальнодержавному), так і макрорівні (окремої людини – споживача медичної послуги).

Загальнодержавний рівень передбачає рівень життя населення, соціальних гарантій, рівень розвитку інклюзивної медицини, стан медичної освіти в країні, якість медичної послуги з точки зору інноваційних технологій, задоволеність суспільства в цілому роботою медичних працівників та системою надання медичної допомоги.

Соціальна ефективність з точки зору втручання державної політики у сферу охорони здоров'я відображається у: забезпеченні високотехнологічною інноваційною технікою медичні заклади; покращені умов праці медичних працівників; збільшення розмірів заробітної плати лікарів; забезпечення захисту від професійних захворювань; удосконаленні структури кадрів державних апаратів охорони здоров'я на всіх рівнях; впровадженні мотиваційних заходів для підвищення трудової активності медпрацівників тощо.

Відносно конкретного хворого сутність соціальної ефективності полягає у поверненні його трудової діяльності та/або активного життя в суспільстві, задоволеність медичною допомогою та закладом, де він обслуговувався.

Без розгляду критеріїв медичної та соціальної ефективності не можливо визначити і економічну ефективність.

В основі розрахунків економічної ефективності у сфері охорони здоров'я лежить більше не пошук шляхів максимізації прибутку від проведення певного роду заходів або результативність роботи всього медичного закладу, а скоріше пошук найбільш економічного та раціонального використання наявних ресурсів (фінансових, матеріальних, трудових тощо).

Показник економічної ефективності є важливим з точки зору оцінки діяльності окремого медичного працівника, підрозділу медичного закладу, самого медичного закладу, структурної одиниці регіонального та державного управління охорони здоров'я та системи охорони здоров'я країни в цілому.

Для сфери охорони здоров'я притаманним є випадки, коли проведені заходи щодо медичного обслуговування (профілактики або безпосереднього лікування) можуть бути економічно не вигідними, проте мати високий медичний та соціальний ефект.

Економічна зацікавленість у медичній справі не є генеральною метою, проте складає підґрунтя для надання якісної медичної послуги. Це стосується наступних можливостей: придбання новітньої медичної апаратури та регулярне технічне її обслуговування; направляти на навчання та підвищення кваліфікації медичного персоналу; проходження стажування лікарів за межами України; матеріального стимулювання персоналу закладів охорони здоров'я тощо.

Отже, економічну ефективність у сфері охорони здоров'я можна розглядати у двох аспектах:

1. Ефективність використання ресурсного потенціалу медичного закладу та системи охорони здоров'я в цілому.

2. З точки зору впливу рівня охорони здоров'я на розвиток суспільного виробництва країни (через підвищення продуктивності праці, створення необхідних умов праці, системи оплати праці тощо).

Оцінка ефективності будь-якого процесу або заходу здійснюється на основі певних критеріїв.

За видом ефективності • медична • соціальна • економічна
За рівнем оцінки • роботи медпрацівника • роботи структурного підрозділу • роботи медичного закладу • галузі охорони здоров'я • народне господарство
На етапах роботи • профілактики захворювання • лікування захворювання • реабілітації
За обсягом роботи • лікувально-профілактичних заходів • медико-соціальних програм
За формою показників • нормативні показники здоров'я населення • трудових витрат; • вартісні показники
За витратами • суспільної праці • сумарний показник за витратами живої і суспільної праці • нормативні показники здоров'я населення • трудових витрат; • вартісні показники
За способом вимірювання результатів • шляхом зниження ресурсних витрат • через економію ресурсів • через додатково отриманий результат • розрахунок інтегрованого показника

Рис. 1.2. Показники ефективності охорони здоров'я

Джерело: складено автором на основі [14; 19; 28].

Поняття «критерій ефективності» у розрізі державного управління являє собою ознаку або сукупність ознак, на підставі яких оцінюється ефективність системи управління в цілому, а також окремих управлінських рішень [15].

Якщо критерій виступає мірилом певних змін в об'єкті дослідження, то показник ефективності більше відображає характеристику самого об'єкта, що дає змогу спрогнозувати та оцінити зміни. Певний критерій та показник уособлюють медичну діяльність на певних рівнях охорони здоров'я. Загальну сукупність показників ефективності системи охорони здоров'я відображено на рис. 1.2.

Отже, критеріями дієвості та ефективності системи охорони здоров'я можна вважати: тривалість життя; рівень життя населення (показники народжуваності та смертності); рівень задоволеності населення якістю медичного обслуговування; питома вага вилікуваних хворих; зменшення випадків переходу захворювання в хронічну форму; зниження рівня захворюваності населення; соціальна справедливість у отриманні медичних послуг тощо.

Контроль за забезпеченням ефективної роботи системи охорони здоров'я покладається на державу.

1.2. Структурні елементи системи охорони здоров'я України

Система охорони здоров'я характеризується співробітництвом та взаємодією великої кількості суб'єктів, які згідно законодавства вправі надавати медичну послугу, організовувати та реалізовувати профілактичні та санітарно-гігієнічні заходи, а також здійснювати пряме та опосередковане управління всіма медичним процесами та інституціями у сфері охорони здоров'я в Україні.

Система органів управління охороною здоров'я населення складається з таких органів управління:

1. Кабінет Міністрів України.
2. Міністерство охорони здоров'я України.

3. Місцеві державні адміністрації (управління охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, відділи охорони здоров'я районних державних адміністрацій).

Управління та координація системи охорони здоров'я забезпечується Міністерством охорони здоров'я України через:

1. Управління охорони здоров'я при обласних державних адміністраціях.
2. Управління охорони здоров'я Київської державної адміністрації.

Згідно Положення про Міністерство охорони здоров'я України вказане, що міністерство є центральним органом виконавчої влади, вся діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України [38].

МОЗ головним чином забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, а також захисту населення від інфекційних хвороб, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням, попередження та профілактики неінфекційних захворювань [38].

Окрім вказаних суб'єктів, державне управління медичною галуззю здійснюють також органи, які мають у своєму підпорядкуванні установи охорони здоров'я. Серед них: Міністерство оборони України; Міністерство внутрішніх справ України; Служба безпеки України; Міністерство інфраструктури України.

Органи місцевого самоврядування також беруть активну участь у реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я населення у відповідності з Законом України «Про місцеве самоврядування в Україні» [10].

Структура охорони здоров'я України має три основних рівні: національний, регіональний та субрегіональний (місцевий). Їх характеристику відображено на рис. 1.3.



Рис. 1.3. Рівні структури охорони здоров'я України

Джерело: складено автором на основі [3].

В Україні безпосереднє надання медичної послуги покладається на наступні заклади: санітарно-профілактичні; лікувально-профілактичні; фізкультурно-профілактичні; санаторно-курортні; аптечні; науково-медичні та інші заклади охорони здоров'я.

До закладів охорони здоров'я належать поліклініки, лікарні, диспансери спеціального призначення, пологові будинки, санітарно-епідеміологічні центри, станції швидкої медичної допомоги, станції переливання крові, медико-санітарні частини установ і закладів, санаторії тощо [45, с. 282].

Схематично структурні елементи системи охорони здоров'я України та їх взаємозв'язок зображено на рис. 1.4.

На рис. 1.4. видно, що окрім раніше зазначених суб'єктів системи охорони здоров'я активно функціонують та є частиною всієї системи такі елементи, як профспілка медичних працівників та лікарські асоціації, які також

опосередковано впливають на рішення органів влади з питань охорони здоров'я населення країни.

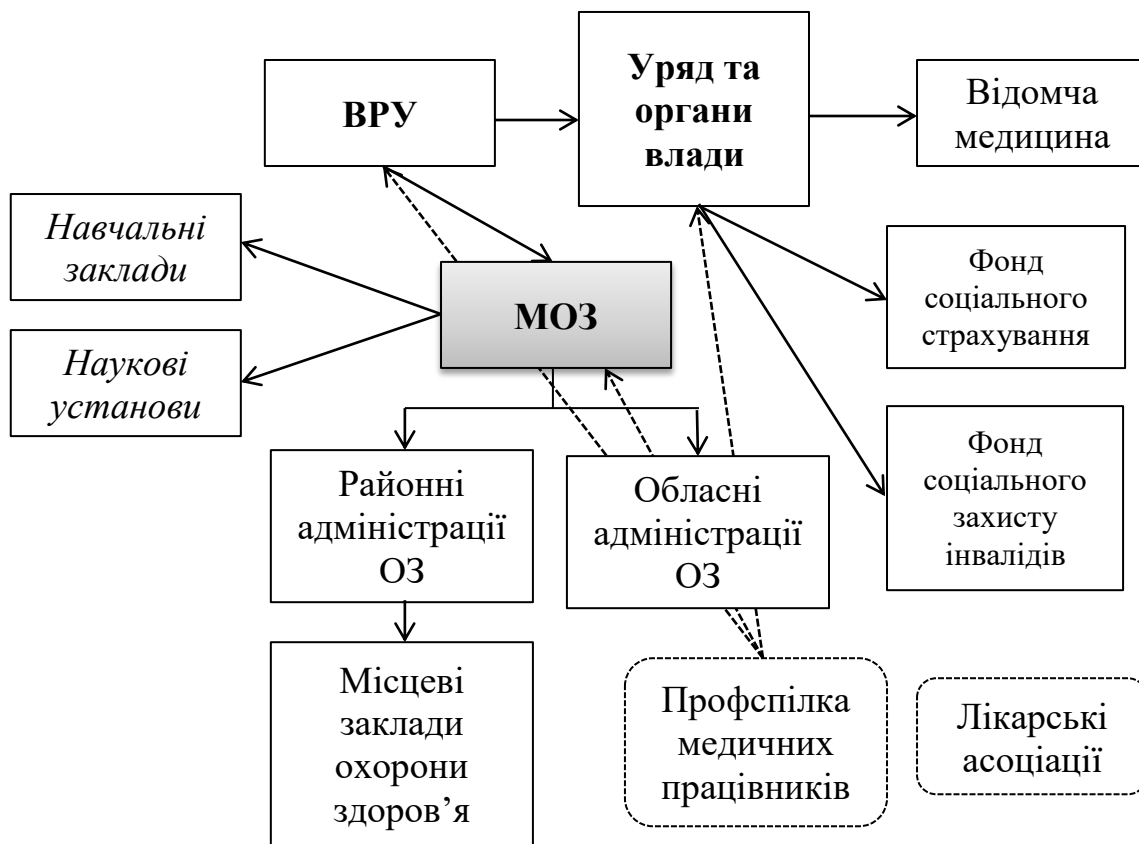


Рис. 1.4. Схематична структура системи охорони здоров'я України

Джерело: складено автором на основі [43].

Крім органів держави, на які покладено функції безпосереднього впливу на галузь охорони здоров'я, як і будь-яка система має керуватися певними контрольними органами, серед яких:

- Президент України (використовуючи важелі управління через Адміністрацію Президента України, РНБ та оборони України);
- Комітет Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, що входить до складу ВРУ);
- Уповноважений Верховної Ради України з прав людини;
- Кабінет Міністрів України (зокрема, через діяльність профільних міністерств та інших центральних органів виконавчої влади);
- Генеральна прокуратура України та її регіональні органи;

- Органи судової системи України.

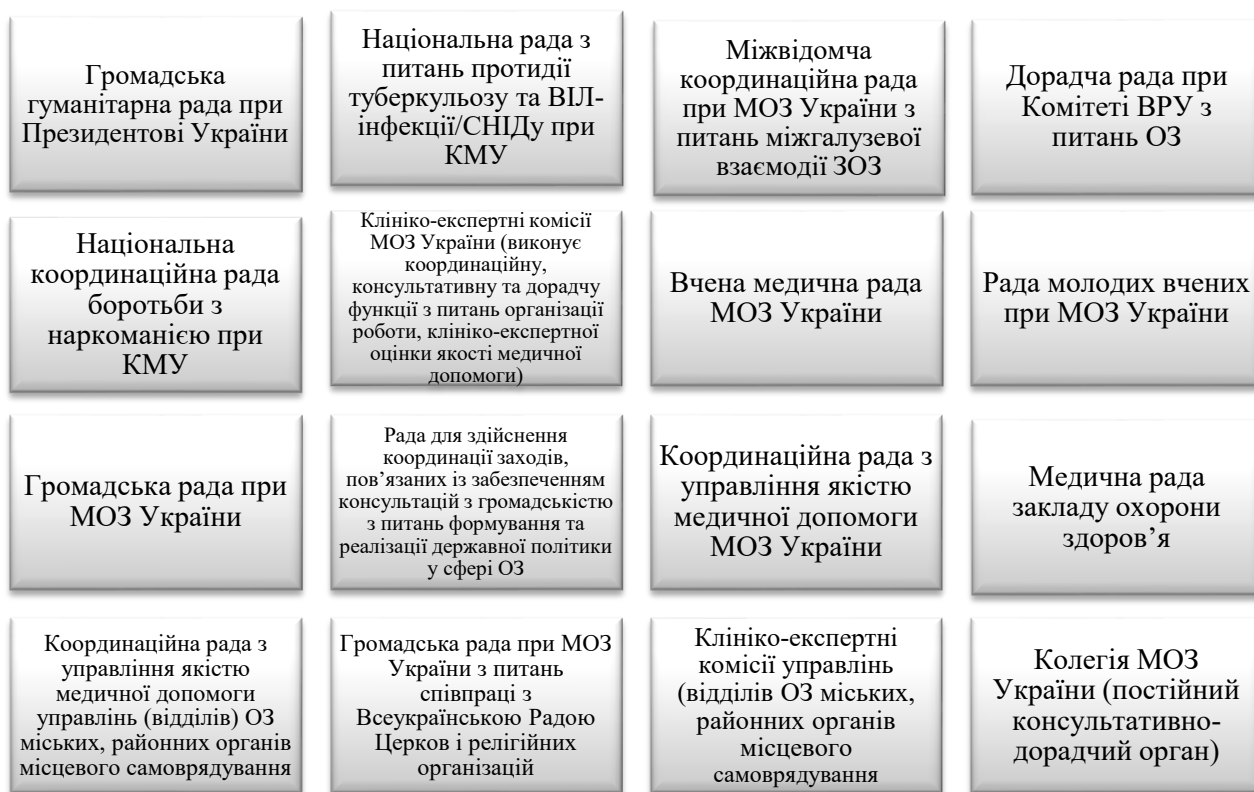


Рис. 1.5. Суб'єкти, які здійснюють консультативні та дорадчі послуги у сфері охорони здоров'я України

Джерело: складено автором на основі [44].

В Україні діє триланкова система управління охороною здоров'я (рис. 1.6).

Основою національної системи управління охороною здоров'я є первинна ланка – лікувально-профілактична допомога. Вона діє на засадах сімейної медицини і надається переважно лікарями загальної практики – сімейними лікарями або дільничними терапевтами та педіатрами, які потім направляють на вузькоспеціалізоване лікування – вторинну або третинну лікувально-профілактичну допомогу.



Рис. 1.6. Ланки охорони здоров'я України

Джерело: складено автором на основі [3].

Так, за зверненням пацієнта консультуючий лікар первинної медицини вправі забезпечити:

- діагностику та лікування найпоширеніших хвороб (зокрема ГРВІ), отруєнь, травм та ін.;
- проведення індивідуальних санітарно-гігієнічних заходів;
- організацію протиепідемічних заходів;
- проведення медичної профілактики захворювань;
- надати професійну консультацію стосовно гігієнічного виховання та санітарної просвіти населення;
- надати правову консультацію щодо питань реалізації прав людини щодо охорони здоров'я дитини, матері та батька;
- дати направлення пацієнтів на отримання вторинної, третинної медичної допомоги та санаторно-курортного лікування.

Досвід розвинених країн світу свідчить про ефективність первинної медичної допомоги, а уряд робить значний акцент на розвитку даного типу допомоги. В першу чергу, по причині того, що саме первинна ланка бере на себе діагностування хвороб, здійснює профілактичні заходи та забезпечує вакцинацію населення. Тобто на даному етапі відбувається попередження або початковий етап лікування пацієнта. По-друге, досягається справедливе розподілення і раціональне використання бюджетних коштів держави та муніципальних бюджетів.

За даними світової статистики, ефективна організація роботи первинної ланки в змозі забезпечити до 90 % загального обсягу медичної допомоги. За таких умов вважається прийнятним, якщо число лікарів загальної практики сягає 30-50 % від загальної кількості лікарів [3].

Згідно Конституції України ст. 49 у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно. Держава гарантує, що існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. При цьому уповноважені на здійснення контрольно-розпорядчої діяльності у сфері охорони здоров'я покликані здійснювати повсякчасну роботу щодо розвитку медичних закладів всіх форм власності, що мають лікувальне спрямування [21].

