

Центральноукраїнський національний технічний університет
Економічний факультет
Кафедра „Економіка, менеджмент та комерційна діяльність”

Допущена до захисту:

Зав. кафедри економіки,
менеджменту та комерційної
діяльності
к.е.н., доц.

_____ Тетяна РЯБОВОЛИК
„03” січня 2024 р.

(протокол засідання кафедри ЕМ та КД
№10 від „03” січня 2024 р.)

Кваліфікаційна робота за другим (магістерським) рівнем вищої освіти

на тему: «Удосконалення системи управління закладом охорони здоров'я»

Виконала: здобувачка вищої освіти II курсу,
магістратури, групи ПА-22МЗ
спеціальності 281 «Публічне управління та
адміністрування»

ОПП Публічне управління та
адміністрування»

_____ Ольга КРАВЕЦЬ

Керівник: к.е.н., доц.

_____ Тетяна НЕМЧЕНКО

Рецензент: _____

м. Кропивницький – 2024 рік

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ ЗАКЛАДАМИ	7
1.1. Сутність управління медичними закладами в Україні	7
1.2. Основні засади функціонування системи управління медичними закладами	12
1.3. Управлінський потенціал закладів охорони здоров'я як передумова забезпечення ефективності організації їх менеджменту	28
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЙНА ХАРАКТЕРИСТИКА КНП «ОЛЕКСАНДРІЙСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ»	35
2.1. Загальна характеристика медичної установи	35
2.2. Організаційна структура КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня»	39
2.3. Господарський аналіз діяльності КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня»	47
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ МЕНЕДЖМЕНТУ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ПРИКЛАДІ КНП «ОЛЕКСАНДРІЙСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ»	59
3.1. Механізм удосконалення якості надання медичних послуг	59
3.2. Впровадження концепції lean-менеджменту в діяльність КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня»	68
ВИСНОВКИ	82
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	85
ДОДАТКИ	91

ВСТУП

Дослідження організації системи менеджменту закладів здоров'я, зауважимо, що ще протягом недавнього часу в ній користувалися переважно методами, що носили адміністративний характер, які у поєднанні з системою тогочасного фінансування стали основною причиною переважно екстенсивного функціонування медичних установ. Розвиток ринкової економіки довів неефективність даного шляху діяльності для організацій цієї галузі, втратив весь свій потенціал. Було визнано неспроможність використання, за незмінної ситуації, у повній мірі економічних інструментів, стимулів та важелів, не здатність конкурувати на ринку медичної галузі із приватними закладами, враховуючи потребу організації надання послуг за новітніми методиками, підвищення їх якості, розширення спектру альтернативних форм медичного обслуговування, що в загальному підсумку сформувало підґрунтя для підсилення дисбалансу, зростання втрат медичних організацій від економічної, соціальної діяльності, що супроводжує процес надання медичної допомоги. З цього наростає потреба до зміни формату функціонування медичної галузі, що було здійснене під час реформування, та передбачає залучення в практичну діяльність закладів охорони здоров'я нових підходів до організації процесів менеджменту.

Відповідно, приходимо до висновку, що наразі актуальною є проблема дослідження удосконалення процесу управління медичними закладами у світлі адаптації до реалій змін зовнішнього середовища та проведеної медичної реформи.

Дане питання піднімалося у працях багатьох вчених та фахівців з управління, серед яких варто виділити: Баєва О., Чебан В., Буняк Н., Ващук Т., Парій А., Вежновець Т., Журавель В., Іванчов П., Іванюк А., Рогачевський О., Самойлик Ю., Толстанов О. та ін.

Проте, зауважимо, що динаміка змін, які відбуваються в оточуючому середовищі, посилена впливом факторів, викликаних військовими діями на

території України, зміна підходів до управління закладами охорони здоров'я та в цілому в економічній системі, вимагають проведення аналізу означеної тематики в нашому дослідженні, зокрема із акцентом на посилення ефективності операційних управлінських процесів, обумовило актуальність даної роботи.

Метою написання кваліфікаційної роботи є систематизація та узагальнення теоретичних та практичних доробок вчених з питань особливостей організації системи управління медичними закладами, дослідження практичних аспектів функціонування медичної установи та формулювання пропозицій, щодо їх удосконалення, виходячи із проведеного аналізу та вивчення успішного досвіду функціонування аналогічних установ.

Виходячи із означеної мети, подальшими завданнями виконання кваліфікаційної роботи стали:

- теоретичне дослідження організації системи управління медичними закладами;
- аналіз діючої практики менеджменту медичної установи у досліджуваному закладі охорони здоров'я;
- розробка практичних поліпшення стану менеджменту медичної установи, спираючись на концепцію удосконалення якості медичного обслуговування.

Об'єктом в кваліфікаційній роботі виступає процес управління медичним закладом КНП «Олександрійська центральна районна лікарня Олександрійської міської ради».

Предметом розгляду в кваліфікаційній роботі є теоретичні та практичні основи організації системи менеджменту закладів охорони здоров'я.

Виконання кваліфікаційного дослідження проводилося із залученням інформації, отриманої з навчальної літератури, періодичних фахових видань, фінансової та управлінської документації КНП «Олександрійська центральна районна лікарня Олександрійської міської ради» та ін.

В кваліфікаційній роботі активно використовувались бібліографічний, теоретичний, статистичний, аналітичний методи, методи узагальнення та систематизації, а також моделювання.

Наукова новизна в означеній кваліфікаційній роботі полягає у розробці механізму удосконалення якості надання медичних послуг, виходячи із потреб населення та вимог конкурентного ринку.

Практична значущість роботи полягає у формуванні концепції впровадження підходу lean-менеджменту в діяльність медичного закладу, що дозволяє наростити ефективність застосовуваних управлінських та виробничих процесів .

Апробація результатів кваліфікаційної роботи була проведена під час під час VI Міжнародної науково-практичної конференції «Конкурентоспроможна модель інноваційного розвитку економіки України», 7-8 грудня 2023 року, а також, за його результатами, опубліковано матеріали у збірнику тез.

Кваліфікаційна робота містить, відповідно до вимог, вступ, три розділи та висновки, список літератури і додатки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ ЗАКЛАДАМИ

1.1. Сутність управління медичними закладами в Україні

Наприкінці 2016 року в Україні було розпочато медичну реформу, про початок якої засвідчило ухвалення Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» № 1013-р від 30 листопада 2016 року [21]. У якості базису реформування української системи охорони здоров'я було використано накопичений світовий досвід та рекомендації ВООЗ.

Реформа, про яку йде мова, основана на кардинально якісному перебудуванні усіх функцій медичної системи, тобто говоримо про впровадження змін в безпосередньому менеджменті даної системи, в ресурсному забезпеченні, фінансуванні, а також у власне процедурі надання медичних послуг. При цьому, основою ефективності та успіху запланованих змін виступає сам управлінський потенціал менеджерів в сфері охорони здоров'я, насамперед, керівників закладів охорони здоров'я, позаяк сучасна медична система не в змозі функціонувати без керівника та його управлінського таланту, оскільки означена медична реформа у повній мірі залежить від дій управлінців, які за рахунок безпосереднього або опосередкованого впливу або сприяють, або стримують розвиток галузі.