Регіональна система управління закладами первинної допомоги передбачає виконання своїх обов'язків:

- у містах – управління (відділ) охорони здоров'я виконавчого комітету міської Ради;
- у селах (селищах) – головний лікар району.

Функції надання кваліфікованої первинної медичної допомоги покладено на центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, які представляють собою заклади охорони здоров'я. Передбачено, що безпосередніми виконавцями вказаної функції стануть лікарі загальної практики – сімейні лікарі, які провадять господарську діяльність з медичної

практики як фізичні особи-підприємці та можуть перебувати з цими закладами охорони здоров'я у цивільно-правових відносинах.

До складу центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги можуть входити як структурні так і відокремлені підрозділи, фельдшерсько-акушерські пункти, амбулаторії, медичні пункти, медичні кабінети [48].

Кожний громадянин України має право обрати сімейного лікуючого лікаря в порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади та заключити з ним Декларацію, що вказує на гарантію допомоги у разі звернення до спеціаліста.

Основними принципами, якими керується первинна ланка лікувально-профілактичної допомоги є наступні:

- єдність лікувальної та профілактичної роботи;
- кваліфікованість спеціалістів, яким надано право здійснювати медичне обслуговування пацієнтів;
- безкоштовність первинної медико-санітарної допомоги, обсяг якої встановлюється відповідно законодавства України;
- оперативність при наданні первинної медичної допомоги;
- послідовність надання амбулаторної та стаціонарної допомоги;
- дільнично-територіальний або сімейний принцип, який передбачає самостійний вибір громадянином сімейного лікаря, терапевта і/або педіатра незалежно від прописки чи територіального розміщення;
- спеціалізація та інтеграція лікувально-профілактичної допомоги;
- раціональне використання бюджетних коштів [3; 48].

На даному етапі розвитку сфери охорони здоров'я завершується реформування галузі. Метою зміни було структурно-організаційне та фінансово-економічне розмежування первинної та спеціалізованої допомоги з перспективним збільшення фінансових впливів саме у первинну ланку медико-санітарної допомоги.

Оновлена організаційна форма первинної допомоги несе за собою відносну самостійність та фінансову стабільність закладів охорони здоров'я первинного рівня.

Наступною ланкою системи охорони здоров'я України є спеціалізована (вторинна) лікувально-профілактична допомога.

Вторинною допомогою вважається медична допомога, що надається в амбулаторних або стаціонарних умовах лікарями відповідної спеціалізації (крім лікарів загальної практики – сімейних лікарів) в порядку планових оглядів або в екстрених випадках [48].

Лікарі вузької спеціалізації виконують наступні функції:

- надавати консультаційні послуги стосовно захворювань, в яких вони компетентні;
- проводити діагностичні заходи з метою виявлення патологій;
- здійснювати безпосередньо лікування пацієнта;
- проводити реабілітаційні та профілактичні огляди хвороб, отруєнь, травм та ін.;
- проводити огляди при патологічних та фізіологічних (зокрема, під час вагітності та пологів) станів;
- давати направлення пацієнту відповідно до медичних показань до інших вузькоспеціалізованих лікарів вторинної медичної допомоги або ж третинної (високоспеціалізованої) ланки лікувально-профілактична допомоги.

Особливість спеціалізованої медичної допомоги також полягає у тому, що вона може проводитися виключно в:

- стаціонарних умовах, до яких відносяться лікарні інтенсивного лікування із багатoproфільною спеціалізацією, реабілітаційні центри, лікарні планового лікування, спеціалізовані медичні центри, хоспіси;
- амбулаторних умовах, що передбачають консультативні та діагностичні підрозділи лікарень, консультативно-діагностичні центри, як

державної так і приватної власності, але тільки ті, в яких є Ліцензія на здійснення відповідних повноважень [48].

Вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу також можуть надавати лікарі, які є особами-підприємствами та мають приватну лікувальну практику та здійснюють її на господарських засадах. Послуги таких лікарів оплачуються пацієнтом, згідно тарифів, визначених безпосередньо надавачом медичної послуги.

Управління закладами вторинної медичної допомоги здійснюються певними установами (структурними підрозділами, особами тощо) (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

**Управління закладами вторинної ланки національної системи
охорони здоров'я**

Об'єкт управління	Суб'єкт управління
Центральна районна лікарня	Директор лікарні
Міські лікарні	Відділ (управління) охорони здоров'я виконавчого комітету міської Ради
Обласні лікарні	Управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації.

Джерело: складено автором на основі [3].

Третинною ланкою національної системи управління охороною здоров'я України є високоспеціалізована лікувально-профілактична допомога.

Розглянемо основні функції та органи, на які покладається здійснення даного типу медичної допомоги.

Високоспеціалізована (третинна) лікувально-профілактична допомога надається лікарем або групою лікарів, які мають відповідні знання та підготовку в галузі діагностування та лікування складних захворювань в стаціонарних або амбулаторних умовах. Також сюди відносяться послуги лікаря у разі лікування хвороб, що вимагають спеціальних або рідких методів діагностики, лікування та реабілітації.

Здійснення такої допомоги може проводитися як у плановому порядку, так і екстреному.

Високоспеціалізована лікувально-профілактична допомога надається в спеціалізованих лікарнях, диспансерах, спеціалізованих санаторіях, клініках при науково-дослідних інститутах, підпорядкованих Академії медичних наук України та МОЗ України, клінічних закладах охорони здоров'я (міські, обласні лікарні), на базі яких працюють відповідні кафедри медичних академій, інститутів та університетів, Інститутів удосконалення лікарів (табл. 1.2).

Таблиці 1.2

Управління закладами третинної ланки системи охорони здоров'я

Об'єкт управління	Суб'єкт управління
Центральні спеціалізовані лікарні, клініки, диспансери, медичні університети, академії та інститути удосконалення лікарів	Міністерство охорони здоров'я України
Міські лікарні	Відділ (управління) охорони здоров'я виконавчого комітету міської Ради
Обласні лікарні	Управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації.

Джерело: складено автором на основі [3].

Окрім триланкового розподілу, до національної системи управління охороною здоров'я відносять:

- паліативну допомогу;
- екстрену медичну допомогу;
- медичну реабілітацію.

Їх призначення та сфера діяльності розкрито на рис. 1.7.

Паліативна допомога

- комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів;
- надання психосоціальної та моральної підтримки членам їх сімей.

Екстрена медична допомога

- медична допомога хворим з важким перебігом при раптових захворюваннях і постраждалим від нещасних випадків
- надається в мінімально можливих термінах прибуття до пацієнта і в максимально можливому обсязі за місцем виклику, під час транспортування та госпіталізації

Медична реабілітація

- надається пацієнтам в амбулаторних або стаціонарних умовах і включає систему медичних та інших заходів, спрямованих на відновлення порушених чи втрачених функцій організму особи
- виявлення та активізацію компенсаторних можливостей організму з метою створення умов для повернення особи до нормальної життєдіяльності
- на профілактику ускладнень та рецидивів захворювання
- медична реабілітація призначається пацієнтам: після закінчення гострого періоду захворювання в разі наявності обмежень життєдіяльності; з уродженими та спадковими патологічними станами, набутими порушеннями опорно-рухового та мовного апарату, вадами зору та слуху; у разі встановлення стійкої непрацездатності (інвалідності).

Рис. 1.7. Сфера діяльності закладів, що здійснюють паліативну, екстрену медичну допомогу та медичну реабілітацію

Джерело: розроблено автором на основі [48].

Отже, система охорони здоров'я України організована таким чином, щоб забезпечити права громадян на отримання належного обслуговування на всіх рівнях медичної потреби.

З 2018 року в Україні триває процес реформування сфери охорони здоров'я. Метою реформи є більш раціональний розподіл бюджетних коштів та посилення фінансування первинної ланки медичної допомоги. Адже визначено, що на первинну ланку припадає менше третини усіх випадків, відповідно вторинна та третина ланки приймають на себе основну масу пацієнтів, при тому, що профілактика та виявлення патологій на ранньому етапі розвитку

хвороби є більш раціональною не тільки з медичної, а й з економічної точки хору. Як вже було зазначено вище, в європейських країнах ситуація обернена. Тому цілком логічно, що саме з первинної ланки лікувально-профілактичної допомоги розпочато реформування

1.3. Загальна характеристика процесу менеджменту закладу охорони здоров'я: сутність, принципи, методи

Дослідження основ управління закладами охорони здоров'я варто розпочинати із формування бази теоретичних напрацювань в цій галузі. Тож дамо визначення теорії управління, для розуміння закономірностей структури, методів, принципів, життєдіяльності та розвитку окремих її систем.

Для розуміння сутності управління медичним закладом варто зрозуміти його ключову ідею, що пов'язана із формуванням концепції під час постановки проблем, їх уточнення та вирішення. Відповідно до сучасною наукової думки основою трактування терміну "управління" та структуризації його концепції виступає діяльність особистості та всі фактори, що характеризують її функціонування, зокрема мотиви, цінності, інтереси та стимули.

Наукова література подає багато способів трактування поняття "управління". Однак більшість науковців приходять до висновку, що основою менеджменту виступає вплив. З огляду на зазначене, управління - це організація та втілення регламентованих, цілеспрямованих і актуальних впливів, що дають змогу забезпечити оперативну, раціональну та результативну діяльність керованої системи для досягнення намічених цілей і завдань [49, с.125].

Наведене доводить, що в основу менеджменту покладено певний вплив (наказ, вказівка, прохання, розпорядження, зауваження, план, побажання, критика, тощо), який має відповідати п'ятьом вимогам: адекватності, організованості, цілеспрямованості, реалізованості, регламентованості.

Загалом, виходячи із теоретичних напрацювань, наука управління являє собою сукупність видів діяльності, організаційно-технологічних, а також технічних заходів менеджменту самостійними виробничими системами та підрозділами, що направлені на забезпечення найбільшого результату за найкоротший проміжок часу, трудових вкладень та енергії, основою яких виступає засвоєння та використання законів і принципів, причинно-наслідкових зв'язків.

Зауважимо, що загалом управління, а також його вид - самоуправління виступають соціальною *функцією*. Управлінська діяльність впроваджується відповідно до її законів, якими виступають усталені теоретично найбільш суттєві, першочергові за суттю взаємозв'язки. Загальний менеджмент, а також управління у сфері охорони здоров'я базується на комплексному підході стосовно застосування загальних законів управління. Зауважимо, що результативність управлінської діяльності прямо пов'язана з ступенем активності застосування принципів та методів менеджменту до господарської діяльності [31, с. 24].

Згідно з теоретичними дослідженнями, принципами управління називають основні, вихідні положення теорії. Серед них виділимо 14 принципів, що розкриті А. Файолем та означимо їх сутність відповідно до діяльності медичної системи.

Отож, першим принципом виступає розподіл праці, що відбувається в медичній системі відповідно до потреб населення в наданні медичної допомоги за різними напрямками.

Принцип повноваження і відповідальність в медичній полягає в наданні широких повноважень менеджеру медичного закладу з метою надання ефективної допомоги високої якості і ефективності надання медичної допомоги населенню та набуття відповідальності за здоров'я пацієнта.

Принцип дисципліни базується на повазі між медичним закладом та її працівниками, що заключається у дотриманні режиму праці, правил поведінки медичних робітників у закладі, розкладу роботи установи, виконанні основних

завдань та відповідність оціночним критеріям, застосуванні менеджером лише справедливих санкцій.

Принцип єдиноначальства означає, що медичний працівник має отримувати вказівки лише від безпосереднього керівника, у ролі якого виступає завідуючий відділенням, а за умови невеликого розміру установи, зокрема селищних закладів - головний лікар.

Принцип єдності спрямування означає, що кожен структурний елемент (відділок, кабінет) має діяти в межах одної цілі - здійснення якісного обслуговування населенню з надання йому медичної допомоги та мати одного безпосереднього начальника.

У разі дотримання умови переважання інтересів медичного закладу над інтересами одного медичного робітника або групи працівників, виконується Підпорядкування особистих інтересів загальним.

Принцип заохочення персоналу має на меті забезпечення досягнення поставлених цілей перед медичним закладом, дотримання вірності медичному закладу, отримання гідної оплати праці медичними працівниками.

Дотримання принципу централізації витримання правильної пропорції між централізацією влади та делегуванні повноважень в медичній системі для гарантування надання якісної допомоги населенню.

Принцип скалярного ланцюга в системі охорони здоров'я трактується як дотримання такої ієрархічної системи, яка б не несла шкоду інтересам пацієнтів чи населенню, що обслуговується медичним закладом.

Принцип порядку означає, що в медичному закладі все має бути на власному місці.

Принцип справедливості в медичній системі означає особисті властивості керівника, його професіоналізм та здатність коректно ставитися до персоналу.

Принцип стабільності робочого місця для працівників має на увазі зниження плинності кадрів для гарантування ефективності діяльності медичного закладу.

Принцип ініціативи має на меті участь персоналу в діяльності організації.

Формування принципу корпоративного духу виступає гарантом гармонічних відносин всередині закладу.

Окрім зазначених принципів, особливої актуальності набуває принцип головної ланки, що полягає у здатності виділення головного управлінського завдання, яке дасть змогу вдосконалити якість надання медичних послуг населенню.

Також одними з пріоритетних виступають економічні принципи, які в медичній системі передбачають мінімальне застосування адміністративних санкцій, а навпаки – максимальне використання об'єктивних важелів. Однак вказаний мінімум прямо залежить від ефективності самої медичної системи.

Принцип відповідності визначає необхідність приведення медичної системи згідно актуальних потреб суспільства. Однак, для цього медична система має відповідати певним характеристикам, а саме: мати стабільні компоненти; зберігати динаміку розвитку, для досягнення управлінської ефективності; отримувати достовірну інформацію; наявність сприятливого зовнішнього середовища, за якого соціальні системи матимуть змогу до органічної та цілісної взаємодії [27, с. 124-129].

Підсумовуючи вищесказане, додамо, що узагальнюючим принципом управління в медичній сфері виступає принцип випереджаючого розвитку теорії управлінської науки у порівнянні з практикою, що дає змогу розвитку та ефективності функціонування медичній системі.

Під час безпосереднього управління менеджер медичного закладу виконує зовнішню, а також дві внутрішні функції.

Під зовнішньою представницькою функцією розуміють здатність вирішення поставлених завдань комунікативності та інтегративності управлінської медичної системи. Під внутрішніми функціями розуміють організацію системи та її підсистем та розробку їх менеджменту.

Згідно з аналізом наукової літератури, зазначимо, що методами управління називають засоби здійснення впливу суб'єкта менеджменту на його

об'єкт для забезпечення якомога повнішого застосування можливостей керованої системи для досягнення поставленої цілі [1, 45-50].

Адміністративні методи в системі охорони здоров'я чинять свій вплив шляхом застосування регламентування і нормування, що виконуються державою за допомогою положень, установ, правових актів, законів про охорону здоров'я та медичну систему, через затвердження типової структури органів менеджменту, посадових інструкцій, регламентів, штатами, функціональними обов'язками, вимогами, тощо.

Соціально-психологічні методи в системі охорони здоров'я розглядаються як комплекс засобів, що здатний позитивно впливати на колектив, сукупність процесів, що в ньому відбуваються та на окремі особистості.

Ринкові умови функціонування медичних закладів зумовлюють необхідність застосування економічних методів управління. Найбільш вживаними в сучасній медичній системі є методи ціноутворення, дослідження ринку медичних послуг та господарсько-фінансового аналізу діяльності медичного закладу.

Зазначені принципи та методи системи охорони здоров'я зумовлюють її відповідність наступним ознакам: наявність в системі керуючої і керованої підсистем; взаємозв'язок структурних частин; динамічний характер розвитку; цілеспрямованість менеджменту; наявність інформації;

Зауважимо, що, оскільки медична система за власною сутністю є специфічною, відповідно існують фактори, що ускладнюють її управління:

- обмеженість кордонами складної організаційної системи;
- здійснення впливу на складні об'єкти, що здійснюють характеристику різних явищ;
- необхідність виконання великого числа функціональних процедур та операцій різними структурними підрозділами, що пов'язані складними організаційними взаємовідносинами.

До внутрішніх чинників варто додати вплив зовнішніх факторів,

ускладнює процес менеджменту медичної системою:

- складність завдань, які вона виконує (особливо в надзвичайних ситуаціях, під час епідемій та військових дій);
- постійним прогресом вимог до спеціалізації та високої варіативності медичних знань і функцій;
- необхідність наявності знань з загальних медичних дисциплін, що знаходяться в інтенсивному розвитку;
- динаміка структури захворюваності, ускладнену збільшенням хронічних соматичних хвороб;
- збільшенням потужності медичних закладів та як наслідок ускладнення управління ними та ін.

Одним із джерел успіху організації на ринку є застосування комплексного підходу до управління, який прямо пов'язаний із кваліфікацією та компетентністю управлінця, можливістю доступу до інформації, здатністю до застосування загальної технології менеджменту на кожному етапі.

Говорячи про поняття комплексності в менеджменті будь-яких соціальних об'єктів чи систем, перш за все її повзують із:

- формулюванням мети, постановкою задач;
- виконанням процесу організації самої системи, а також її структурних частин;
- забезпеченням прийняття рішень в процесі управління та організацію їх виконання;
- взяттям до уваги взаємозв'язків і взаємодій персоналу, колективів;
- втіленням комплексного підходу роботи з працівниками.

Головним етапом процесу комплексного менеджменту медичної організації виступає процес моделювання його системи.

Аналіз наукових джерел показав, що систему управління визначають як комплекс дій, направлених на взаємоузгодження функціонування персоналу, та комплексу зв'язаних з ним елементів менеджменту. Складові системи менеджменту різні за своєю суттю, а зв'язки, що утворюються між ними

зумовлюють вигляд структури та складових ланок проблеми менеджменту. Говорячи про останні, то саме вони формують визначену сукупність проблем з усталеною ієрархією [2, с. 29-36].

Сукупність проблемних питань науки управління утворюють наступні складові: особливості організації системи менеджменту, методи, культура та техніка менеджменту (рис. 1.8).

Визначення теоретичних особливостей сукупності проблемних питань системи менеджменту носить великий практичний характер для організації управління системою охорони здоров'я, так як дає можливість сформулювати план покращення менеджменту не тільки всієї системи, а й керованих підсистемам.



Рис. 1.8. Комплекс проблем науки управління

Джерело:[2, 37]

Зауважимо, що зазначені знання дозволяють скласти програму та план підвищення кваліфікації медичного персоналу та управлінців та здійснювати

контроль стану менеджменту системи, провести класифікацію та об'єднання інформаційних ресурсів щодо кожного проблемного питання.

Загалом, кожна керована система підпорядкована впливу факторів, які стабілізують і дають змогу до її ефективного функціонування, зокрема, надання медичної допомоги. Ключовим елементом стабілізації функціонування системи та впровадження надійних механізмів виступають наукові основи менеджменту. Застосовуючи їх до діяльності працюючої системи управління медичним закладом варто звернути увагу на:

- існування та безперебійне функціонування високоорганізованої системи та підсистем;
- існування кваліфікованого персоналу;
- формування плану технолого-функціональних дій щодо діяльності менеджменту;
- наявність достатнього фінансування та матеріально-технічного забезпечення;
- достовірність і вчасність інформації;
- перерозподілення функцій менеджменту і реорганізування структури керуючих елементів на всіх рівнях ієрархії з застосування широкого делегування прав і обов'язків управлінцям.

Зауважимо, що досягнення високого рівня надання медичних послуг та гарантування їх якості реально лише за умов стимулювання інтенсивного розвитку медичної системи. Актуальності в даному ключі набуває розробка і запровадження дієвих механізмів контролювання якості функціонування медичних установ, створення системи технологій та принципів щодо оцінки якості надання медичних послуг в контексті зміни викликів зовнішнього середовища. Загалом головні складові, а також дієвий механізм забезпечення якості медичних послуг відображено нами на рис. 1.9.

Зазначений підхід щодо реалізації механізму дасть поштовх інтенсивному розвитку медичній системі та вирішенню медичні, правові та фінансових проблем щодо взаємоузгодженості суб'єктів медицини.



Рис. 1.9. Головні складові процесу забезпечення якості надання медичних послуг

Джерело:[22, с. 45]

Затвердження нових механізмів щодо оцінки та реалізації контролювання якості спираючись на стандартизацію, ліцензування й акредитацію дає змогу вдосконалити діючий відомчий, установчий контроль, а також процес

безпосереднього самоконтролю якості та впровадити використання незалежних і позавідомчих способів контролювання. Відповідно до зазначеного, система дій щодо підвищення якості медичних послуг в умовах сучасності, за умови запровадження вказаних заходів, посилить власні функції та структуру.

Загальною метою системи забезпечення якості, що має відповідати світовим стандартам, виступає підвищення ефективності, результативності та доступності надання медичних послуг, покращення якості життя українського суспільства, зниження захворюваності, інвалідності, смертності.

Тож, підводячи підсумок, на нашу думку варто дати визначення медичному обслуговуванню, з точки зору управління, що трактується як господарська діяльність в рамках визначеної компетенції щодо здійснення робіт і надання послуг, зв'язаних із організацією виробництва медичних протезів, а також надання лікувально-профілактичного, санітарно-гігієнічного, фізкультурно-оздоровчого, санітарно-профілактичного, санітарно-протиепідемічного, санаторно-курортного, науково-медичного обслуговування населення, виконуючи державне завдання або замовлення, виконуючи умови господарсько-правового договору для обслуговування людей, що направлена на покращення або збереження стану фізичного та психічного здоров'я та надання послуг, що спрямовані на отримання пацієнтом споживчої користі, не пов'язаної із збереженням здоров'я [32, с. 171-189].

Зауважимо, що питання здоров'я частково знаходяться поза рамками надання медичної допомоги, а носять соціальний підтекст, а відповідно менеджмент медичних закладів враховує питання невідкладності та ймовірнісного характеру господарювання, що змушує до внесення коректив до сформованих механізмів організування медичної системи, застосування заходів направлених на збереження та укріплення здоров'я населення. Сучасні вимоги переходу ринкову економіку до цифрової зумовлює актуальність вдосконалення менеджменту медичної системи, зокрема, закладів екстреної медичної допомоги, що буде розглянуто нами у наступному підрозділі.

РОЗДІЛ 2

ОСОБЛИВОСТІ МЕНЕДЖМЕНТУ КНП «ПОЛІКЛІНІЧНЕ ОБ'ЄДНАННЯ» КРОПИВНИЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ»

2.1. Загальна характеристика КНП «Поліклінічне об'єднання» Кропивницької міської ради»

Некомерційна комунальна організація «Поліклінічне об'єднання» відповідно до практик у медицині, що здійснюють із ціллю забезпечення спеціалізованої (вторинної) лікарської допомоги відповідно до спеціалізацій великого кола (Додаток А).

Органом, що створив КНП «Поліклінічне об'єднання» є Кропивницька міська рада Кіровоградської області, згідно з рішенням четвертої сесії восьмого скликання від 20 травня 2021 року № 383 (Додаток Б).

Ціллю існування є реалізація медобслуговування вторинного рівня, в тому числі таких спеціалізацій як: терапії, хірургії, анестезіології, фізіотерапії, офтальмології, УЗД-діагностики, кардіології урології, стоматології та ін.

КНП «Поліклінічне об'єднання» створене за допомогою коштів власності громадськості територіальної громади м. Кропивницький.

КНП «Поліклінічне об'єднання» підпорядковується звітності та контролюється засновником.

Підконтрольними КНП «Поліклінічному об'єднанні» є 5 поліклінік, які розміщуються у межах Кропивницької територіального об'єднання.

Підрозділи медичних структур, які є частиною КНП «Поліклінічне об'єднання» показано у таблиці 2.1 (Додаток А).

КНП «Поліклінічне об'єднання» згідно із Статутом повинне здійснювати таі завдання:

- 1) Здійснення практичної медицини відповідно до спеціального (вторинного) медичного обслуговування громадян.

2) Забезпечення прав громадян у здійсненні вільного вибору лікаря із метою спеціалізованого лікарського обслуговування громадян.

3) Створення спеціалізованого лікарського обслуговування громадян, враховуючи невідкладну допомогу лікарів у зв'язку із погіршенням психічного чи фізичного стану здоров'я пацієнтів, що не потребують термінової або вторинної допомоги.

4) Реалізація вакцинації населення.

5) Структуризація процесу реалізації заходів профілактики та обстежень громадян чи диспансеризації населення.

6) Проведення превентивних заходів серед громадян щодо профілактики захворювань, лікування конкретних станів організму, протікання вагітності чи заохочення населення до здорового способу життя.

7) Створення успішного комунікування із лікарськими організаціями щодо забезпечення високоспеціалізованого та спеціалізованого лікарського обслуговування для успішного та вчасного діагностування і здійснення ефективних медичних заходів враховуючи індивідуальність стану та особливостей пацієнта.

8) Здійснення обрання та напрямків громадян для консультацій і надання медичних послуг для лікарської допомоги, галузеве призначення яких у забезпеченні третинної та вторинної лікарської допомоги, а також обрання населення для направлення на курортно-санаторні лікування та заходи з реабілітації.

9) Контролювання щодо відповідності діяльності світовим протоколам доказового лікування та стандартів медицини.

10) Використання інноваційного формату та методів під час здійснення діагностики, профілактики, реабілітаційно-лікувальних заходів.

11) Здійснення експертиз з метою розуміння тимчасової недієздатності та контролю видання листів непрацездатності.

12) Спрямування громадян, які зазнали втрати працездатності на довгий час для здійснення соціально-медичної експертизи.

13) Здійснення повідомлення для громадян, а також пояснювальних заходів щодо поширення здорового способу життя.

14) Участь у програмах, що націлені на забезпечення медичними засобами населення, яке має потребу та відповідно до бюджету галузі медицини.

15) Участь у програмах, що пов'язують із скринінговими перевірками, профілактикою, діагностикою та медичними заходами в конкретно визначених нормативними актами організації.

16) Конкретизація проблемного кола, що спричинене з лікарським обслуговуванням у певних районах м. Кропивницький та обрання шляхів їх усунення.

17) Здійснення робочих рекомендацій для органів місцевого самоврядування щодо створення планування із покращення надання лікарської допомоги у м. Кропивницький.

18) Оцінювання необхідності підструктур КНП «Поліклінічне об'єднання» та населення у лікарських засобах та продукції, обладнанні й засобах транспортування для гарантії громадянам доступу, вчасного застосування, рівня якості пропозиції лікарського обслуговування.

19) Реалізація спостережень із метою забезпечення та раціонального використання лікарських засобів, лікарських препаратів та майна закладу.

20) Структурування покращення професіоналізму лікарського персоналу КНП «Поліклінічне об'єднання».

21) Реалізація необхідних заходів щодо діяльності, яка необхідна у разі використання наркотично-психотропних препаратів відповідно до ліцензування що отримало КНП «Поліклінічне об'єднання».

22) Стимулювання кадрів медицини, із участю лікарів-фізичних осіб – підприємців, спеціалізованого санітарно-медичного обслуговування.

23) Здійснення можливою ресурсністю для Центру лікарських обслуговувань громадян.

24) Співпраця медичного персоналу, що здійснює свою діяльність у медичних закладах з іншими лікарськими закладами, які надають лікарську допомогу та створюють гарантію добробуту громадськості, наприклад, соцслужби та органи охорони правопорядку.

25) Здійснення послуг відповідно до платної основи з метою створення лікарської допомоги відповідно до законодачих вимог.

26) Реалізація паліативних послуг допомоги пацієнтам, яким це необхідно, що заключаються в полегшенні їхніх мук та наданні моральної допомоги хворим та їх родинам.

Здійснюючи аналіз роботи КНП «Поліклінічне об'єднання» відзначимо, що лікарське обслуговування мешканців Кропивницької міської ради перебуває у доступності. Проте, присутні й деякі труднощі, які накопичувались протягом довгого часу та сьогодні потребують рішення, в їх числі такі:

- поліпшення технічно-матеріальних фондів лікарського закладу відповідно до вимог міжнародних стандартів, використання новітніх механізмів менеджменту, а також економічно-правового забезпечення прав громадян на допомогу медицини;
- участь сумісно із ЗМІ, закладами освіти та громадськими організаціями у профілактиці щодо поширення здорового способу життя, допомога у передчасному діагностуванні хвороб та їх дієвому подоланні;
- покращення спеціалізованого лікарського обслуговування громадян мешканців Кропивницького територіального об'єднання;
- доступ населення до дієвих, якісних та новітніх лікарських засобів;
- збільшення дієвості використання реальних матеріально-фінансових й трудових надр закладів медицини;
- структуризація системного оновлення забезпечення ресурсами інформації у галузі медицини;
- покращення використання нововведень в органах медицини;

- гарантування наявності мережі Інтернет та системи для створення електронного реєстрування громадян та новітніх ІКТ в господарстві органів МЗ.

КНП «Поліклінічне об'єднання», крім пропозицій щодо самого лікування має спроможність реалізовувати функціональні, лабораторні й рентгенологічні дослідження. Разом із тим діє жіночий оглядовий кабінет.

У КНП «Поліклінічне об'єднання» діє діагностично-клінічна лабораторія, якій надано право обслуговування, як дорослих, так і дітей.

Лабораторія проводить дослідження згідно із напрямками педіатрів, сімейних лікарів і терапевтів. Рентгенологічне обстеження реалізують на приладах «Рентген-30», «РУМ – 20М», а також використовуючи цифровий рентгенівський апарат «Аспект».

Організація у своїй діяльності використовує для діагностики такі прилади як система «Тредекс» та ЕКГ апарати, апарати для «телемедицини».

На період 01 січня 2021 року всі амбулаторії забезпечені ЕКГ апаратами.

Комплекс для діагностики КНП «Поліклінічне об'єднання» допомагає якнайшвидше здійснити:

- всі види функціональної діагностики – це серцеві, судинні дослідження, а також дослідження нервової системи та функцій зовнішнього дихання;
- всі види лабораторних дослідів, в тому числі аналізи з імунології, з вірусних інфекцій, хламідій та інших уrogenітальних інфекцій, Т11К – тести на діагностику росту пухлин;
- обстеження ультразвуком органів черевної порожнини, сечостатевої системи, суглобів і судин;
- усі типи обстеження рентгенологічним способом: звичайне дослідження рентгеном черевної порожнини й органів грудної клітини, органів опорно-рухового апарату та ЛОР-органів; мамографію, дослідження рентгеностоматологічного спрямування;

- томографію комп'ютером всіх систем та органів, враховуючи і застосування КТ-ангіографії;
- ендоскопічне обстеження кишково-шлункового тракту й бронхоскопії;
- біорезонансну діагностику (за Фоллю).

У медичних підструктурах поліклініки КНП «Поліклінічне об'єднання» є великі здатності в лікуванні:

- серцево-судинних хвороб;
- патології легень;
- захворювань шлунково-кишкового тракту;
- хвороб у галузі неврології;
- ендокринних патологій;
- хвороб гінекології;
- урологічних хвороб;
- патологій товстої кишки;
- захворювань периферичних судин;
- патологій імунної системи;
- наркотичної та алкогольної залежності;
- стоматологічних хвороб (здійснюють всі види стоматологічної допомоги).

Для лікування хвороб використовують найбільш новітні методики:

- медикаментозна терапія;
- фізіотерапія, в тому числі й ультразвук, всі типи масажу, глорефлексо- та лазеротерапія, інгаляція, електросон, ЛФК, психотерапію;
- біорезонансна терапія;
- усі типи механотерапії та фізичного реабілітування;
- інтракорпоральна та екстракорпоральна детоксикація, в тому числі й плазмаферез, лазерне та ультрафіолетове опромінення крові, гемосорбція.

До обов'язків організації належить видання логінів та паролей для входу у «Персональний кабінет пацієнта» із метою ознайомлення хворих із особистими даними медичної документації та реалізації запису он-лайн на прийом у сімейного лікаря, в якого зареєстровано декларацію на лікування.

Компетенція КНП «Поліклінічне об'єднання» складається із надання таких медичних послуг:

1. Регулярна перевірка стану здоров'я громадян із використанням лабораторних, фізикальних та інструментальних дослідів відповідно до стандартів медицини.

2. Виконання діагностики та лікування найпоширеніших захворювань, травмувань, отруєнь, спостереження за перебігом вагітності та ін.

3. Регулярний перевірка пацієнтів, в яких діагностовано хронічні хвороби, методом діагностувань та лікувальних заходів відповідно до стандартів медицини.

4. Прийняття екстрених лікарських заходів під час виникнення у хворих психічних або фізичних розладів, за умови його виникнення у момент прийому пацієнта лікарем та відсутності необхідності термінового, спеціалізованого й високоспеціалізованого лікарського втручання.

5. Рекомендації відповідно до медичних показань пацієнтам з приводу їх обслуговувань у вторинних та третинних ланках медицини.

6. Виконання гарантій лікарського втручання щодо пацієнтів, в яких є небезпека появи деяких захворювань.