На сьогодні, через сім років після початку проведення реформи, ми бачимо, що відбулося суттєве підвищення кваліфікації управлінських кадрів, які виступають основою розвитку механізму галузі в охороні здоров'я. Так, більшість керівників пройшли низку освітніх удосконалень для опанування класичними та інноваційними методами управління в сфері охорони здоров'я.

Розглядаючи специфіку системи охорони здоров'я, маємо зауважити, що наразі вона здійснюється на основі принципу вертикального

підпорядкування, де найвищим органом є Верховна Рада, до компетенції якої належить забезпечення законодавчого супроводу в сфері охорони здоров'я та її функціонування, а головним центральним органом виконавчої гілки влади виступає Міністерство Охорони Здоров'я України, яке формує та відповідає за безпосередню реалізацію державної політики в галузі медицини та інших заходів, пов'язаних із означеною сферою. При цьому, вся медична допомога надається на трьох рівнях: первинному, спеціалізованому вторинному та третинному, що є вже високоспеціалізованим [18].

Розглядаючи організацію медичної допомоги на місцевому рівні, зауважимо, що в областях функціонують департаменти та управління в сфері охорони здоров'я, які забезпечують планування та організацію, а також поточний контроль всіх закладів охорони здоров'я, які є державними або муніципальними. Окрім цього, функціонують і заклади приватного штибу, що надають медичну допомогу або первинного, або первинного та вторинного рівнів [18].

Загалом, до системи закладів охорони здоров'я належать і санаторно-курортні, і санітарно-профілактичні, і фізкультурно-оздоровчі, і наукові заклади в сфері медицини [18].

Процедури контролю та моніторингу здійснюються державними органами влади, насамперед, районними та обласними адміністраціями, а також безпосередньо Міністерством охорони здоров'я для забезпечення високого рівня якості медичної допомоги, що реалізовано із використанням процедур ліцензування медичних закладів, сертифікації медичних працівників, розробкою відповідних протоколів лікування та проведенням процедури безпосередньої акредитації закладів охорони здоров'я без розподілу їх на приватні та державні за висунутими до них вимогами [28].

Окрім цього, функціонує багато дорадчих та консультативних органів, сформовано наукові, кваліфікаційні та науково-кваліфікаційні комісії в складі Міністерства охорони здоров'я, що підсилені діяльністю багатьох

наукових установ, що здійснюють дослідження в галузі охорони здоров'я та надання медичної допомоги високої кваліфікації [13].

Загалом, розглядаючи процес управління в галузі охорони здоров'я, маємо зауважити, що його сутнісні характеристики у повній мірі залежать від тої моделі організації охорони здоров'я, яка сформувалася в країні. Станом на сьогодні, у світі успішно функціонує всього чотири моделі організації охорони здоров'я: модель Бісмарка, модель Семашка, модель приватного фінансування охорони здоров'я та модель Беверіджа [1,2].

Таблиця 1.1.

Характеристика сформованих моделей організації системи медицини

Назва моделі	Переваги моделі	Недоліки моделі	Країни
1	2	3	4
Модель переваги споживачів (приватна система охорони здоров'я)	- усі суб'єкти у такій моделі (страхові компанії, надавачі та споживачі медичних послуг) взаємодіють між собою як вільні суб'єкти ринку; -різні страхові компанії мають різні переліки оплачуваних послуг для різних категорій застрахованих	- приватне страхування – це ненадійний вид страхування, який суперечить системі соціальної солідарності; -страхові внески кожної окремої людини коригуються на фактор ризику; що відображає стан її здоров'я.	США
Модель Бісмарка (німецька або континентальна модель)	- принцип солідарної оплати медичної допомоги; -доступність медичної допомоги для всього населенні країни.	- великий адміністративний апарат; - складна система розрахунків з лікувально-профілактичними закладами; - високі витрати на утримання страхової інфраструктури	Австрія, Бельгія, Франція, Німеччина, Нідерланди, Швейцарія, Ізраїль

Продовження табл. 1.1.

1	2	3	4
Модель Беверіджа (універсалістська або державна модель)	-доступність медичної допомоги для всього населення країни; - відносно проста технологій фінансування лікувально-профілактичних закладів, - відносна проста система оплати праці в галузі.	відсутність ринкових стимулів економічної ефективності; -слабка мотивація підвищення якості надання медичних послуг; - необхідність значних фінансових ресурсів з державного бюджету- на розвиток галузі охорони здоров'я.	Скандинавські країни. Ірландія і Велика Британія, країни Південної Європи - Греція. Португалія та Іспанія
Модель Семашка (державна модель)	- ефективна при надзвичайних ситуаціях (війни, епідемії); - забезпечення всіх верств населення всіма або основними видами медичної допомоги; - високий коефіцієнт діяльності системи охорони здоров'я до затрачених коштів.	- низькі показники розвитку медичної допомоги, - відсутність мотивації щодо якості надання медичної допомоги; - низький рівень заробітної платні медичних працівників.	Країни Центральної та Східної Європи

Джерело: [1,2]

Модель Бісмарка, або ще її називають німецькою або ж континентальною моделлю, виступає система організації охорони здоров'я, яка має соціальну орієнтацію, згідно до якої лікарі є вільними суб'єктами, що формують пропозицію медичних послуг на ринку охорони здоров'я. Держава вимагає від працедавців приймати участь в оплаті медичних послуг своїх

працівників за допомогою використання лікарняних кас. При цьому, роботодавцями оплачується лише певна частина вартості медичних послуг, які були надані працівникам, решта ж вартості сплачується самими працівниками [1,2].

Під приватною системою охорони здоров'я, яку ще в науковій літературі називають моделлю переваги споживачів, розуміють таку організацію медичної системи, яка є децентралізованою із високоорганізованою інфраструктурою страхових організацій, а також відсутністю впливу держави на регулювання медичної сфери [1,2].

Універсалістська модель широко відома як модель Беверіджа - це організація медичної галузі, що базується на дотуванні фінансовими ресурсами з державного бюджету та має суттєві обмеження щодо розгортання ринкових відносин між лікарями та пацієнтами. При цьому надання послуг з охорони здоров'я гарантовані на державному рівні для усіх громадян, незалежно від їх майнового та соціального статусу [1,2].

Модель Семашка ґрунтується на державно-адміністративній системі охорони здоров'я, що передбачає формування централізованого бюджету в медичній галузі, забезпеченні медичних організацій матеріально-технічними та медикаментозними засобами на основі здійснення держзамовлення та їх постачання за цінами, що є попередньо визначеними, розгортання мережі медичних закладів на основі розроблених державних нормативів із визначеними попередньо штатами медичних співробітників, ресурсами та фондом заробітної плати. Фінансування в такій системі медичних закладів здійснюється лише за рахунок державного бюджету, що не має залежності від фінансових надходжень з регіонів, іншими словами функціонує система єдиного замовника медичних послуг, в ролі якого виступає держава [1,2].

1.2. Основні засади функціонування системи управління медичними закладами

Організації в медичній сфері за своєю сутністю є складними соціальними системами, а переважна більшість із них має статус комунальних некомерційних підприємств, що передбачає самостійність в процесі визначення організаційної структури, встановлені штатного розпису та визначені кількості персоналу [3].

В цих умовах проблема менеджменту медичних закладів полягає в тому, яким чином варто використовувати переваги внутрішньої організаційної структури, застосованих методик нарощення продуктивності трудової діяльності, її стимулювання для того, щоб забезпечити максимальну ефективність медичної організації для подальшого досягнення стратегічних цілей. В даному ключі, сутнісної вагомості набирає застосування системного підходу до менеджменту медичних закладів, незважаючи на те, що кожен відділ, вид діяльності чи функція управління в медичній сфері має власні унікальні вимоги, що обумовлює їх специфічність, проте взаємозалежність їх дозволяє уніфікувати підходи до управління. В цьому ключі зауважимо, що в медичній сфері кожен із функціональних наборів або ж типів діяльності, як правило, входить до складу іншого структурного елементу, або, навіть, виступає у якості зовнішнього середовища впливу [8,14].

Досліджуючи механізм функціонування системи управління медичними закладами, варто зазначити, що його не можна охарактеризувати достатньо точно, позаяк кожен окремо визначений заклад має свою специфіку та відмінності в процесі функціонування. Водночас, ми можемо говорити про існування ряду обґрунтованих та вивірених практичним досвідом рекомендацій стосовно дотримання певних принципів, протягом визначення і формування завдань щодо функціонування обраного механізму з окресленням для нього критеріїв та функцій досягнення кінцевого результату. Тож, узагальнюючи науковообґрунтований добір інструментів

стосовно забезпечення функціонування механізму управління медичними закладами, зауважимо, що основною його ціллю незалежно від форми власності, чи то приватної, чи то державної або нетрадиційної, є збереження і укріплення здоров'я населення [31].

Аналіз сучасних теоретичних доробків з питань формування концепцій менеджменту показав, що механізми та інструментальні засоби виступають у якості скомбінованих засобів та методів менеджменту, які взаємопов'язані між собою для досягнення спільної мети. Вже власне після формулювання кінцевого призначення механізмів відбувається конкретизація та визначення цільової спрямованості управлінських дій. Маємо зауважити, що основною проблемою формування системного механізму в медицині виступає те, що за своєю сутністю вона являє собою суб'єктну структуру, що містить у своєму складі як державні, так і приватні заклади охорони здоров'я. Відповідно, напрям організації менеджменту в державній та приватній медичній сфері визначається особливостями побудови системи державного управління в галузі охорони здоров'я, а також визначенням особливостей сутнісного змісту завдань менеджменту в кожному конкретному закладі [19].

Виходячи з зазначеного, зауважимо, що дослідження рівня ефективності системи менеджменту знаходиться у площині конкретизації визначення категорії механізм управління, а також окреслення кола показників, які виконуватимуть завдання виміру та оцінювання практичної результативності обраної системи менеджменту. Вагоме значення процедури такого оцінювання виходить з того, що механізми, які були обрані для реалізації в тому чи іншому закладі, забезпечують приведення в дію конкретних управлінських рішень, що в свою чергу визначають вибір тих чи інших засобів організації безпосередньої роботи. Вибіркові компоненти, що входять до складу системного механізму для визначення подальшого їх рівня ефективності, вимагають певного формалізування кінцевих цілей, завдань та принципів. Тож, уточнення орієнтирів для підбору кола використовуваних інструментів розглядаються через призму їх ув'язки із кінцевими цілями

менеджменту для конкретного медичного закладу та його розробленої стратегії розвитку [23].

Безпосередній внутрішній механізм управління функціонуванням медичними закладами, як в принципі і в більшості інших сфер господарської діяльності, можна розглядати у якості системи взаємопов'язаних та спрямованих на досягнення конкретної цілі комунікацій між суб'єктами менеджменту. Спираючись на специфіку функціонування медичних закладів та соціальне спрямування їхньої діяльності, зауважимо, що сутнісне наповнення механізмів управління закладами даної сфери спрямоване на досягнення особливої системи цілей. Це виражається в тому, що кінцевий результат функціонування такого роду організацій не містить кінцевого спрямування виключно на формування прибутку навіть для приватних комерційних закладів. В основі функціонування системи менеджменту медичних установ лежать базові підвалини державного регулювання галузі охорони здоров'я, що спираються на сукупність законів, регламентних процедур, правил, які напрямую визначають рамки повноважень керівників медичних закладів та визначають змістовність прийняття управлінських рішень. Відповідно, до наведеного типова схема механізму менеджменту медичних установ приведено на рис. 3.1. [25].

Як ми бачимо, узагальнений механізм менеджменту медичних установ в своєму складі має дві взаємопов'язані системи: функціональну і забезпечувальну. Перша, за своєю сутністю, спрямована на процес регулювання, позаяк медичне обслуговування вимагає попереднього обов'язкового ліцензування, а забезпечення функціонування технологічної її компоненти визначається застосуванням обов'язкових уніфікованих клінічних протоколів стосовно медичного обслуговування. Приходимо до висновку, що узагальнена структура, діючих на сьогодні механізмів державного регулювання медичної сфери, відповідає, так званому, складному типу системного менеджменту. Важливо підкреслити, що нагальні потреби сучасної медичної практики вимагають впровадження новітнього стибу