7. Виконання превентивних заходів, в тому числі: вакцинування пацієнтів відповідно до профілактичних щеплень; створення та поширення інформаційних повідомлень про стан та уникнення інфекційних хвороб, нехарчового й харчового отруєння, реакцій на вакцинування; виконання епідеміологічних обстежень інфекційних захворювань.

8. Здійснення консультувань щодо зупинення чи зменшення у мешканців шкідливих їхньому здоров'ю звичок та поведінки, що створюють валеологічну небезпеку та поширення навичок здорового способу життя.

9. Регулярна перевірка неускладненого перебігу вагітностей і (за потреби) направлення для обстеження акушером-гінекологом організацією медичної вторинної ланки.

10. Здійснення нагляду лікаря за здоровими дітьми.

11. Реалізація вчинків надання паліативного обслуговування пацієнтам не зважаючи на категорії щодо оцінки стану пацієнта, розуміння його потреб; усунення не необхідності відчуттів болю; використання психотропних наркотичних препаратів та засобів відповідно до стандартів медицини; здійснення медичних заходів відповідно до прибирання симптомів, що є супутніми; здійснення консультативних зустрічей для осіб, які здійснюють догляд за хворими; вживання заходів для того, щоб надавати психологічну допомогу пацієнтам та їхнім сім'ям.

12. Надання порад відповідно до медичних показань пацієнта у разі використання паліативного обслуговування, у випадку, коли воно відбувається за межами здатностей КНП «Поліклінічне об'єднання».

13. Обрання способів та препаратів, які потрібні для лікування, реабілітування із наступним створенням потрібних документів відповідно до стандартів медицини.

14. Створення облікових первинної документації, листків непрацездатності, довідок та документації щодо проходження медично-соціальної експертизи чи свідоцтва про смерть.

Сьогодні, отримання МЗ у даному районі м. Кропивницького, на жаль, не є задовільним відповідно до потреб мешканців та новітніх вимог, які існують до діяльності медичних установ. Це спричинено, в тому числі, не достатньою кількістю належно обладнаних медичних установ, недостатню кількість медикаментів та медичного транспорту й не повністю укомплектовані штати медичних персоналів в установах.

Однаковою проблемою для всіх установ, які є частиною структури КНП «Поліклінічне об'єднання» є нестача забезпечення технічно-матеріальним

устаткуванням, яке має бути відповідно до табелів забезпечення та вимог МОЗ України.

Наступним, виконаємо аналіз організаційної структури КНП «Поліклінічне об'єднання» Кропивницької міської ради».

2.2. Особливості організаційної структури КНП «Поліклінічне об'єднання» Кропивницької міської ради»

Відповідно до структури організації КНП «Поліклінічне об'єднання» (Додаток В) загальне управління закладом медицини здійснюється Головним лікарем, що є підзвітним Кропивницькій міській раді.

КНП «Поліклінічне об'єднання» Кропивницької міської ради у своєму складі має Поліклінічне відділення №1, Поліклінічне відділення №2, Поліклінічне відділення №3, Поліклінічне відділення №4, Поліклінічне відділення №5.

Відповідно до документів установи (Додаток Д) керування медичною установою що досліджують виконується відповідно згідно з основами, які прописано у Статуті та прав Засновника, Головного лікаря щодо використання капіталу загального користування об'єднаних територіальних громад конкретного району м. Кропивницький та кадрового складу закладу.

Теперішній менеджмент КНП «Поліклінічне об'єднання» здійснює керівник Головний лікар, якого назначають на посаду відповідно до конкурсу шляхом укладання контракту, в якому зазначається строк його роботи, обов'язки, права, а також розмір грошової виплати та відповідальності й ін.

Засновник КНП «Поліклінічне об'єднання» має право:

- 1) Затверджувати установчу документацію КНП «Поліклінічне об'єднання» та здійснювати правки в ній.

- 2) Виконувати погодження договорів КНП «Поліклінічне об'єднання» у питаннях спільних діянь щодо застосування головних фондів, кредитувань чи операцій застави.

3) Здійснювати контроль дієвого застосування капіталу загального користування Кропивницької міської ради, яку застосовує КНП «Поліклінічне об'єднання» для оперативної діяльності.

4) Здійснювати ухвалення рішень із питань здійснення процедури реорганізування чи ліквідування КНП «Поліклінічне об'єднання» та виконувати призначення комісії з ліквідації й затвердження балансу ліквідації.

5) Підписувати та розривати контракт із керівництвом КНП «Поліклінічне об'єднання», а також виконувати контроль із реалізації цього договору.

6) Ухвалювати фінансовий план КНП «Поліклінічне об'єднання» та виконувати контроль згідно із стану реалізації цих планувань.

7) Виконувати спостереження за діяльністю у галузі фінансів КНП «Поліклінічне об'єднання».

8) Здійснювати контроль бюджету КНП «Поліклінічне об'єднання».

9) Здійснювати контроль за дієвим використанням та заощадженням коштів КНП «Поліклінічне об'єднання».

10) Ухвалювати із КНП «Поліклінічне об'єднання» договори для застосування коштів бюджету місту.

11) Проводити контроль за реалізацією умов договорів оренди відповідно до технічно-інвестиційних програм.

Керівник КНП «Поліклінічне об'єднання» має право:

1. Чинити дію не використовуючи довіреність на КНП «Поліклінічне об'єднання», виконувати представлення його інтересів в державних установах, у моменти провадження відносин із фізичними та юридичними особами, підписувати від імені КНП «Поліклінічне об'єднання» документації та видавати довіреності, передавати права підпису іншим співробітникам КНП «Поліклінічне об'єднання», підписувати договори, створювати банківські рахунки та в органах Держказначейської служби України.

2. Самостійно ухвалювати рішення щодо питань здійснення діяльності КНП «Поліклінічне об'єднання», крім тих, які належать до галузі ухвалень Засновником.

3. Здійснювати організацію господарюванням КНП «Поліклінічне об'єднання» щодо медичного обслуговування громадян.

4. Нести відповідальність за формування та реалізацію фінансового планування та планування розвитку КНП «Поліклінічне об'єднання», результати його господарювання, отримання показників дієвості господарської діяльності КНП «Поліклінічне об'єднання», рівня надавання послуг КНП «Поліклінічне об'єднання», використання капіталу спільної власності Кропивницької міської ради та одержаного прибутку згідно із законодавством та договорами КНП «Поліклінічне об'єднання».

5. Застосовувати капітал та матеріальну КНП «Поліклінічне об'єднання» та здійснювати гарантування дієвого використання та заощадження капіталу, який надано відповідно до оперативного користування.

6. Відповідно до повноважень, які отримано, видаються накази, вказівки чи розпорядження, які є обов'язковими для реалізації усіма підрозділами та співробітниками КНП «Поліклінічне об'єднання».

7. Здійснювати контроль процесу ведення та збереження медичної та іншої документації.

8. Здійснювати повідомлення обраних органів у разі запровадження будь-яких нововведень у КНП «Поліклінічне об'єднання» щодо даних, що додають до Єдиного державного реєстру.

9. Здійснювати подання відповідно до визначеного порядку фінансову річну та квартальну звітності КНП «Поліклінічне об'єднання» та надавати Засновнику відомості щодо оренди, наявності вільних площ, що можливо здавати в орендування.

10. Ухвалювати рішення щодо здійснення кадрового питання КНП «Поліклінічне об'єднання» .

11. Виконувати переговори із колективом та підписувати колективні договори.

12. Здійснювати виконання в КНП «Поліклінічне об'єднання» вимог відповідно до умов охорони праці, протипожежних, гігієнічно-санітарних нормативів, створювати гарантії належних умов під час виконання співробітниками своєї роботи.

13. Забезпечувати вчасне та повне оплачування роботи й сплату обов'язкових згідно із законодавством платежів.

14. Відповідати у разі завданої КНП «Поліклінічне об'єднання» шкоди з особистої вини та ін.

За умови відсутності Головного медика КНП «Поліклінічне об'єднання» чи у разі його не здатності виконувати власні повноваження, тоді його обов'язки повинен здійснювати заступник Керівника або інший співробітник, згідно із своїми посадовими обов'язками.

Із метою допомоги в господарюванні КНП «Поліклінічне об'єднання» мають право створити Опікунську раду, склад та повноваження якої визначає Положення, що ухвалює Керівник.

Організаційна структури КНП «Поліклінічне об'єднання» складається із: управлінсько-адміністративного відділу та допоміжних відділів, в тому числі й господарських.

Керівник Організації ухвалює структуру організації КНП «Поліклінічне об'єднання» порядок та повноваження його роботи, посадові зобов'язання й інструкції співробітників.

Чисельність співробітників штату Головний медик обирає самостійно, відповідно до фінансового планування КНП «Поліклінічне об'єднання», із зверненням уваги на потреби у конкретній ситуації відповідно до реалізації якісного й доступного медичного обслуговування.

Відповідно до контактів та додаткових угод до нього зарплатня, термін відпустки Головного лікаря зазначені згідно із взаємним погодження Головного

лікаря та Заступника і не повинні бути менше, ніж це передбачено у актах законодавства.

Головний лікар КНП «Поліклінічне об'єднання» отримує зарплатню із загального фонду оплати праці відповідно до розміру 3 мінімальних зарплат, із врахуванням збільшення зарплатні згідно із кваліфікацією, яку має та роботу у важких та шкідливих умовах, а також додаткову плату (надбавки), які назначаються відповідно до вислуги років чи отриманням у галузі праці почесних звань та ін.

Виплата преміювань Головному лікарю відбувається відповідно до Положення щодо преміювання та за умови ухвалення із Засновником, на її отримання впливає особистий внесок до загальних результатів роботи КНП «Поліклінічне об'єднання».

Колектив КНП «Поліклінічне об'єднання» має гарантоване право:

Брати участь у менеджменті КНП «Поліклінічне об'єднання» методом єдиних зборів кадрового складу, комунікування із профспілковими організаціями та роботою інших органів, що займаються інтересами робітників, рекомендаційних внесень щодо покращення роботи КНП «Поліклінічне об'єднання» та щодо культурно-соціальної та побутової модернізації медичного закладу.

Профспілкові організації, що здійснюють свою роботу в КНП «Поліклінічне об'єднання», представляють інтереси співробітників медичної установи на рівні керівництва КНП «Поліклінічне об'єднання».

КНП «Поліклінічне об'єднання» створити для того, щоб брати участь робітникам установи під час керування нею.

Загалом, трудовий колектив КНП «Поліклінічне об'єднання» складається із осіб, які здійснюють вклад особистої праці, чим власне і беруть участь в його роботі, керуючись трудовим контрактом чи договором, які здійснюють регулятивну функцію трудових відносин співробітників КНП «Поліклінічне об'єднання».

Головний лікар КНП «Поліклінічне об'єднання» не має права входити до складу органів, що здійснюють виконання прав кадрового складу брати участь в управлінні КНП «Поліклінічне об'єднання».

Права та обов'язки названих органів є врегульованими чинним законодавством.

Колективний договір, який затверджено в КНП «Поліклінічне об'єднання» виконується регулювання трудових та виробничих і соціальних відносин адміністрації та співробітників.

Колективний договір приймається Керівником КНП «Поліклінічне об'єднання» та органом трудового колективу, який має такі повноваження.

Ухваленим є звіт сторін колективного договору на єдиних зборах персоналу не менше, ніж раз щороку.

Відповідно до документацій установи та колективного договору розглядаються питання, які пов'язані із покращенням умов роботи та життя співробітників, їх стану здоров'я, наявності обов'язкового медичного страхування та інші питання, що мають зв'язок із соціальним покращенням життя робітників.

Матеріальне забезпечення (кошти), що застосовують для зарплатні робітникам КНП «Поліклінічне об'єднання» отримуються шляхом некомерційного господарювання установи.

Розміри та шляхи нарахування зарплатні, виплати надбавок, доплат, преміювання та інші виплати компенсаційного та заохочувального характеру, прописуються у колективному договорі враховуючи визначені норми актів та вимоги угод.

2.3. Аналіз ефективності менеджменту КНП «Поліклінічне об'єднання» Кропивницької міської ради»

На сьогоднішній день українська сфера охорони здоров'я зазнає все більшого впливу від механізмів ринку, що існують у країні. Менеджмент

медичного профілактично-лікувального закладу чітко здобуває характеристик економіки комерційної організації, досягнення цілі роботи якої сьогодні знаходяться у залежності до рівня задоволення покупців та прагнення повернення до особи чи установи, яка надала лікувальні послуги. У зв'язку із цим вважаємо за актуальне здійснити економічний аналіз показників роботи ЗОЗ.

Саме тому проведемо дослідження стану застосування економічно-фінансових, трудових і матеріальних ресурсів КНП «Поліклінічне об'єднання». Відповідно до цього проаналізуємо ріст змін таких показників як: головні засоби, активи обороту, борг перед дебіторами й кредиторами, затрати та прибуток, фінансова результативність існування, коефіцієнт зношення та придатності головних фондів, кількість співробітників, коефіцієнт кадрової плинності, структура робітників за статю, показник розвитку професіоналізму співробітників та ін.

Далі переходимо безпосередньо до аналізу фінансово-економічних показників КНП «Поліклінічне об'єднання» міської ради м. Кропивницького (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Основні фінансово-економічні показники КНП «Поліклінічне об'єднання» міської ради м. Кропивницького

№ з /п	Показник	Од. ви-міру	Роки				
			2016	2017	2018	2019	2020
1.	Основні засоби	грн.	6194897	8064224	8125341	9653889	24065279
2.	Оборотні активи	грн.	73432	77173	113145	63817	18319476
3.	Незавершені капітальні інвестиції	грн.	0	0	0	0	0
4.	Запаси	грн.	1164453	1064965	775745	582901	4971076
5.	Власний капітал	грн.	7302570	8791060	8869658	10000416	47200539
6.	Облікова кількість штатних працівників	осіб	423	412	405	396	384

	на кінець року						
--	----------------	--	--	--	--	--	--

Джерело: складено автором

Відображені у таблиці дані взяті з фінансової звітності КНП «Поліклінічне об'єднання» міської ради м. Кропивницького, а саме із форми №1 «Баланс» (Додатки В).

Для об'єктивної оцінки змін в економічних показниках діяльності закладу, доцільно розглянути їх у динаміці (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Динаміка основних фінансово-економічних показників

КНП «Поліклінічне об'єднання» міської ради м. Кропивницького

№ з /п	Показник	Темпи росту							
		2017/2016		2018/2017		2019/2018		2020/2019	
		абсол.	відн.	абсол.	відн.	абсол.	відн.	абсол.	відн.
1.	Основні засоби, грн.	1869327	1,30	61117	1,01	1528548	1,19	14411390	2,49
2.	Оборотні активи, грн.	3741	1,05	35972	1,47	-49328	0,56	18255659	287,06
3.	Незавершені капітальні інвестиції, грн.	-	-	-	-	-	-	-	-
4.	Запаси, грн.	-99488	0,91	-289220	0,73	-192844	0,75	4388175	8,53
5.	Власний капітал, грн.	1488490	1,20	78598	1,01	1130758	1,13	37200123	4,72
6.	Облікова кількість штатних працівників на кінець року, осіб	-11	0,97	-7	0,98	-9	0,98	-12	0,97

Джерело: складено автором

Дані табл. 2.1 і 2.2 свідчать про наступне:

- вартість основних засобів КНП «Поліклінічне об'єднання» за п'ять звітних років виросла у 3,8 разів. Найбільший темп росту спостерігався у 2020 році і склав 2,49 разів. Попередні роки вартість основних засобів зростала у 1,3-1,19 разів;

- для суми оборотних активів ЗОЗ характерним є нерівномірна динаміка. Так, якщо в 2017 році їх величина збільшилась у 1,05 разів, то в 2020 році спостерігався ріст у 287 разів. Таке різке зростання відбулось за рахунок збільшення надходжень від надання медичних послуг;

- запаси, що залишаються на балансі у кінці року значно змінюються, зокрема: наприкінці 2017 року розмір запасів знизився на 99488 грн або 0,91 рази, тоді як наприкінці 2020 року динаміка різко змінилась і розмір запасів зріс на 4388175 грн або у 8,53 разів.

- власний капітал КНП «Поліклінічне об'єднання» міської ради м. Кропивницького має змінну тенденцію, зокрема найбільший ріст показника відбувався у 2020 році – у 4,72 рази;

- чисельність штатних працівників закладу щороку зменшується: зокрема у 2017 році на 11 осіб, у 2018 році на 7 осіб, відповідно наприкінці 2019 на 9 осіб і у 2020 році на 12 осіб.