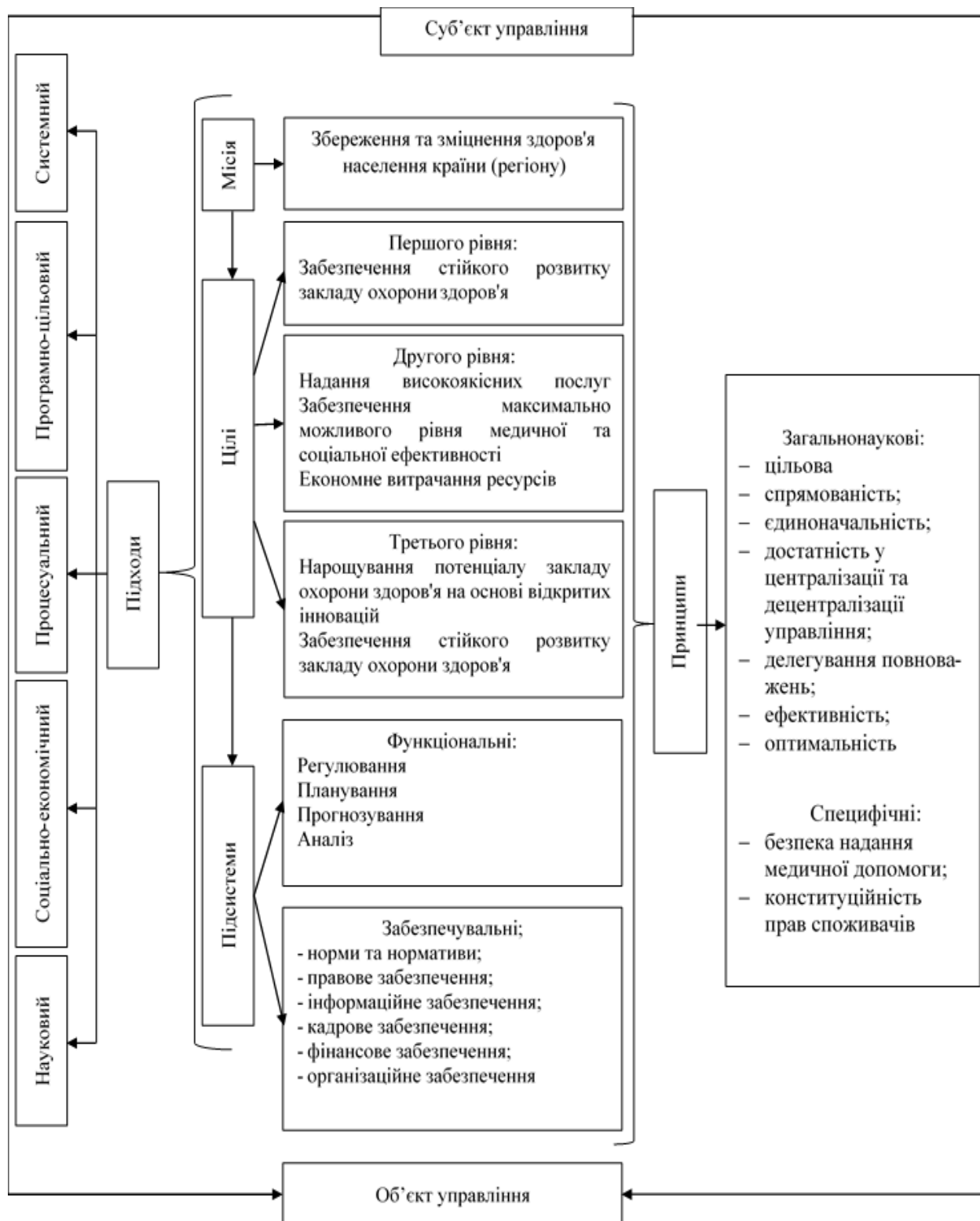


Рис. 1.1. Система управління закладами охорони здоров'я

Джерело: [25]

типів загального державного управління в медичній сфері, зокрема її економічної ефективності, нарощення якості та забезпечення при цьому всьому доступності медичного обслуговування [25].

Відповідно, аналізуючи наукові джерела зауважимо, що власне державна система управління сферою медицини є досить складною, тож виникає потреба застосування під час її вивчення системного підходу, що дозволить у повній мірі охарактеризувати її об'єкти, суб'єкти, механізми та фактори, що чинять на неї вплив. Власне, системний підхід виступає необхідною передумовою для окреслення концептуальних принципів вибудовування системи адаптивного управління для медичних організацій державної та приватної форми управління. Тож, в загальному, механізм державного регулювання медицини варто розглядати через призму розмежування власне державного управління та форм його безпосереднього втілення в межах суб'єктно-об'єктних комунікацій. Власне, їх пріоритети, а також паритети є підґрунтям для окреслення головних складових компонентів загальнодержавного механізму, а також конкретного внутрішнього механізму організації менеджменту медичних закладів, структуру якого подано нами на рис. 1.1. [40].

Маємо зауважити, що приведені складові елементи вимагають подальшого розроблення та деталізації механізмів менеджменту, які будуть уже практично орієнтованими, а також міститимуть перелік конкретних критеріїв подальшої оцінки їх функціональності, відповідності реальним умовам соціальної та економічної ситуації в країні і подальшої ефективності. Зауважимо, що з точки зору внутрішньогосподарського менеджменту, варто в подальшому розробити нові форми впливу державного менеджменту для удосконалення існуючих механізмів. Насамперед, воно має бути здійснене, з урахуванням наступних функцій державного управління [4]:

- державний менеджмент закладів в сфері медицини за своєю сутністю одночасно виступає і механізмом, і формою реалізації інтересів суспільства;

- законодавчий базис та сформований державний механізм прямо впливають на організацію та управління будь-якого окремо взятого закладу медицини;

- у якості об'єктів державного менеджменту в сфері медицини виступають сформовані відносини в суспільстві, а також відносини, які склалися в самій організаційній системі, тобто взаємозв'язки між медичними закладами та державними органами.

Із зазначеного робимо висновок, що установи у сфері охорони здоров'я володіють неповторністю та унікальністю, або як мінімум можна вважати їх відмінними від інших видів організацій, позаяк для них ускладнено визначення та обчислення результатів безпосередньої діяльності. На додачу до цього, зауважимо і про специфічність виконуваної трудової діяльності, яка є за своєю природою є різновекторною, має різну складність, характеризується в переважній більшості терміновістю та невідкладністю, не має можливості здійснення помилок та не є терпимою до невизначеності. Окрім цього, функціонування медичних закладів тісно пов'язане з іншими видами діяльності, позаяк вимагає високого рівня координування дій різних професійних груп і високого рівня їх спеціалізації.

Зауважимо й те, що фахівці в сфері охорони здоров'я надзвичайно піклуються про особистісну репутацію та імідж, є відданими медичній професії, а власне забезпечення інтересів медичної установи є для них вторинними.

Приведене дає змогу зробити висновок, що сучасний менеджер медичної установи повинен опанувати новітні методики організації праці та менеджменту, ґрунтуючись на тих, що дають можливість освоїти управління медичним ринком чи мережею надання медичних послуг, що є за своєю сутністю пацієнтоорієнтованими, а також здійснювати активний менеджмент удосконалення якості трудової діяльності та обслуговування населення, нарощення ефективності загального процесу надання медичних послуг, орієнтуючись на ситуацію що складається поза межами організації,

здійснювати фінансовий менеджмент з орієнтацією на забезпечення ефективності функціонування медичної установи [26].

Додатковий тягар та невизначеність в процесі здійснення менеджменту медичних установ виникає внаслідок того, що перед управлінцями закладів в сфері охорони здоров'я ставиться задача забезпечити виконання основної мети даної організації, що полягає в комбінації досягнення власних цілей організації та збереження суспільного здоров'я [26].

Основоположні зміни, які були закладені під час проведення реформи медичної системи торкалися передусім оновлення системи фінансування, що в першу чергу відобразилося на забезпеченні фінансовими ресурсами первинної ланки. Базисом вимірювання в означеній системі було обрано пацієнта, на якого покладалася відповідальність вибору лікаря для реалізації, так званого принципу «гроші йдуть за пацієнтом». Оформлення зробленого вибору закріплювалася укладанням декларації, яка служила юридичним підтвердженням волевиявлення [14].

Маємо зауважити, що з точки зору укладання документу співпраці між лікарем та пацієнтом варто передусім визначитися з уточненою назвою даного документу: декларація, угода чи договір. Як впливає із досліджень наукової літератури ці документи за своїми функціональним та сутнісним призначенням є різними і варто називати їх згідно із нюансами, які покладені в їх основу. Маємо зауважити, що за своїми характеристиками, будь-який договір виступає в якості угоди, однак угода не є договором. З даної інформації виходить, що у якості угоди можна говорити про акт волевиявлення особи, що має дієздатність та виступає суб'єктом змін або формування в відносинах цивільно-правового характеру. Тобто, в основі поняття угода покладено вільний вибір чи то фізичних, чи то юридичних осіб. Підкреслимо, що угода - це поняття багатогранне, оскільки до її складу може входити багато актів правовідносин, в тому числі, до яких можна віднести і договір, який за своєю природою теж може мати багато варіантів [31].

Під договором можна розуміти угоду, яка укладається між двома або більше фізичними чи то юридичними особами, як правило, письмового характеру, із дотриманням вимог, що викладені в цивільно-правовому законодавстві. Важливо наголосити, що за умови їх порушення сам договір можна визнавати нечинним [45].

Тобто, проходимо до висновку, що власне документ, який підписується між лікарем та хворим за своїми сутнісними ознаками не можна визначити ні договором, ні угодою. Тобто, ми погоджуємося що він є декларативним, тобто таким в якому закріплено базові принципи регулювання в визначеній сфері правових відносин і за своєю сутністю немає прямої юридичної відповідальності.

В нормативних документах Міністерство охорони здоров'я, насамперед, в інструкції, що допомагає заповнити означені декларації, зауважено, що вона носить підтверджуючий намір пацієнта використати свої права у відносинах із медичною установою у відповідності із договором, в якому відображені підвалини щодо надання послуг первинної медичної допомоги, який укладається власне відповідним суб'єктом медичного обслуговування та відповідальним розпорядником коштів бюджету. Окрім цього, декларація засвідчує певний вибір лікаря, який здійснюватиме послуги медичного обслуговування в первинній ланці [26].

Додамо, що на сьогодні до означеного вище процесу додано ще й електронний реєстр, за допомогою якого виключається здатність дублювання пацієнтів або заведення до системи неіснуючих, позаяк використовується система контролю за допомогою мобільних номерів, на які надсилаються коди перевірки. Маємо зауважити, про супроводження даного процесу певними труднощами, що пов'язані із обслуговуванням пацієнтів, які ще не володіють навичками користування мобільними телефонами, насамперед через вікові характеристики, недієздатність або ж недостатній рівень фінансового забезпечення, бідність [31].

На сьогодні вже діє система підписання декларацій, однак до сих пір точаться обговорення стосовно їх удосконалення, що обумовлено наступним. Якщо говорити про якість медицини, то приходимо до висновку, що до того моменту поки не буде призначено остаточний мотиваційний маркер, не може йти мова і про якість процесу підбору медиками власних пацієнтів. Важливість даної тези в даному випадку іде про сутнісну ідею відвідування медичних закладів. Якщо у якості основоположного критерію оплати праці лікарів буде відвідування, то сімейні медики будуть намагатися заключати контракти переважно із хворими пацієнтами, або ж тими, які мають час і бажання відвідувати медичний заклад на регулярній основі. Якщо ж оплата трудової діяльності буде формуватися за принципом кількості декларацій, що підписані медикам, навпаки буде вигідніше заключати їх із потенційно здоровими особами, аніж з хронічно хворими пацієнтами. Тут варто додати і про недосконалість даної системи, що виливається в першу чергу в тому, що лікарі первинної ланки не воліють обслуговувати соціально неблагополучних пацієнтів, зокрема із нарко-, алкозалежностями тощо. Окрім цього, зауважимо, що у якості основних мотиваційних рушіїв буде обрано фінансову вигоду, то медичні працівники не зважатимуть на реальні потреби пацієнтів, а будуть зацікавлені лише у фінансовій винагороді, що в даній сфері може призвести до її деморалізації, позаяк медицина не підтримує принцип «чим більше тим краще» [43].

Відповідаючи на питання стосовно обсягів надання медичних послуг, обов'язків, відповідальності, а також дотримання прав обох сторін, процесу встановлення вартості медичних послуг та врегулювання питання оплати проведення координування означених тем на всіх рівнях медичної діяльності відображаються в укладеній між системою охорони здоров'я та пацієнтом угоді, а також в договорі між лікарем та пацієнтом [27].

Повертаючись до питання якості надання медичної послуг зауважимо, що під ним розуміється найбільш продуктивне та ефективне використання наявних обмежених ресурсів, причому у якості оцінювачів рівня наданих

послуг в даній ситуації виступають не лише безпосередні керівники і власники медичного закладу, а й громадські організації, які теж дотичні до його функціонування. В даному ключі зауважимо, що збереження здоров'я населення, а також забезпечення ефективності функціонування медичної установи, як нами зауважувалося, є тою двоєдиною метою, яка покладена на керівника медичної установи [4].

З цієї точки зору постає питання, які характеристики та компетентності повинен мати власне керівник, щоб вирішити окреслене питання.

Відповідаючи на нього, зауважимо, що проведений процес реформи медичної сфери вбачає на меті формування кращих умов функціонування медичних закладів, що в свою чергу вимагає від очільників медичних установ поєднувати кілька рольових функцій, насамперед, лідера, а також стратега та конструктора. Вагомість кожної із зазначених функцій може мінятися в залежності від ситуації, яка склалася на ринку надання медичних послуг, рівня розвитку конкретної медичної установи, а також визначення її функціонального призначення в загальній системі охорони здоров'я. Відповідно, керівник у якості конструктора має направляти власні зусилля, а також отриманий багаж знань та досвіду на впорядкування організаційної структури медичної установи, залучення в процес надання медичних послуг інновацій, сприяння його оновленню та впровадженню змін, здійснювати при цьому всьому безпосередні виробничі функції, контролювати якість та сприяти її підвищенню, налагоджувати інформаційні системи, а також здійснювати ефективне управління людськими ресурсами, бути готовим виконувати нові функції, які з'являються в колі його обов'язків. Зауважимо, що вказана функціональна роль виступає основоположною для менеджера нової генерації, який має за покладеними на нього обов'язками, відповідно до впровадженої реформи, будувати оновлену медичну систему, основними постулатами якої будуть виступати, насамперед, збереження здоров'я нації, а не його відновлення [16].