Головні засоби здійснюють визначальну роль для забезпечення клінічної дієвості всіх установ охорони здоров'я. До їх складу відноситься клінічне обладнання, інструментарій, передавальні пристрої, меблеве забезпечення та сама будівля тощо. Рівень застосування головних засобів показано у таких показниках, як коефіцієнт придатності та зносу головних фондів. Ці показники продемонстровано у табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Показники використання основних фондів КНП «Поліклінічне об'єднання» міської ради м. Кропивницького

№ з/п	Показник	Роки				
		2016	2017	2018	2019	2020
1.	Основні засоби, грн.	6194897	8064224	8125341	9653889	24065279
2.	Коефіцієнт зносу основних фондів	1,20	1,14	1,11	1,07	1,97
3.	Коефіцієнт придатності основних фондів	-0,20	-0,14	-0,11	-0,07	-0,97

Джерело: складено автором

Як видно з табл. 2.3, частка придатного до використання медичного обладнання, інструментів та будівель КНП «Поліклінічне об'єднання» міської ради м. Кропивницького щороку зростає. Коефіцієнт зносу основних фондів у 2016 році становив 1,2, тоді як наприкінці 2020 року зріс до 1,97, що свідчить про погіршення стану основних засобів.

Облік медичного обладнання КНП «Поліклінічне об'єднання» та його інвентаризація приводиться вчасно та відповідно до Положення, затвердженого Наказом Міністерства України від 02.09.2014 № 879. До інвентаризаційного опису вносяться відомості про найменування, інвентарний номер, заводський номер (у разі його наявності), рік випуску, первісну (переоцінену) вартість, суму зносу, строк корисного використання та інші відомості [26].

Доцільно також здійснити оцінку дебіторської та кредиторської заборгованості.

Згідно рис. 2.1 у 2016-2020 роках кредиторської заборгованості на КНП «Поліклінічне об'єднання» не числилось.

Дебіторська заборгованість у 2020 році у порівнянні з 2016 роком виросла на 131,4 тис. грн. в основному за рахунок статті на соціальне страхування.



Рис. 2.1. Заборгованість КНП «Поліклінічне об'єднання» міської ради м. Кропивницького

Джерело: складено автором

Якість медичної допомоги, репутація лікарні, та зрештою, здорове населення регіону (держави) залежить від правильно підібраного персоналу, та зваженої кадрової політики підприємства. Тому, оцінка використання кадрів є важливим етапом аналізу економічної діяльності закладу охорони здоров'я.

У табл. 2.4 відображено такі показники, як чисельність прийнятих та звільнених з роботи працівників, коефіцієнт обороту по прийняттю, коефіцієнти вибуття та плинності кадрів (Додаток Д).

Таблиця 2.4

Показники використання трудових ресурсів КНП «Поліклінічне об'єднання» міської ради м. Кропивницького

№ з /п	Показник	Од. виміру	Роки				
			2016	2017	2018	2019	2020
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Прийнято працівників	осіб	14	3	8	7	13
2.	Звільнено працівників, з них:	осіб	14	20	5	4	6
1.	- по причині плинності кадрів		14	20	5	4	6
2.	Коефіцієнт обороту по прийняттю	%	3,08	0,69	1,87	1,67	3,27
3.	Коефіцієнт вибуття	%	3,08	4,63	1,17	0,96	1,51
4.	Коефіцієнт плинності кадрів	%	3,08	4,63	1,17	0,96	1,51

Джерело: складено автором

Аналіз показників руху чисельності працівників КНП «Поліклінічне об'єднання» міської ради м. Кропивницького (табл. 2.4) дає можливість зробити наступні висновки:

- у 2016 році зафіксовано найбільшу кількість працівників, яких було прийнято на роботу – 14 осіб;
- у 2017 році закладом було звільнено 20 осіб, що на 4,63% більше, ніж у минулому;
- вся сукупність звільнень були по причинах плинності кадрів (за власним бажанням, за угодою сторін, порушення трудової дисципліни та ін.);
- коефіцієнт обороту по прийняттю характеризується змінною тенденцією, зокрема у 2019 році складав 3,08% (в 2020 році – 3,27%);

- коефіцієнт вибуття у 2016 році має найбільшу величину – 3,08%, найменший результат мав місце у 2019 році – 0,96%;
- коефіцієнт плинності кадрів з 3,08% у 2016 році знизився до 1,51% у 2020-му. Таким чином, за період в п'ять звітних років показник характеризується позитивною тенденцією.

На КНП «Поліклінічне об'єднання» міської ради м. Кропивницького найбільшу частку серед медичного персоналу складають жінки (рис. 2.2).



Рис. 2.2. Статеву структуру працівників КНП «Поліклінічне об'єднання» міської ради м. Кропивницького

Джерело: складено автором

Так, середня частка жінок складає близько 85%, окрім 2016 року коли частка становила лише 79%. Таким чином, варто відзначити, що з кожним роком частка осіб чоловічої статі у закладі знижується. Якщо в 2016 році у КНП «Поліклінічне об'єднання» працювало 96 чоловіків, то в 2020-му – 60.

Охорона здоров'я – це сфера, яка активно зазнає технічної та організаційної інноваційності. Адже робітник, що є компетентним здатний досягти вдалого реалізування нового технічного аспекту (задуму) не лише до початку експлуатаційного введення, а й до вдалого використання у своїй

діяльності. Покращення кваліфікації лікарського персоналу є невідомою умовою його зростання, як професіонала.

На рис. 2.3 показано чисельність начальників та професіоналів, які покращили власну кваліфікацію відповідно до тенденції росту. Відповідно до рисунку бачимо, що щорічно начальники установи є учасниками курсів покращення кваліфікації, на яких збільшують галузь власних знань, як медичного, так й управлінського характеру. Чисельність професіоналів, які покращили власну компетентність до 2019 року зростала, а в 2020 році зменшилась на 18 осіб.

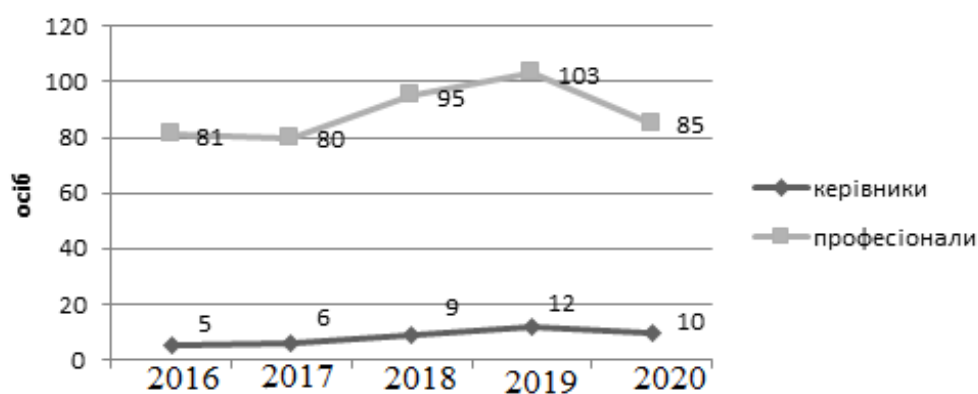


Рис. 2.3. Чисельність працівників КНП «Поліклінічне об'єднання» міської ради м. Кропивницького, що підвищили кваліфікацію

Джерело: складено автором

Таким чином, аналіз фінансово-економічних, технічних та трудових показників КНП «Поліклінічне об'єднання» міської ради м. Кропивницького показав цілком позитивну ситуацію. За результатами проведеного дослідження було виявлено ріст таких показників як оборотні активи та власний капітал. Спостерігається зростання коефіцієнту зносу основних засобів.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМКИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕНЕДЖМЕНТУ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ШЛЯХОМ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

3.1. Пріоритети підвищення якості медичних послуг КНП «Поліклінічне об'єднання»

Проведений аналіз ситуації щодо надання медичних послуг у відповідному районі міста Кропивницького дозволяє стверджувати про необхідність нагального запровадження заходів щодо сприяння підвищенню якості медичних послуг як інструменту вдосконалення менеджменту медичного закладу. На жаль, не всі питання залежать і вирішуються на рівні адміністрації медичного закладу, оскільки значною мірою можливості розв'язання проблем залежать від рішень, прийнятих органами влади на державному та регіональному рівнях щодо обсягів ресурсів, які буде виділено певним медичним закладам тощо. Водночас, в умовах поширення пандемії коронавірусу медичні працівники знаходяться у групі високого ризику, зростає фізичне та емоційне навантаження, підвищуються особисті ризики для їх життя та здоров'я.

Діяльність щодо реформування медичної сфери, яка нині активно провадиться в Україні, мала свої результати. Так, було створено центри первинної медичної допомоги, розширено межі автономії медичних установ, диверсифіковано джерела фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я, запроваджено контрактну систему відносин у галузі медицини, проведено низько заходів щодо децентралізації управління закладами охорони здоров'я. Крім того. Підвищується роль об'єднаних територіальних громад та місцевих органів влади у забезпеченні функціонування медичної сфери, посилюється конкурентна боротьба на ринку медичних послуг, значною є частка приватних медичних закладів. Разом з тим, оскільки реформа перебуває у незавершеному

стану, існує низка проблем, вирішення яких покладається на адміністрації медичних установ [16].

Особливо варіюється ситуація на регіональних ринках медичних послуг, зважаючи на значну диференціацію у рівнях соціально-економічного розвитку територій України. Водночас, ринку медичних послуг в державі в цілому притаманна низка спільних явищ і процесів. Слід відзначити наявність суперечностей у функціонуванні ринку медичних послуг, пов'язаних із схильністю населення до надмірного споживання послуг, зважаючи на тривалу звичку одержувати медичну допомогу безкоштовно, недостатньо сформованою є культура піклування про власне здоров'я. Диференціація в рівні доходів населення призводить до порівняно низького попиту на платні медичні послуги, розшарування попиту на дорогі високоякісні послуги з боку верств населення з високим рівнем доходів та прагнення громадян з низьким рівнем доходів отримувати медичні послуги лише на безкоштовній основі. Рівень контролю за якістю та ціноутворенням у галузі медицини поки не знаходиться на належному рівні, а вирішити всі накопичені проблеми лише засобами ринкового саморегулювання неможливо. Недостатньо злагодженою є наразі й взаємодія суб'єктів ринку медичних послуг (закладів охорони здоров'я, держави, фінансових інституцій та населення), мають місце випадки низької ефективності витрачання коштів бюджету, нерозвиненою є практика кредитування медичного обслуговування, пацієнти є фінансово незахищеними та потерпають від неналежної якості та ефективності медичного обслуговування [16].

Зважаючи на викладене, першочергові завдання щодо підвищення якості медичних послуг на рівні КНП «Поліклінічне об'єднання» відображено на рис. 3.1.

Отже, існує доцільність систематичного та безперервного вдосконалення діяльності закладу охорони здоров'я. Значною мірою цьому сприятиме система професійного розвитку медичного та адміністративного персоналу, своєчасне підвищення кваліфікації, розвиток фахових навичок медичних працівників,

формування культури якості та сприяння розумінню важливості виконання трудових функцій якнайкраще.

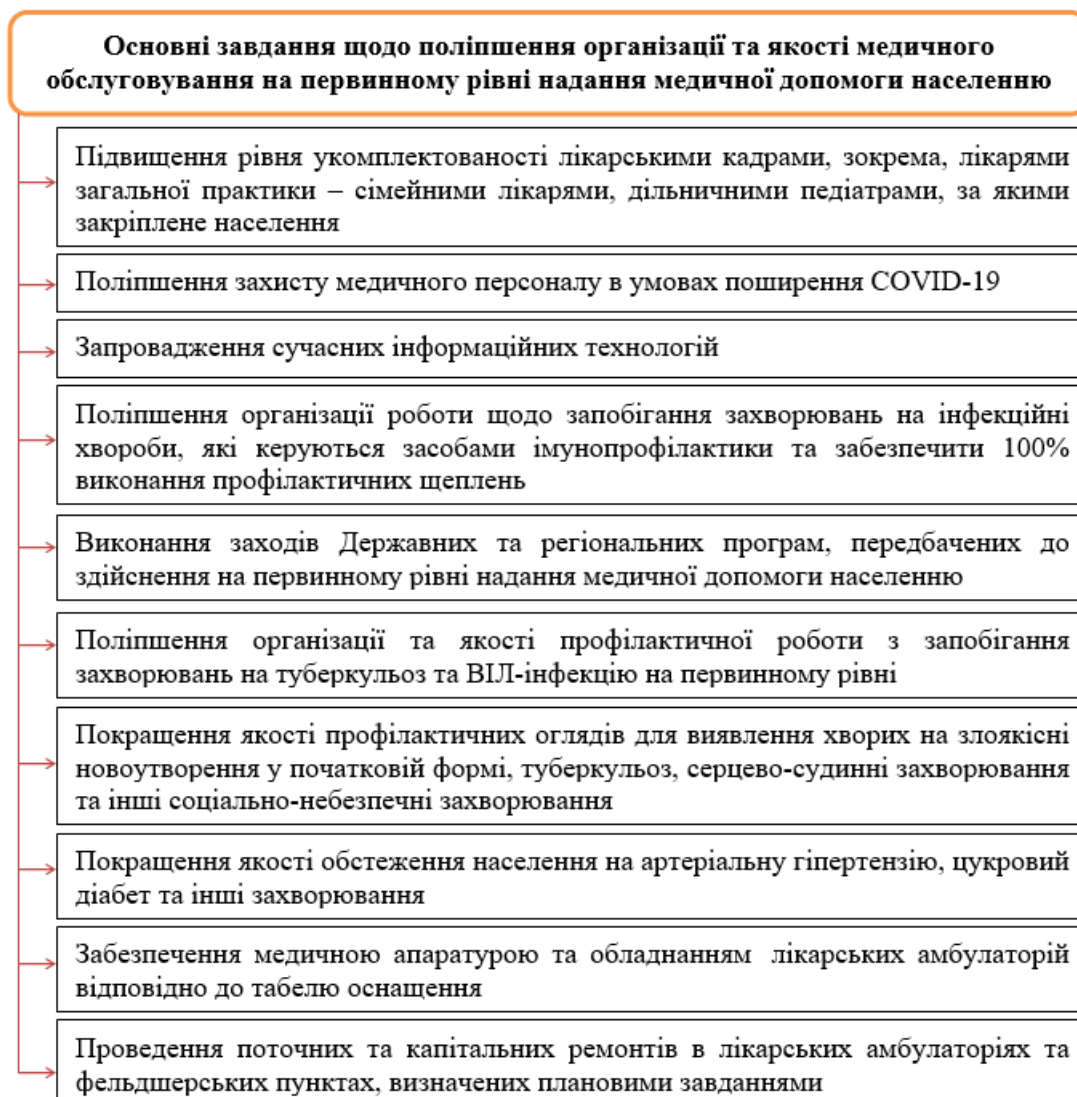


Рис. 3.1. Основні завдання щодо поліпшення організації та якості медичного обслуговування населення КНП «Поліклінічне об'єднання»

Джерело: складено за даними КНП «Поліклінічне об'єднання»

Аналіз світового досвіду у сфері підвищення якості послуг медичної галузі свідчить, що значну роль у цьому процесі відіграють відповідні стратегічні та програмні документи. Такі стратегії і програми розвитку мають містити систему підтримки впровадження інновацій, заходи щодо оптимізації витрат, шляхи забезпечення високоякісних послуг для всіх категорій споживачів, механізми стандартизації діяльності, заходи щодо виконання

медичними установами своїх зобов'язань, механізми поводження з відходами діяльності, пріоритети безперервного професійного розвитку медичних працівників, механізми зворотного зв'язку, контролю, моніторингу та внесення коректив [5].

Комплексна програма забезпечення і підвищення якості медичних послуг повинна мати проактивний характер, тобто бути спрямованою на вирішення ймовірних проблемних аспектів ще до початку їх виникнення. Тобто мова йде про застосування попереджувальних механізмів, спрямованих на зростання ефективності та покращення медичного обслуговування пацієнтів. Дієва програма має бути спрямованою на досягнення конструктивного зворотного зв'язку за рахунок зростання культури якості персоналу. Слід враховувати, що недостатньо ефективно організований і деталізований процес може призвести до негараздів як у фінансовому, так і процедурному плані. Тому програма поліпшення якості медичних послуг має бути раціональною, ефективною, чіткою і зрозумілою для всіх суб'єктів лікувального процесу, забезпечуючи безпеку пацієнтів та конфіденційність інформації.

Під час розробки основоположних принципів програми підвищення якості медичних послуг доцільно брати до уваги усі аспекти, враховуючи етапи надання медичних послуг, форми і методи контролю та підходи до складання звітної документації, ідентифікацію недоліків з метою їх усунення. В контексті забезпечення ефективного зворотного зв'язку та суттєвого підвищення якості медичних послуг необхідно проводити систематичний моніторинг, аналіз та оцінювання. Окрім того, раціональні програми та стратегії мають обов'язково відповідати чинним нормам вітчизняного законодавства, положенням внутрішньої нормативної документації медичного закладу [5].