Рис. 1.2. Система комунікаційної взаємодії учасників медичного процесу

Джерело: [25]

Повертаючись на рівень функціонування закладів охорони здоров'я, зауважимо, що у відповідності до встановленої реформи власне установи медичного спрямування мають володіти навичками гнучкості та вмінням адаптуватися, здатністю відповідати миттєво на невизначеність та умови оточуючого середовища, що швидко змінюється і, в той же час, взаємодіяти із ним якомога органічніше. Зауважимо, що в медичній реформі ключове місце займає процес оптимізування комунікацій між різними ланками управління, як у вертикальному, так і горизонтальному спрямуванні. При цьому, варто додати, що за умов сьогодення все ще залишається подвійна система підпорядкування медичних закладів: по горизонталі місцевим владним органам, а по вертикалі - вищим галузевим управлінським структурам, що в свою чергу вимагає перегляду та реформування [8].

Ключовим завданням керівника медичної організації є взаємоузгодження та задоволення інтересів організації та її працівників, що

вимагає побудови модернізованих моделей налагодження комунікацій в площині «медичний працівник - організація», перегляду цих взаємозв'язків, стимулювання залучення медичного персоналу до управління організацією. Без їх прямої участі майже неможливо конструктивно вирішити ряд проблем, які пов'язані, насамперед, із управлінням вартістю, нарощенням продуктивності трудової діяльності, удосконаленням якості послуг в медичній сфері, а також ефективного використання наявних ресурсів та розробки стратегічних заходів стосовно планування майбутнього медичних установ. Загалом, медики повинні займати ключову позицію під час вибору та безпосереднього формування політики медичної установи, прийняття управлінських рішень, втіленні стратегічних планів та розподілі наявних ресурсів для їх реалізації. В цій ситуації, зауважимо, що медичне обслуговування на засадах залучення лікарів до процесу управління закладами здоров'я дозволяє забезпечити спільну співпрацю, розподілення ризиків, що, в свою чергу, дозволить забезпечити конкурентоспроможність та закріплення позицій медичного закладу на ринку [31].

Окрім цього, повноваження керівника як головного стратега організації вимагає налагоджувати постійний взаємозв'язок із зовнішнім оточенням для того щоб вчасно виявити та оцінити події, які в перспективі можуть чинити прямий або опосередкований вплив на діяльність медичної установи. В цьому ключі зазначимо, що не варто ігнорувати будь-які сигнали, які надходять із зовнішнього середовища, а навпаки, варто піддавати їх всебічному контролю та аналізу, при цьому переважну увагу варто приділяти тим питанням, які можуть певним чином стосуватися власне або медичної організації або її контрагентів. З цієї позиції варто підкреслити, що стратегічна роль менеджерів в управлінні закладами охорони здоров'я полягає не лише у віднайденні себе та розумінні ситуації, яка складається, але й намагатися впливати на неї. Управляючи закладами охорони здоров'я варто не забувати, що основне їх призначення - це задоволення потреб пацієнтів,

тому власне керівництво медичних установ має тим, чи іншим способом брати участь у розробці та втіленні громадської політики [28].

Маємо зазначити, що попри всі складнощі, які виникають у зовнішньому та внутрішньому оточенні, роль управлінця в якості лідера медичного закладу полягає в активному пошуці перспективних шляхів розвитку його для підтримання іміджу та конкурентоздатності не лише в поточному, а й майбутньому періоді.

Нинішні кризові умови ставлять перед управлінцями медичних закладів необхідність вирішення складних проблем, що в свою чергу вимагають від них опанування низкою здібностей та знань, що є нетиповими для медичних працівників, зокрема, мова йдеться про формування навичок в галузі менеджменту, економіки, маркетингу, юридичній діяльності. На додачу, управлінці в медичній сфері мають володіти інформаційними та технічними компетенціями, ба навіть більше, мати навички використання інструментів психології та уміння вести переговори, регулювати взаємовідносинами в організації, перешкоджати конфліктам [31].

Маємо зауважити, що окрім забезпечення власне організаційних функцій, що покликані забезпечувати функціонування медичних установ, важливого місця в даних умовах набуває ресурсне забезпечення, що в свою чергу виступає базисом створення відповідних умов для трудової діяльності медиків. Ця постулата підтверджується тим, що результат виконання лікарями та середнім медичним персоналом профілактичних та лікувально-діагностичних функцій вимірюється не тільки компетенцією, багажем знань, отриманим практичним досвідом, особистісним відношенням до виконання посадових обов'язків працівниками, а й сформованими належними умовами праці, насамперед рівнем технологічної оснащеності, медичної установи та матеріально-технічним забезпеченням [33].

З цієї точки зору ресурсне забезпечення (до якого прийнято відносити технологічне, матеріально-технічне та інформаційне) в медичних закладах виступає одним із основоположних критеріїв, яке прямо впливає на якість

медичного обслуговування. А відповідно, вагомості набирає завдання медичного закладу з питань налагодження постачання та обслуговування медичного обладнання, устаткування, апаратів, засобів комунікування, збереження та передавання інформаційних даних, своєчасне відновлення інструментів, ліків, розхідних матеріалів та інших медичних виробів, господарчих товарів, інвентаря, тощо [33].

Сучасні умови менеджменту ресурсного забезпечення медичного обслуговування дають змогу підвищити ефективність їх використання, зробити дану систему оптимальною, раціональною, що в свою чергу дає змогу підвищити конкурентоспроможність медичних установ. Маємо зауважити, що система менеджменту ресурсного забезпечення медичного обслуговування в медичних установах, за своєю природою, направлена на підтримання її в належному стані, а також сприяння переведенню її в новий якісний стан.

Погоджуємося із думкою науковців, які зазначають, що власне забезпечення наявності належного ресурсного забезпечення не виступає гарантом забезпечення високоякісних медичних послуг та підтримання стану здоров'я населення, що обслуговуються в даному медичному закладі. Однак, за відсутності необхідного матеріального ресурсу, медичні установи не в спроможі забезпечити якість медичного обслуговування та віддачу усіх складових медичної організації щодо досягнення стратегічних цілей. Тому, приходимо до висновку, що саме наявність та підтримання в належних обсягах потрібної інформаційної та матеріально-технічної бази, що знаходиться у відповідності до вимог медичної науки та співпадає із впровадженими на законодавчому рівні стандартами, уніфікованими клінічними протоколами, виступає основоположною умовою забезпечення якості медичного обслуговування [1, 2, 24].

Зауважимо, що трактування ресурсів у якості активу, що забезпечує сприятливий вхід в безпосередній виробничий процес, який за своєю природою може носити матеріальний або ж нематеріальний характер і є

стрижнем функціонування будь-якої організації, до якого вона має безпосередній доступ і контроль, дає змогу назвати їх ключовим чинником виявлення внутрішніх резервів розвитку при умові налагодження ефективної системи їх використання організацією, що в свою чергу забезпечує задоволення не лише її безпосередніх потреб, але й налагодження суспільного добробуту в цілому [23].

Підсумовуючи зазначимо, що ресурсне забезпечення за своїм функціональним призначенням полягає у вчасному задоволенні потреб, які виникають у медичної установи. При цьому вагомість та безпосередній вплив ресурсів на результати функціонування медичного закладу визначаються тою роллю, яку займає кожний окремий ресурс в досягненні загальних цілей організації, здатності до їх заміни, рівнем еластичності пропозиції кінцевого продукту, в залежності від ціни даного ресурсу, та оцінюється власне вибудованою системою показників, що характеризують їх ефективність застосування під час виробничої діяльності медичної установи.

Здійснюючи загальну класифікацію всіх видів ресурсів, які застосовуються в медичних установах, можемо виділити наступні їх види [15]:

- матеріальні, до яких в медичних організаціях відносять основні засоби та обігові активи;
- технологічні, до яких усталено відносять ті технології, які використовуються в медичній сфері, інноваційні продукти, а також навіть наявність конкурентоздатних ідей та новацій в сфері медицини;
- трудові, що включають сукупність індивідуумів, які виявляють бажання та здатність до трудової діяльності і виступають у якості основоположного складового елементу суспільного відтворення, позаяк саме вони виступають у якості сполучника предметів та засобів праці, що в результаті прикладення трудових зусиль видають конкретний результат;
- фінансові ресурси, до яких відносяться, насамперед, всі грошові кошти, які перебувають у розпорядженні медичної організації;

- інвестиційні, що являють собою сукупність ресурсів (матеріального та нематеріального штибу), які залучаються інвесторами під час організації процесу їх вкладення у власне об'єкти інвестування з подальшою метою отримання або ж прибутку, або соціального ефекту;

- нематеріальні ресурси, під якими розуміють ту частину потенціалу медичної установи, що здатна давати економічну або соціальну вигоду упродовж довгого періоду часу і має нематеріальне підґрунтя формування кінцевого продукту і доходу, до яких, насамперед, відносять об'єкти інтелектуальної промислової власності та інші ресурси, що мають нематеріальне походження;

- просторові ресурси, до яких відносять, в першу чергу, наявність основних засобів, території, приміщення, місце розташування, наявність комунікацій, а також перспектива їх подальшого розширення, близькість до транспортних шляхів з положення, тощо;

- інформаційні ресурси, під якими усталено розуміють ту інформацію, а також доступ до неї, що дає можливість її ефективного використання, подальшого розширення і забезпечення її достовірності;

- часовий ресурс, який, на відміну від вище означених, не є відновлювальним;

- природні ресурси, у якості яких виступають ті компоненти природного середовища, що або безпосередньо застосовуються, або можуть бути в перспективі використані в функціонуванні медичного закладу у якості або засобу праці, або предмету споживання;

- правові, до яких прийнято відносити те законодавчо-нормативне підґрунтя, яке виступає основою функціонування медичних закладів;

- ресурси організаційної структури медичного закладу, що характеризуються виміром, гнучкістю, ієрархічністю керівної системи, способами наділення повноваженнями та відповідальністю, стилем управління.

1.3. Управлінський потенціал закладів охорони здоров'я як передумова забезпечення ефективності організації їх менеджменту

За своєю сутністю галузь охорони здоров'я виступає однією із провідних у області надання послуг, головним призначенням її є здійснення одного із найважливіших соціальних принципів, а саме - забезпечення діяльності щодо збереження та підтримання здоров'я населення шляхом надання йому послуг високої кваліфікації в області медицини.

В умовах сьогодення ефективність медичної галузі значно залежить від якісного рівня її управлінського потенціалу, а також способу його реального застосування.

Маємо зауважити, що власне категорія «управлінський потенціал» за своєю сутністю є багатозначною. А, відповідно, його визначення залежить від рівня, на якому ця категорія вивчається: на рівні особистості, організації, регіону, галузі або ж всього суспільства. Так, на думку вчених [12] дану категорію можна визначити як потенціальну спроможність керівного персоналу, керуючись професіональними властивостями, максимально оптимально використовувати власний професійно-кваліфікаційний та творчий потенціал, а також здатність до організаційної діяльності для забезпечення ефективного і сталого функціонування організації. В цьому контексті варто також звернути увагу, що межах визначення управлінського потенціалу на рівні особистості можна розглядати його як ресурсний базис управлінських можливостей особистості, здатність виконання нею управлінських дій та здійснення діяльності з управління в цілому [6].

Загалом, на думку вчених, управлінський потенціал розділяється на дві категорії: основний, до якого усталено відносять знання, досвід та кваліфікацію управлінців, а також забезпечувальний, під яким розуміють корпоративну культуру, організаційну структуру організації, а також цінності і психологічні здібності управлінців [47].

Вивчаючи дослідження, можемо зауважити, що категорію «управлінський потенціал» зачасту досліджують разом із визначенням термінів «компетентність» і «здатність».

Загалом, термін «компетентність» можна визначити як поєднання знань та вмінь, які є необхідними для здійснення ефективної професійної діяльності, насамперед здатність до аналізу, передбачення можливих наслідків певних дій в професійній діяльності та використання інформації для її ефективного здійснення [25].

З іншої точки зору, компетентність можна трактувати як систему теоретичних, методологічних, а також нормативних положень, знань та вмінь, якими повинна володіти особистість для виконання своїх посадових обов'язків. Загалом, досліджуючи думки вчених в області проблематики компетентності, маємо зауважити, що більша їх частина пов'язує даний термін із конкретною областю діяльності, з певною професією, як в матеріальній, так і духовній галузях. Тобто, приходимо до висновку, що компетентність забезпечує здатність особистості до начасного виконання професійної діяльності [25].

Якщо характеризувати категорію «здатність», то в переважній більшості, вченими вона визначається як потенційна можливість, а також навички, які впливають на якість, швидкість та професійний рівень володіння особистістю певними компетенціями. Наприклад, на думку українських вчених, здатність визначається тим рівнем вмінь, знань та навичок, що безпосередньо стосуються процесу професійного зростання та залежить від особистісних факторів впливу, насамперед, від темпераменту, психологічних здібностей, бажанням пізнання, рівнем емоційно-вольового управління та персональними рисами характеру. Тож, приходимо до висновку, що переважна більшість вчених під компетенціями мають на увазі характеристики поведінки особистості, ту форму активності, яка превалює, а також сформованість у індивіда необхідних навичок та вмінь, базисом яких виступають знання, схильності, здатності, цінності, за допомогою яких

встановлюється зв'язок між конкретною ситуацією та знаннями, що дозволяють визначити проблему та успішно її розв'язати [25].

В медичній сфері управлінський потенціал медичних закладів прийнято розглядати як здатність та вміння керівників медичних організацій та їх підлеглих, що виконують управлінські функції, професійно мобілізувати та ефективно застосовувати кадрові, фінансові, інформаційні та інші види ресурсів для ефективного функціонування та подальшого розвитку медичної організації. Маємо зауважити, що провідну роль в медичних закладах відіграють їх керівники, які до початку медичної реформи займали посади головних лікарів та здійснювали велике число господарських функцій. Насамперед, до їх компетенції відносилось безпосередня організація господарювання та фінансової діяльності медичного закладу, його ресурсне забезпечення, кадровий менеджмент, проведення аналітичної роботи з документацією та прийняття на цій підставі ряду управлінських рішень. На підставі вивчення зарубіжного досвіду було встановлено, що такого роду роботу в багатьох країнах виконують два управлінця: власне генеральний директор, до повноважень якого віднесено всі ключові адміністративні питання, та медичний директор, який займається організацією медичного процесу [2].