Стратегічні аспекти реформування галузі охорони здоров'я на загальнодержавному рівні повинні бути спрямовані на:

- дотримання принципів вільного обрання медичних закладів – надавачів медичних послуг бажаного рівня якості;
- посилення персональної відповідальності населення за своє здоров'я;

- забезпечення персоніфікованої медичної допомоги для соціально незахищених категорій громадян;
- формування середовища конструктивної взаємодії між усіма суб'єктами ринку медичних послуг [26].

В контексті медичної реформи зусилля закладів охорони здоров'я слід спрямовувати на адаптацію до нових механізмів управління системою медичного обслуговування, враховуючи їх орієнтованість на перехід від галузевих до регіональних принципів управлінського впливу, запровадження нових форм господарських відносин між стаціонарними та амбулаторно-поліклінічними закладами охорони здоров'я. У межах кожного окремого закладу доцільно запроваджувати більш ефективні форми організації праці медичного персоналу, забезпечувати зростання матеріальної зацікавленості персоналу медичних установ у кінцевих результатах своєї трудової діяльності, оптимальне використання всіх видів ресурсів. Також потребує реалізації підхід, спрямований на поєднання принципів надання гарантованої безоплатної медичної допомоги і платних медичних послуг, підвищення якісного рівня надання медичних послуг та відповідальності закладів охорони здоров'я за якість своєї діяльності та ефективність використання ресурсів і засобів, впровадження демократичних принципів в управлінні закладами охорони здоров'я [6].

В діяльності закладу охорони здоров'я слід брати до уваги, що на даний час на загальнодержавному рівні відбувається відхід від медичної моделі «Семашко-Бевєриджа», за якої держава виконує домінуючу роль, джерелами фінансування медичних установ є бюджетні кошти, а надання медичних послуг декларативно є безоплатним для населення. Причини подібної трансформації криються у тому, що обсяг безоплатних медичних послуг є вкрай обмеженим в умовах дефіциту бюджетного фінансування та нераціонального використання фінансових ресурсів. Також, дана модель спричинила виникнення та розвиток тіньового ринку медичних послуг, інформаційні асиметрії щодо реального рівня якості медичних послуг. Брак фінансування сприяв виникненню різних

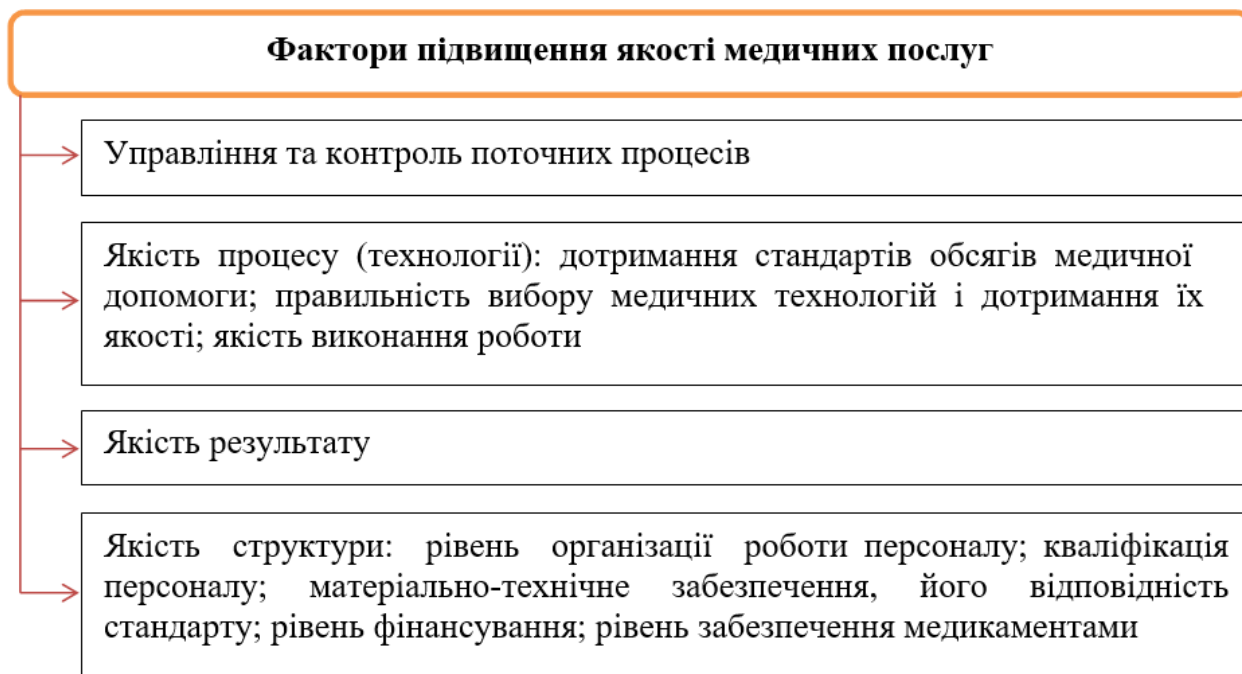
форм підприємницької активності закладів охорони здоров'я, у тому числі на основі формування низки організаційних структур, які здійснюють надання медичних послуг на платній основі. На сьогодні спостерігаємо також розвиток суб'єктів середнього і малого підприємництва у сфері надання медичних послуг, таких як приватні центри проведення аналізів і діагностики, приватні клініки і кабінети, хоспіси та ін., які створюють конкуренцію закладам державної форми власності [16].

Таким чином, територіальний ринок медичних послуг, являючи собою сукупність установ, що надають медичні послуги, отримувачів таких послуг (пацієнтів) та різного роду посередників, повинен розвиватися на принципах конструктивної взаємодії між усіма його учасниками. Зростає роль різноманітних посередників на даному ринку, які забезпечують надання: фінансових ресурсів (органи державної влади й місцевого самоврядування, банківські та страхові установи, лікарняні каси та ін.); постачання спеціалізованого медичного устаткування (наприклад, лізингові фірми); юридичну допомогу (юридичні та консалтингові установи). Як і будь-який інший ринок, ринок медичних послуг характеризується такими параметрами, як обсяг попиту на медичні послуги, обсяг пропозиції медичних послуг та рівень розвитку конкуренції. Прояви конкурентної боротьби за пацієнта мають місце серед державних і комунальних медичних закладів, які мають право на надання платних медичних послуг, та різноманітними приватними медичними установами. Цей факт є цілком закономірним в умовах еволюційного розвитку ринку медичних послуг, мінливості факторів впливу внутрішнього та зовнішнього середовища та загальноприйнятій світовій практиці [16].

Розвиток ринку медичних послуг в Україні передбачає також поліпшення його інфраструктури, безпосередній вплив на стан якої чинять такі фактори: соціально-економічна ситуація у межах території та країни в цілому (обсяги державного фінансового забезпечення, інфляційні процеси, система освітньої підготовки медичних кадрів) та безпосередньо стан ринку медичних послуг (законодавче і нормативне регулювання медичної галузі, стан матеріально-

технічної бази медичних установ, впровадження системи медичного страхування та ін.) [33].

Таким чином, фактори підвищення якості медичних послуг КНП «Поліклінічне об'єднання» можуть бути узагальнені за допомогою рис. 3.2.



**Рис. 3.2. Фактори підвищення якості медичних послуг
КНП «Поліклінічне об'єднання»**

Джерело: складено на основі [7]

Отже, щоб бути конкурентоспроможним на ринку медичних послуг, закладу необхідно працювати над забезпеченням високої результативності своєї діяльності, застосовувати новітні інноваційні технології у медичній галузі, удосконалювати електронну інформаційну систему, включаючи електронні закупівлі медичних препаратів та обладнання, поліпшувати матеріально-ресурсну базу своєї діяльності, інтенсифікувати внутрішні фактори конкурентних переваг. Мова йде про медичну ефективність, що полягає у якомога більш повному задоволенні потреб пацієнтів шляхом надання широкого асортименту медичних послуг високої якості, а також адміністративну ефективність, яка передбачає поліпшення стану управління організаційною структурою закладу, його підрозділами та відділеннями,

кадровим, фінансовим, матеріально-технічним, інформаційно-комунікаційним забезпеченням діяльності [8].

Для закладу охорони здоров'я також актуальними є перегляд штатного розпису та упорядкування посадових функцій медичного персоналу, чітке слідування вимогам галузевих медичних стандартів якості надання медичних послуг, забезпечення відповідності власної господарської діяльності ліцензійним та акредитаційним вимогам [11].

При цьому слід враховувати у своїй діяльності тенденції державного регулювання реформ у сфері медицини, які зосереджені на створенні передумов для поліпшення здоров'я населення, створенні прозорих та неупереджених умов доступу усіх категорій населення до надання першої медичної допомоги, що фінансується за рахунок бюджетних коштів, запровадженні комплексних систем управління якістю медичних послуг, розвитку конкурентного середовища на ринку медичних послуг, оптимальному використанні фінансових ресурсів [12].

До складу пріоритетних організаційно-економічних аспектів підвищення якості медичних послуг закладу можемо віднести: зростання професійної компетентності медичного персоналу, орієнтацію дій медичних працівників на задоволення потреб пацієнтів, дотримання принципів безперервності, доступності, результативності та безпечності під час надання медичних послуг, приділення особливої уваги профілактичним заходам та профілактичному обслуговуванню населення, мотиваційним аспектам трудової діяльності персоналу закладу охорони здоров'я, сприяння поліпшенню науково-технічного рівня обслуговування пацієнтів, забезпечення зручності та комфорту медичного обслуговування, дотримання у своїй діяльності норм медичних стандартів, вимог акредитації та ліцензування у сфері медицини.

Пріоритетом інформаційно-аналітичного забезпечення якості медичних послуг закладу має стати систематична оцінка якості медичних послуг на основі обчислення критеріїв, що мають найбільш вагоме значення, та врахування результатів оцінки у подальшій діяльності [12].

Формування сучасної інфраструктури управління якістю медичних послуг закладу охорони здоров'я передбачає:

- удосконалення системи і процедур внутрішнього контролю якості медичних послуг;
- спрямованість на покращення показників стану здоров'я громадян;
- розвиток механізмів контролю витрат та планування інвестиційної діяльності закладу;
- сприяння підвищенню задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг;
- формування комплексної методики оцінювання індикаторів якісного рівня медичного обслуговування населення;
- запровадження дієвої системи мотиваційних важелів та інструментів для медичного та адміністративного персоналу;
- забезпечення взаємозв'язку рівня оплати праці медичного персоналу з кінцевими результатами трудової діяльності [17].

Зважаючи на викладене, інноваційний підхід до формування цілісної системи забезпечення якості та доступності медичних послуг закладу охорони здоров'я спрямований на:

- забезпечення наявності потрібної чисельності медичного персоналу з відповідним освітньо-кваліфікаційним рівнем;
- створення можливостей для вільного обрання пацієнтами лікаря у межах закладу охорони здоров'я;
- дотримання принципу обов'язковості надання закладом охорони здоров'я гарантованих обсягів медичного обслуговування населенню;
- організацію діяльності медичного закладу за принципом максимальної територіальної наближеності до місць проживання, працевлаштування чи навчання споживачів медичних послуг;
- дотримання процедур та стандартів у медичній сфері;

- зосередженні зусиль на забезпеченні транспортної доступності медичних послуг закладу для всіх категорій громадян, включаючи маломобільні групи та осіб з особливими потребами;
- сприянні створенню умов для безкоштовного користування медичним персоналом засобами зв'язку й транспортними засобами, у тому числі для транспортування хворих у разі потреби [31].

Стратегічні пріоритети розвитку КНП «ЗРЦПМСД» вбачаємо також у подальшій активізації відносин державно-приватного партнерства.

За своєю суттю державно-приватне партнерство є системою контрактних відносин між закладами охорони здоров'я державної форми власності та приватними медичними установами з метою надання медичних послуг громадянам, отримання державних дозволів на здійснення певних видів лікувальної діяльності, запровадження соціальних маркетингових програм, спільного контролю за рівнем якості медичних послуг та побудови системи безперервного професійного розвитку медичного персоналу, провадження атестації медичних працівників на відповідність кваліфікаційним категоріям, визначених чинним законодавством [33].

Розвиток відносин державно-приватного партнерства дозволяє забезпечити низку переваг для держави, бізнесу та населення (рис. 3.3), що свідчить про доцільність та актуальність запровадження такого виду взаємовідносин.

Під час реалізації системи безперервного професійного розвитку персоналу медичного закладу його адміністрації необхідно враховувати той факт, що даний процес не завжди може виявитися простим з процедурної точки зору. Наприклад, підвищення фахового рівня управлінського персоналу передбачає набуття не лише новітніх спеціалізованих знань у галузі медицини, але й удосконалення знань та навичок з питань організації ефективної діяльності всієї медичної установи. Заходи щодо підвищення рівня кваліфікації персоналу закладу охорони здоров'я необхідно організовувати як на індивідуальній, так і на колективній основі.

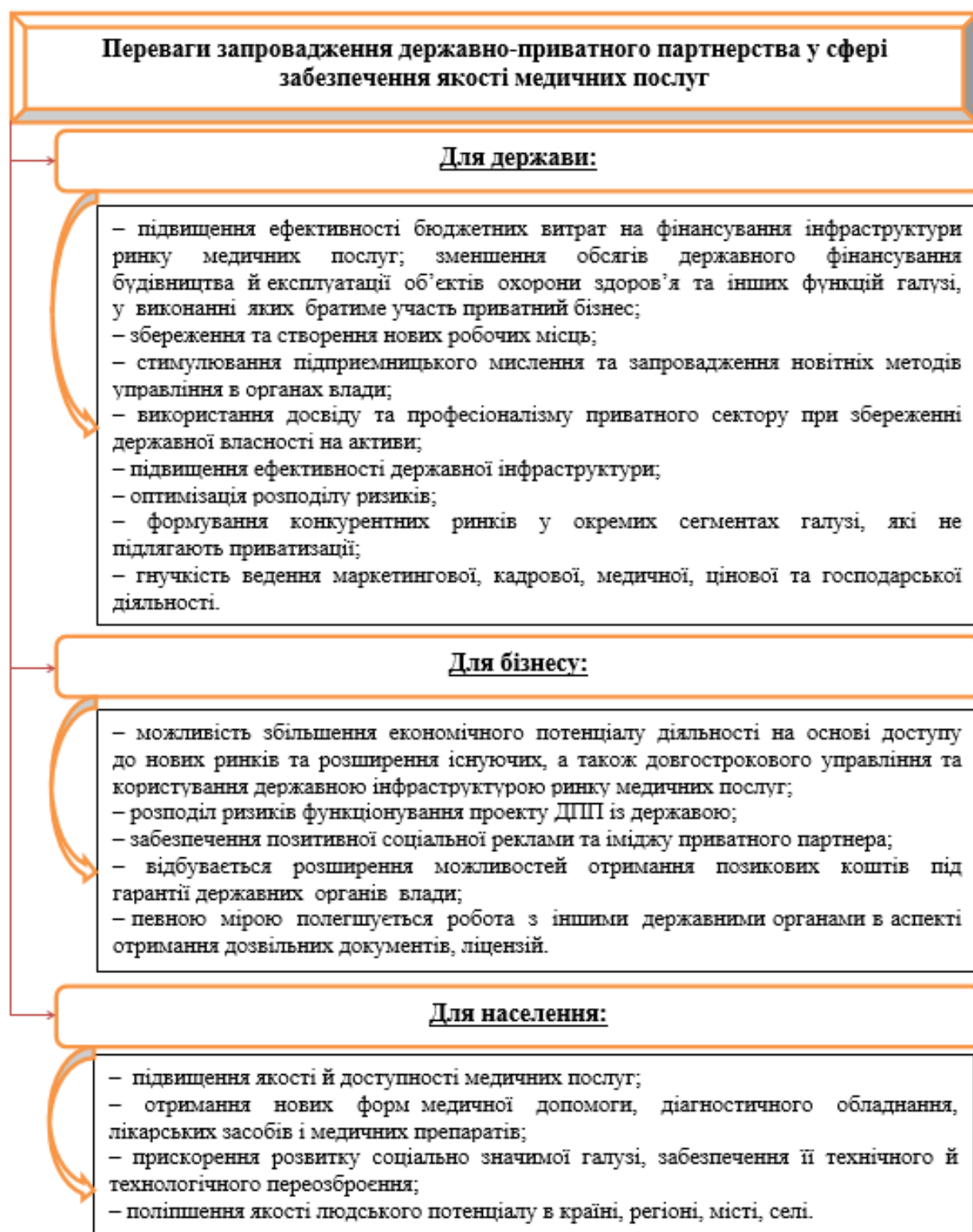


Рис. 3.3. Переваги запровадження державно-приватного партнерства у сфері забезпечення якості медичних послуг

Джерело: складено на основі [33]

Це сприятиме підвищенню згуртованості трудового колективу, поліпшенню морально-психологічного клімату. У кінцевому підсумку переваги від запровадження системи професійного розвитку медичних працівників матимуть як сам персонал медичного закладу за рахунок зростання показників продуктивності праці, так і пацієнти, за рахунок одержання більш якісних медичних послуг [15, с. 169].

Таким чином, стратегічні пріоритети у сфера підвищення якості медичних послуг КНП «ЗРЦПМСД» вбачаємо у розробленні комплексної програми сприяння запровадженню інноваційних медичних практик і технологій в діяльності закладу, оновленню та поліпшенню матеріально-технічної бази, диверсифікації джерел фінансування та більш раціональному їх використанню, покращенню умов праці медичного персоналу та підвищенні її оплати.

3.2. Поліпшення фінансового забезпечення діяльності закладу охорони здоров'я як чинник підвищення якості медичних послуг

Результативність та ефективність функціонування будь-якого суб'єкта господарювання, у тому числі й закладу охорони здоров'я, можливо оцінити на базі відповідних фінансових показників, тенденції зміни яких можуть носити як позитивний, так і негативний характер.

З метою поліпшення системи фінансового забезпечення закладу охорони здоров'я корисним може виявитися вивчення зарубіжного досвіду та існуючих практик у цій сфері. Особливо актуальним це завдання виступає в умовах провадження реформи медичної галузі України, яка чинить суттєвий вплив на розвиток решти соціально-економічних процесів у державі.

У зарубіжній практиці розрізняють дві основні моделі фінансування систем охорони здоров'я, що одержали назви «Бевериджська модель» та «Бісмарківська модель». Бевериджська модель була започаткова ще у 1942 році у Великобританії. Її ще називають бюджетною моделлю, оскільки за умови її

реалізації медичні послуги є доступними для всіх категорій громадян, а фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок цільових податкових внесків. Рівень оплати праці медичних працівників за цієї моделі знаходиться у прямій залежності від чисельності осіб, яких обслуговує медичний персонал. Перевагами означеної моделі можна вважати достатньо високий рівень доступності медичних послуг для всіх категорій населення, наявність чіткого державного контролю за процесами розподілу всіх видів ресурсів та їх витрачанням [7].

Проте в Україні, зважаючи на тотальний дефіцит бюджету та неефективні процеси у сфері державного управління та регулювання, така модель демонструє у даний час недостатню свою ефективність.

Бісмарківська модель заснована на постулатах соціального законодавства Німеччини. За такої моделі галузь охорони здоров'я фінансується за рахунок обов'язкових внесків підприємств до спеціальних фондів, що утворюються на територіальній або ж професійній основі. Тобто, страхові внески на медичне обслуговування за працевлаштованих громадян сплачують ті установи, в яких вони працюють. Для інших категорій населення (непрацюючих) передбачаються державні соціальні програми та приватні установи страхової медицини.

Стосовно французької моделі медичного страхування, то вона характеризується централізованим підходом до управління. Запроваджено систему медичного страхування у разі захворювання, яка охоплює понад 80% громадян країни. Також система внесення страхових сум є солідарною, оскільки їх сплата здійснюється як працюючими особами, так і роботодавцями. Система страхування організована за територіальною ознакою, а самі громадяни переважно не мають свободи в обранні певної страхової компанії.

У США система медичного страхування не є обов'язковою для всього населення. Із загального обсягу фінансових ресурсів, що витрачаються на лікування населення, близько 70% забезпечуються державою та приватними страховими фірмами. Безпосередньо приватні страхові установи забезпечують

фінансування близько 30% витрат на лікувальні послуги. Для працевлаштованого населення передбачено медичне страхування з боку роботодавців. Страхові організації, які забезпечують обов'язкове медичне страхування в США, можуть бути розподілені на два типи: прибуткові та неприбуткові. Значна кількість населення країни забезпечена медичними страховками за місцем свого працевлаштування [7].

Таким чином, враховуючи наявність значних проблемних аспектів у сфері фінансового забезпечення медичних послуг для населення України, існуюча система фінансування потребує удосконалення. Як свідчить зарубіжний досвід, певні переваги мають як бюджетна система фінансування галузі медицини, так і система страхової медицини. Найбільш прийнятним варіантом для нашої держави є розвиток змішаної, тобто бюджетно-страхової моделі фінансування медичних послуг [7].

В цілому, за сучасних умов розрізняють чотири можливі варіанти фінансування медичної галузі: державна, страхова, приватна та змішана. Як нами уже зазначалося, певні переваги мають кожен з цих підходів, а тому на теренах нашої країни є доцільним і можливим розвиток усіх вищезгаданих форм фінансового забезпечення медицини. При цьому, ключові завдання на рівні конкретного закладу охорони здоров'я полягають у необхідності пошуку альтернативних джерел фінансового забезпечення та диверсифікації способів залучення фінансових ресурсів, впровадження ефективних програм розвитку фінансового забезпечення, забезпечення якомога більш раціонального та ефективного використання наявних фінансових ресурсів.

У перспективі заклади охорони здоров'я мають адаптуватися до поступової трансформації системи фінансування їх діяльності – переходу від державного бюджетного фінансування до бюджетно-страхового підходу у цій сфері. Основне завдання закладу охорони здоров'я на цьому шляху вбачаємо у забезпеченні його адаптації до відповідних процесів трансформації в системі фінансування та подолання негативних аспектів під час таких змін,

імплементції способів як бюджетних коштів, так і інших видів надходжень [12].

Додатні фінансові показники діяльності закладу охорони здоров'я можна вважати одним з найбільш важливих узагальнюючих аспектів ефективності їх господарської діяльності, що є запорукою як поточного функціонування на належному рівні, так і інвестування у подальший розвиток. Тобто мова йде про можливість забезпечення діяльності медичного закладу на засадах самофінансування та самоокупності, що в умовах сьогодення виступає найбільш нагальним завданням.

Для кращого розуміння сутності формування витрат на забезпечення якості медичних послуг та їх впливу на кінцеві фінансові результати діяльності закладу охорони здоров'я такий процес може бути проілюстрований за допомогою схеми, що наведена на рис. 3.4.

На даній схемі усі складові витрат на надання медичних послуг та забезпечення їх якості розподілено на відповідні блоки.

Перший блок витрат включає усі фінансові вкладення, необхідні для надання якісних медичних послуг пацієнту. До них належать вартість медичних препаратів та інших витратних матеріалів, вартість використання медичного обладнання та інструменту, вартість діагностичних процедур та проведення аналізів, суми витрат на оплату праці медичного персоналу.

В процесі ціноутворення, тобто обчислення вартості медичних послуг, необхідно брати до уваги положення відповідних стандартів у галузі медицини, що дозволить зменшити ймовірність виникнення помилок в процесі надання медичних послуг. Такі помилки можуть мати негативні фінансові наслідки як для самого пацієнта, так і для закладу охорони здоров'я, оскільки призводять до появи невиправданих затрат та зростання загальної вартості лікування. Також на рівні закладу охорони здоров'я доцільно здійснювати облік та аналіз витрат за центрами відповідальності – відповідними структурними підрозділами, в яких ці витрати виникають.

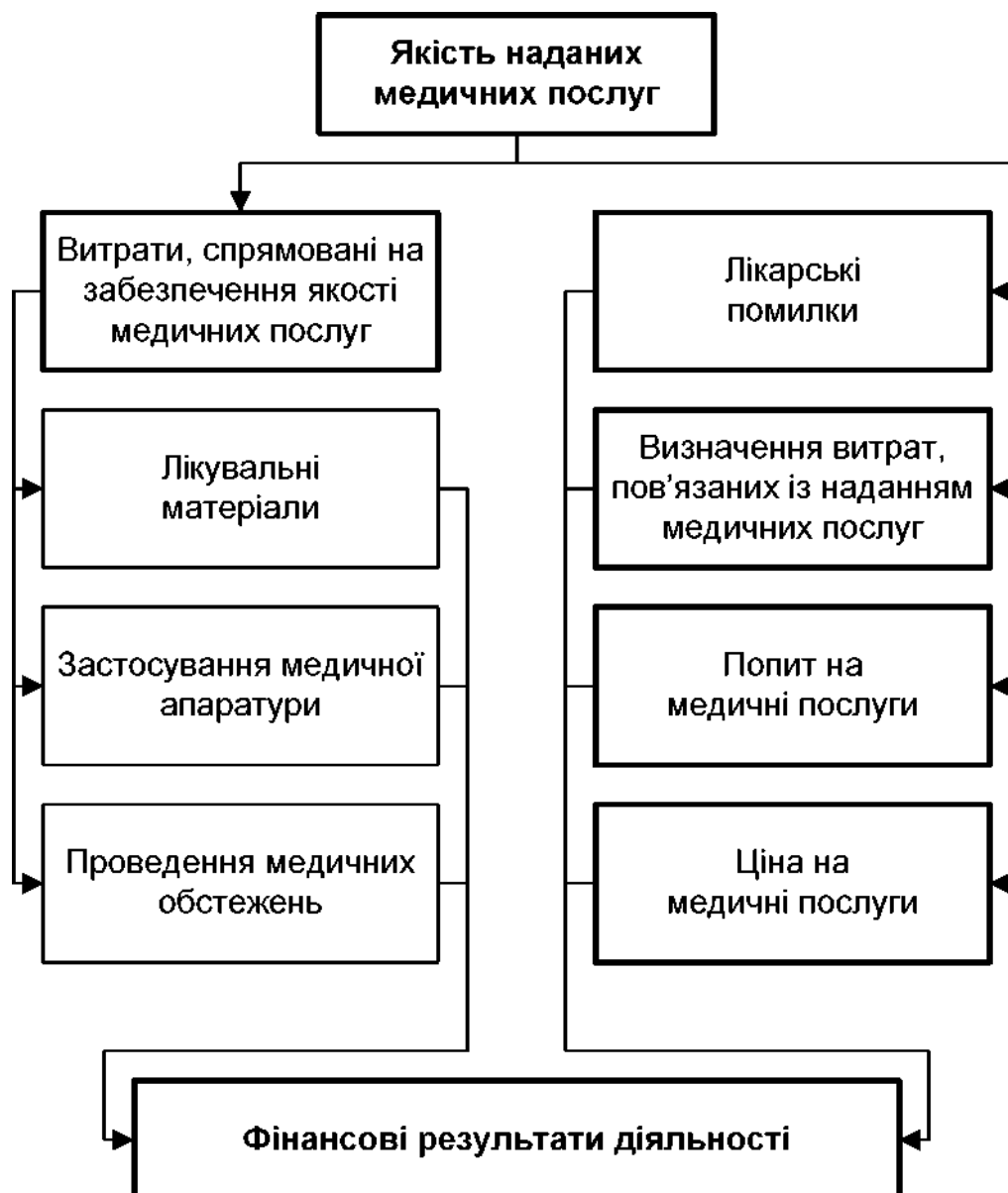


Рис. 3.4. Схема впливу якості медичних послуг на фінансові результати діяльності закладу охорони здоров'я

Джерело: [15, с. 100]

Другий блок показників передбачає мінімізацію ймовірності появи різноманітних видів відхилень та невідповідностей у процесі лікування, чітке дотримання норм медичних стандартів. Чим більш ефективною буде організація управління закладом охорони здоров'я, тим меншими будуть шанси на допущення певних помилок в процесі лікування. У свою чергу, це дозволить підвищувати якість наданих медичних послуг, а фінансові ресурси (замість

виправлення помилок і фінансування невинуватених витрат) можуть бути направлені на розвиток і оновлення матеріально-технічної бази лікувального закладу, підвищення оплати праці медичного персоналу тощо.

Щодо третього блоку показників, то він знаходиться у тісній взаємозалежності із рештою блоків, оскільки відображає обчислення витрат, необхідних для надання медичних послуг закладу охорони здоров'я упродовж усього їх життєвого циклу.

Четвертий блок показників відображає результати співставлення обсягів надання медичних послуг та їхньої вартості із існуючим попитом на них з боку населення.

І зрештою, п'ятий блок показників може бути охарактеризований як визначення ефективності певного спектру медичних послуг в залежності від сформованої ціни на них. У даному випадку мається на увазі обґрунтування обсягів видатків, понесених під час надання певного виду медичних послуг.

В процесі ціноутворення ключового значення набувають наступні аспекти:

- прагнення до оптимізації витрат, понесених для одержання необхідного результату лікувальних послуг. Наприклад, попередні обчислення нададуть можливість порівняти потенційні витрати на обслуговування пацієнтів у разі наявності у певному структурному підрозділі власного штатного фахівця, залучення такого фахівця із певного спеціалізованого структурного підрозділу або ж направлення пацієнта до такого спеціалізованого структурного підрозділу;

- пошук оптимальних варіантів організації процесу надання медичних послуг та встановлення їх економічно обґрунтованої вартості, яка була б прийнятною для пацієнтів лікарні. Слід підкреслити, що у даному випадку мова йде не про мінімально можливі витрати, оскільки необґрунтоване прагнення до здешевлення може мати свої негативні наслідки у вигляді погіршення якісних показників надання медичних послуг. Тобто, ціна послуг має встановлюватися шляхом її оптимального співвіднесення із показниками якості та задовольняти

потреби як медичного закладу, так і споживачів медичних послуг, ґрунтуючись на поєднанні вартісних та результативних критеріїв [15, с. 99-101].

Існуюча соціально-економічна ситуація у вітчизняній галузі охорони здоров'я свідчить про доцільність систематичного моніторингу фінансових витрат у сфері медицини з боку усіх учасників системи охорони здоров'я. У сполученні із показниками нефінансового характеру, таких як рівень захворюваності населення, результативність медичних послуг тощо, моніторинг дозволить забезпечувати оптимальний рівень витрачання ресурсів медичними установами, визначати напрями раціонального та ефективного фінансового забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я у сучасних умовах [31].

Наявність високого рівня якості медичних послуг в умовах сьогодення є невід'ємною передумовою формування закладами охорони здоров'я клієнтської бази та виживання у конкурентній боротьбі. Сучасний ринок медичних послуг є специфічним, тому заклади охорони здоров'я, які функціонують у межах даного ринку повинні бути гнучкими та адаптивними, вміти своєчасно пристосовуватися до змін у внутрішньому та зовнішньому середовищі. Тобто, виникає нагальна необхідність підвищення ефективності господарської діяльності закладів охорони здоров'я.

Забезпечення високого рівня ефективності господарської діяльності медичних закладів передбачає її розподіл та низку складових:

- забезпечення ефективності інвестиційних рішень;
- досягнення високої результативності та корисності основної господарської діяльності;
- забезпечення ефективності лікувальних послуг;
- забезпечення ефективності основних показників функціонування шляхом оптимального співвіднесення витрат і результатів.

Для будь-якого підприємства ключовим елементом економічної ефективності його функціонування слугує наявна виробнича потужність. У випадку її зростання без залучення додаткових інвестиційних засобів можна

стверджувати про виявлення та використання прихованих резервів розвитку та нових підходів до вдосконалення діяльності медичної установи.

Однак, саме по собі зростання виробничої потужності (у нашому випадку – пропускнуєї спроможності закладів охорони здоров'я) ще не гарантує їм стійких конкурентних переваг на ринку медичних послуг. Тому, говорячи про економічну ефективність, варто розглядати її інструмент оцінювання результативності управління медичним закладом.

Отже, показники якості медичних послуг, безсумнівно, мають прямий суттєвий вплив на рівень результативності фінансової діяльності закладів охорони здоров'я. За рахунок поліпшення фінансового забезпечення можливим є покращення рівня матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, обсягів заробітної плати медичних працівників, впровадження інноваційних технологій та сучасних методів лікування і діагностики. У свою чергу, інтенсифікація використання матеріально-ресурсних чинників та сприяння залученості усіх категорій персоналу медичних установ до вирішення питань якості дозволить у подальшому підвищувати якість медичних послуг та рівень задоволеності такими послугами споживачів.

Сучасний заклад охорони здоров'я повинен прагнути якнайповніше використовувати у своїй діяльності усі можливі джерела залучення фінансових ресурсів, бути гранично гнучким та швидко адаптуватися до змін, налаштованим на конструктивну та взаємовигідну співпрацю з усіма суб'єктами ринку медичних послуг.

ВИСНОВКИ

Здобутком, що неможливо оцінити для будь-якої країни є здоров'я її громадян, сфера охорони здоров'я, що має на меті зберегти та зміцнити здоров'я та здійснює ключову роль для творення життєдіяльності громадян.

Охорона здоров'я є системою заходів, які направлені на захист здоров'я громадян, способом утворення потрібних умов, які націлені на покращення рівня життя, збереження працездатності та суспільної діяльності людини, а також збільшення часу життєдіяльності.

Охорона здоров'я є головним напрямом у створенні зовнішньої та внутрішньої політики країни. Так, країна створює політику охорони здоров'я та впливає на сферу шляхом створення та застосування у дії програм, які діють із метою оптимізування процесу послуг медицини та надання громадянам медичних послуг найвищого рівня. Загалом, політика країни у галузі охорони праці включає у собі чималу кількість заходів, в тому числі готування кадрів медицини, а ще заходи економічно-інноваційного, епідеміологічно-санітарного, соціального, профілактичного й організаційного напрямку.

Сьогодні установи охорони здоров'я здійснюють свою діяльність у період безперервних динамічних перетворень. Здійснюють реформи щодо первинної й вторинної медичної допомоги, а самі установи здійснюють етапи автономізування. З цього періоду установи стають комерційними неприбутковими організаціями. Згідно із цим відбувається зміна способів керування та моделі фінансування закладів охорони здоров'я.

Винятком не стало і КНП «Поліклінічне об'єднання» міської ради міста Кропивницького, що у 2018 році зазнало змін у своїй правово-організаційній формі. Установа є багатoproфільною і здійснює кваліфікаційне поліклінічне й стаціонарне обслуговування громадян м. Кропивницького.

В процесі аналізу економічних показників діяльності досліджуваного закладу нами виявлено наступне:

- вартість основних засобів КНП «Поліклінічне об'єднання» за п'ять звітних років виросла у 3,8 разів. Найбільший темп росту спостерігався у 2020 році і склав 2,49 разів. Попередні роки вартість основних засобів зростала у 1,3-1,19 разів;

- для суми оборотних активів ЗОЗ характерним є нерівномірна динаміка. Так, якщо в 2017 році їх величина збільшилась у 1,05 разів, то в 2020 році спостерігався ріст у 287 разів. Таке різке зростання відбулось за рахунок збільшення надходжень від надання медичних послуг;

- запаси, що залишаються на балансі у кінці року значно змінюються, зокрема: наприкінці 2017 року розмір запасів знизився на 99488 грн або 0,91 рази, тоді як наприкінці 2020 року динаміка різко змінилась і розмір запасів зріс на 4388175 грн або у 8,53 разів.

- власний капітал КНП «Поліклінічне об'єднання» міської ради м. Кропивницького має змінну тенденцію, зокрема найбільший ріст показника відбувався у 2020 році – у 4,72 рази;

- чисельність штатних працівників закладу щороку зменшується: зокрема у 2017 році на 11 осіб, у 2018 році на 7 осіб, відповідно наприкінці 2019 на 9 осіб і у 2020 році на 12 осіб.

Проведений аналіз ситуації щодо надання медичних послуг у відповідному районі міста Кропивницького дозволяє стверджувати про необхідність нагального запровадження заходів щодо сприяння підвищенню якості медичних послуг. Варто підкреслити, що в умовах поширення пандемії коронавірусу медичні працівники знаходяться у групі високого ризику, зростає фізичне та емоційне навантаження, підвищуються особисті ризики для їх життя та здоров'я.

Першочергові завдання щодо підвищення якості медичних послуг на рівні КНП «Поліклінічне об'єднання» вбачаємо у вирішенні питань щодо: підвищення рівня укомплектованості лікарськими кадрами, зокрема, лікарями загальної практики – сімейними лікарями, а також середнім медичним персоналом; поліпшення захисту медичного персоналу в умовах поширення

COVID-19, включаючи засоби індивідуального захисту, а також економічне стимулювання медичних працівників за роботу в умовах підвищеної небезпеки і перевантаження; запровадження сучасних інформаційних технологій; поліпшення організації роботи щодо запобігання захворювань на інфекційні хвороби; покращення якості профілактичних оглядів для виявлення хворих на злоякісні новоутворення у початковій формі, туберкульоз, серцево-судинні захворювання та інші соціально-небезпечні захворювання та ін.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ахламов Авраменко Н. В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні : автореф. дис. д-ра держ. упр. : 25.00.02. Запоріжжя, 2011. 39 с.
2. Ахламов А.Г., Кусик Н.Л. Економіка та фінансування охорони здоров'я : навч.-метод. посіб. Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2011. 134 с.
3. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я : навч. посібник. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 640 с.
4. Бобровська О., Хажило І. Розвиток управління сферою здоров'я в Україні на корпоративних засадах. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2010. №4. С. 25-28.
5. Бюджетний кодекс України № 50-51 2010 року : веб-сайт. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#Text> (дата звернення: 12.11.2021).
6. Вороненко Ю.В. Фінансовий менеджмент з основами економіки охорони здоров'я: навчально-методичний посібник /Ю.В. Вороненко, В.М. Пащенко. К. : Міжрегіональний видавничий центр „Медінформ”, 2011. 499 с.
7. Гаєвська Л. А., Васюк Н. О., Ушакова О. І. Зарубіжний досвід підготовки керівних кадрів-лідерів – виклики для публічної політики у сфері охорони здоров'я в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. № 7. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1701> (дата звернення: 20.11.2021).
8. Голяченко О.М. Реформа охорони здоров'я в Україні. Тернопіль : Лілея, 2006. 160с.
9. Гречуха І.А. Особливості роботи над професійно-орієнтованими завданнями з курсу «Основи психологічного тренінгу // Професійно-орієнтовані завдання з психології: Навчальний посібник. / За ред. О.Л.Музики. – 3-тє вид., перероб. і доп. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І.Франка, 2010. С. 319-346

10. Григорович В. Р. Удосконалення управлінських механізмів державної підтримки системи охорони здоров'я в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2010. № 2. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2010_2_13 (дата звернення: 1.12.2021)
11. Державне управління : курс лекцій / В. Д. Бакуменко, Д. І. Дзвінчук, О. С. Поважний. Івано-Франківськ : Місто НВ, 2011. 536 с.
12. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.-наук. вид. / авт. кол. : М. М. Білинська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова та ін. ; за заг. ред. проф. М. М. Білинської. К. ; Львів : НАДУ, 2012. 240 с.
13. Долбнєва Д. В. Необхідність та основні напрямки вдосконалення порядку формування та використання ресурсного потенціалу охорони здоров'я в Україні / Д. В. Долбнєва, С. М. Гончарук. *Проблеми економіки*. 2016. № 3. С. 46-52. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pekon_2016_3_7 (дата звернення: 14.11.2021)
14. Ефективність охорони здоров'я. Визначення ефективності в охороні здоров'я : веб-сайт. URL: <http://medbib.in.ua/> (дата звернення: 16.11.2020)
15. Зеркин Д.П., Игнатов В.Г. Основы теории государственного управления: Курс лекций. 2-е изд. , доп. и перераб. М. ; Ростов н/Д: МарТ, 2005. 512 с.
16. Зміни до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» № 1977 від 31.10.2018 : веб-сайт. URL: https://moz.gov.ua/uploads/1/8293-dn_20181031_1977_dod.pdf (дата звернення: 25.11.2021)
17. Інформація про виконання міського бюджету за 2018 рік по управлінню охорони здоров'я Міської ради міста Кропивницького, як головного розпорядника коштів : Офіційний сайт Управління охорони здоров'я Міської ради міста Кропивницького. URL: <http://www.kr-rada.gov.ua/site/uploads/files/Vyconavchi%20organy/Upravlinnya-ohoroni-zdoroviya> (дата звернення: 02.12.2021)

18. Карамишев Д. В. Управління системою охорони здоров'я у контексті стратегічного управління організацією. *Університетські наукові записки*. 2005. № 3. С. 330-333. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Unzap_2005_3_62____(дата звернення: 10.10.2021)
19. Карамишев Д.В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузовий підхід до реформування системи охорони здоров'я (державно-управлінські аспекти) : Монографія. Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2004. 304 с.
20. Карамишев Д.В., Удовиченко Н.М. Сутність розуміння ефективності управління системою охорони здоров'я в сучасних умовах. *Наукові записки, вип.19*, 2016. 29 с. URL: <http://www.kbuapa.kharkov.ua/e-book/db/2008-1/doc/2/03.pdf> (дата звернення 28.11.2021).
21. Конституція України від 28 червня 1996 року : офіційне інтернет-представництво Президента України. URL: <https://www.president.gov.ua/ua/documents/constitution/konstituciya-ukrayini-rozdil-ii> (дата звернення 05.12.2021).
22. Корнійчук О.П. Трансформація системи охорони здоров'я України: стан та перспективи. *Український медичний часопис*. 2013 № (4)96-VII/VIII. URL: <http://m.umj.com.ua/article/63259/transformatya-sistemi-oxoroni> (дата звернення 03.10.2021).
23. Короленко В.В., Юрочко Т.П. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції. К., 2018. 96 с. URL: http://ekmair.ukma.edu.ua/bitstream/handle/123456789/15804/Korolenko_Kadrova_polityka_u_sferi_okhorony_zdorovia_Ukrainy_v_konteksti_yevropeiskoi.pdf?sequence=1&isAllowed=y (дата звернення 13.12.2021).
24. Куцак Ю. Г. Фінансування охорони здоров'я та медичне страхування в Україні. URL: <http://www.rusnauka.com/Medecine>_(дата звернення 28.11.2021).
25. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я : український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. К., 2009. 50 с.
26. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Борвінко Е. В. Яким повинен бути сучасний управлінець у сфері охорони здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. 2016.

№ 4(1). С. 139-145. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2016_4%281%29__26
(дата звернення: 23.11.2021)

27. Лехан В.М. Управління змінами в системі охорони здоров'я України: історія та уроки пілотних регіонів: навчальний посібник / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, В. В. Волчек. Дніпропетровськ, 2016. 53 с.

28. Липчанський В.О., Медяник Д.І. Особливості ефективності управління закладами охорони здоров'я. *Наукові записки: Вісник Кіровоградського національного технічного університету*. 2016. №19. С. 23-28. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/55297197.pdf> (дата звернення: 01.12.2021)

29. Мельниченко О.А., Удовиченко Н.М. Методи та засоби публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я. *Вісник Національного університету цивільного захисту України. (Серія "Державне управління")*. №1.2018. С. 154–162.

30. Мінцер О. П. Основні вимоги до структури типових медичних інформаційних систем в управлінні охороною здоров'я / О. П. Мінцер, М. В. Банчук, І. А. Ярменчук, С. О. Дяченко // *Медична інформатика та інженерія*. 2011. № 2. С. 34-35.

31. Назарко С. О. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. 2020. № 1. – URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=7574> (дата звернення: 27.11.2021)

32. Національна служба здоров'я України : Єдиний веб-портал органів виконавчої влади України. URL: <https://nszu.gov.ua/> (дата звернення: 15.11.2021)

33. Орлова Н. М. Корецький І. В. Основні напрями удосконалення управління регіональними системами охорони здоров'я. *Архів клінічної медицини*. 2013. № 2. С. 80-82. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/akm_2013_2_26
(дата звернення: 12.12.2021)

34. Орлова Н.М. Регіональна система охорони здоров'я: концептуальні підходи до формування її сучасної політики/ Н.М.Орлова. К. , 2010. 184 с.

35. Основи законодавства України про охорону здоров'я: закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-XII. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення 06.11.2021).

36. Пак С. Солоненко І. Розвиток організаційно-правових засад державного управління охороною громадського здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні. *Вісн. НАДУ*. 2011. № 1. С. 243–256.

37. Пак С.Я. Внутрішньоорганізаційна структура державного управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні: сучасний стан та перспективи. URL: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej13/txts/Pak.pdf> (дата звернення 09.12.2021).

38. Положення про Міністерство охорони здоров'я України № 267 від 25 березня 2015 р. : Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: https://moz.gov.ua/polozhennja-pro-ministriv_ (дата звернення 17.10.2021).

39. Про місцеве самоврядування в Україні : Закон України від 21 трав. 1997 р. // Відом. Верхов. Ради України. 1997. № 24. С. 170.

40. Про місцеві державні адміністрації : Закон України № 20-21 від 1 липня 1999 року// *Відом. Верховної Ради України*. 1999. № 20/21. С. 190.

41. Регіональні аспекти стану здоров'я, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я України за даними оперативного моніторингу / В. Л. Весельський, Н. В. Медведовська, Т. К. Кульчицька [та ін.] *Здоров'я населення та його перспективи*. №1. 2007. С. 25-31.

42. Розвиток державного управління реформуванням охорони здоров'я в Україні на регіональному рівні: стан, проблеми, перспективи : метод. рек. / авт. кол. : Т. П. Авраменко, Л. І. Жаліло, О. І. Мартинюк та ін. К. : НАДУ, 2013. 48 с.

43. Рудий С. А., Гук А.П. Порівняння структурних елементів управління систем охорони здоров'я окремих країн Європи та України. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2016. № 2. С. 89-99. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/eprozd_2016_2_14 (дата звернення 21.10.2021).

44. Сенюта І. Права людини у сфері охорони здоров'я: практичний посібник. URL: <http://medicallaw.org.ua/vydavnytstvo/praktychnyi-posibnyk-prava-liudyny-u-sferi-okhorony-zdorovia/5-zagalna-karakteristika-pravovoji-sistemi-i-sistemi-okhoroni-zdorovja-ukrajini/54-sistema-okhoroni-zdorovja-zagalnii-ogljad/> (дата звернення 14.11.2021).

45. Середа В. В., Кісіль З. Р., Кісіль Р.В. Адміністративне право: навчальний посібник Львів : ЛьВДУВС, 2014. 520 с

46. Слабкий Г. О., Пархоменко Г. Я., Астахова Н. Ю. Здоров'я 2020 – нова європейська політика і стратегія в інтересах здоров'я населення. *«Вісник проблем біології і медицини»*. 2014. Випуск 3, Том 1 (110), С. 16-20. URL: <https://vpbm.com.ua/ua/vpbm-2014-03-1/6408> (дата звернення 30.10.2020).

47. Солоненко І. М. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я : монографія. К. : Фенікс, 2008. 276 с.

48. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я : методичні розробки для викладачів до проведення практичного заняття на тему «Система охорони здоров'я в Україні, принципи організації медико-санітарної допомоги населенню. Види лікувально-профілактичного забезпечення та номенклатура закладів охорони здоров'я» для підготовки студентів 5-х курсів за спеціальностями 7.12010001 «Лікувальна справа», 7.12010002, «Педіатрія», 7.12010003 «Медико-профілактична справа» / укл. В.А. Огнєв, А.А. Подпрядова. Харків : ХНМУ, 2017. 24 с.

49. Слабкий Г.О., Погоріляк Р.Ю. Сучасна система підготовки керівників в сфері охорони здоров'я України : методичні рекомендації. Київ, 2019. 46 с. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/24517/1/.pdf> (дата звернення 15.10.2021).

50. Управління охороною здоров'я територіальної громади : монографія / авт. кол : І. В. Рожкова, Л. І. Жаліло, Ю. В. Давидова та ін. ; за ред. В. М. Вакуленка, М. К. Орлатого. К. : НАДУ, 2009. 152 с.

51. Фертюк О. В. Соціальні основи ефективності державного управління національною економікою. *Вісн. Нац. ун-ту «Львів. Політехніка»*. 2008. № 628.

С. 682-686. URL: <http://ena.lp.edu.ua:8080/bitstream/ntb/1399/1/110.pdf> (дата звернення 10.10.2021).

52. Філософський словник соціальних термінів. Х. : Р.И.Ф., 2005. 672 с.

53. Харковлюк-Балакіна Н., Горго Ю., Медвидчук К. Імплементація моніторингових технологій контролю стану здоров'я пацієнтів для населення територіальних громад. *Біомедична інженерія і технологія*. 2020. № 4. URL: <http://biomedtech.kpi.ua/article/view/221856>. (дата звернення 25.11.2021).

54. Чернишов В. В. Класифікації та властивості систем в економіці. *Інноваційна економіка* : Всеукраїнський науково-виробничий журнал. 2012. № 12. С. 296-297 (дата звернення 20.09.2021).

55. Шипко А. Ф. Упровадження здоров'язберігаючих технологій в практику діяльності органів виконавчої влади та місцевого самоврядування. Актуал. пробл. держ. упр : зб. наук. пр. Д.: ДРІДУ НАДУ. 2008. № 4 (34). С. 56-62.

56. Шипко А.Ф. Модернізація функцій органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я населення: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.04. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України, Дніпропетр. регіон. ін-т держ. упр. Д., 2010. 20 с.