Відповідно, було визначено, що завданням медичної реформи є переформатування навантаження на керівників закладів охорони здоров'я в напрямі зміни їх повноважень. Зокрема, надання медичним установам автономії, що відбулося за рахунок їх перетворення в комунальні некомерційні підприємства, дало змогу значно розширити перелік прав медичних установ до рівня всіх інших господарюючих суб'єктів, а тому було запропоновано змінити посаду головного лікаря на посаду директора, що очолив би таке некомерційне комунальне підприємство.

Паралельно випущено наказ Міністерства освіти і науки щодо оновлення довідника кваліфікаційних характеристик професії працівників власне для галузі охорони здоров'я, яким було здійснено розмежування

функціональних обов'язків директора та медичного директора закладу охорони здоров'я, що має статус комунального некомерційного підприємства у напрямі охоплення директором господарських питань, а медичним директором лише здійснення медичного процесу.

До генеральних директорів медичних закладів також висуваються певні кваліфікаційні вимоги, насамперед, необхідність отримання освіти за другим магістерським рівнем в галузі знань «Управління та адміністрування» або ж «Публічне управління та адміністрування». Окрім цього є можливість здобути освіту за іншими напрямами, при умові отримання спеціалізації в сфері менеджменту охорони здоров'я. Зауважимо, що до управлінців такого ґатунку висувається вимога мати достатню кількість стажу на посадах керівників, зокрема, для медичного закладу районного рівня достатньо п'яти років стажу, обласного рівня – семи, а якщо мова йде про медичну установу національного рівня, то стаж претендента на посаду має становити не менше десяти років. При цьому для медичних установ, які здійснюють надання медичних послуг в первинній ланці, управлінець повинен мати не менше трьох років стажу за головною спеціальністю, або ж обіймати керівну посаду не менш ніж один рік. З даної інформації виходить, що фахівці з економічною, гуманітарною, правовою, медичною та власне управлінською освітою можуть обіймати посаду директора закладу охорони здоров'я, а кандидати на дану посаду, які не мають освіти в зазначених напрямках повинні будуть здобути її в сфері «Публічного управління та адміністрування», або «Управління та адміністрування» [25].

Кваліфікаційні вимоги до медичних директорів дещо інші, позаяк такі управлінці повинні отримати обов'язкову освіту другого магістерського рівня в галузі знань «Охорони здоров'я» та мати спеціалізацію власне в управлінні в сфері медицини, а також мати стаж роботи на керівних посадах не менше п'яти років в установах національного рівня, а обласного - не менше трьох. Для обіймання посади медичного директора в установі районного рівня необхідно мати п'ять років стажу за основною спеціальністю, працювати

лікарем. Якщо ж мова йде про медичну установу, що надає послуги первинної медицини, то претендент на вакантну посаду медичного директора повинен мати не менше трьох років стажу за лікарською спеціальністю, або ж один рік на посаді управлінця [35].

Посада заступника генерального директора або начальника медичного закладу передбачає здійснення управління такою установою в рамках делегованих повноважень генерального директора, що містять коло питань, які не пов'язані із безпосередньою організацією лікування. Кваліфікаційні вимоги до таких працівників наступні: потреба мати вищу освіту за другим магістерським рівнем за зазначеними вище спеціальностями або ж спеціальністю «Економіка», а також мати стаж загальної роботи не менше п'яти років [6].

Відповідно до проведеної реформи, посаду завідувача начальника або керівника структурного підрозділу медичного закладу має право обіймати особа, яка має вищу освіту магістерського рівня в галузі «Охорони здоров'я», пройшла інтернатуру за певною спеціальністю медичного спрямування та має трирічний стаж роботи. Маємо зауважити, що таке розподілення обов'язків, за яким один із управлінців здійснює лише управлінсько-господарську діяльність в керівництві медичного закладу, а інший відповідає за якісне та ефективне надання медичних послуг даної установи в кінцевому підсумку повинно дати позитивний результат в управлінні медичним закладом, оптимізувати його діяльність, підвищити якість медичного обслуговування та його ефективність. Позаяк управлінці в сфері медицини та безпосередні керівники медичних закладів є ключовими особами в процесі реформування, то оволодіння ними нових знань та вмінь є критично необхідним, насамперед, у сфері тонкощів та сучасних напрямів функціонування медицини, отримання навичок та вмінь щодо практичної реалізації усталених та новітніх методів менеджменту, зокрема, фінансового оволодіння правовими тонкощами провадження господарської діяльності в галузі охорони здоров'я та уміння їх застосовувати в практичній діяльності.

Маємо зауважити, що для забезпечення ефективного менеджменту в сфері охорони здоров'я, теперішні керівники даних закладів мають оволодіти системними галузевими компетенціями, насамперед, знаннями щодо діяльності медичної системи менеджменту медичних процесів, забезпечення якості медичного обслуговування, аналітичного мислення та обробки даних; керівними компетенціями, до яких можна віднести здатність до делегування, організовування, системного мислення та стратегічного планування, прийняття управлінських рішень та контролю за їх виконанням, лідерства, кадрової роботи, навичками конфліктології; підприємницькими здібностями, що необхідні під час менеджменту змін, витрат, складання бюджетів, управління ресурсним забезпеченням та фінансовими ресурсами; особистісними Soft Skills, насамперед, в роботі в команді, комунікативними здатностями, мотивацією, етичними цінностями, інтелектуальним багажем та особистісним розвитком.

Відповідно, з даної тези випливає, що управлінський потенціал менеджерів, які обіймають керівні посади в сфері охорони здоров'я повинен базуватися на формуванні наступних компетенцій [25, 26, 41]:

1. Професійна, яка має на меті оволодіння знаннями стосовно теорії менеджменту в медичній сфері, опанування класичних та інноваційних методів менеджменту закладів охорони здоров'я, здатність сформувати сприятливий психологічний клімат в колективі та такі умови праці для медиків, які сприятимуть їх комфорту та злагодженому виконанню посадових обов'язків, здатність забезпечити ефективну організацію ресурсного базису для організації безперебійної роботи медичної установи, формування та підтримання іміджу, репутації та авторитету медичного закладу в умовах загострення конкурентної боротьби;

2. Інтелектуальна, що перш за все базується на схильності керівника аналітично мислити та впроваджувати системний підхід щодо виконання управлінських функцій;

3. Ситуативна, яка виражається в здатності вірно здійснити оцінку ситуації, яка сформувалася на ринку та вчасно прийняти відповідне рішення;

4. Часова, яка полягає в здатності до особистого та корпоративного тайм-менеджменту і планування;

5. Соціальна, яка виражається в наявності в менеджера здібностей до комунікації та інтеграції, здатності підтримувати міжособистісні зв'язки, чинити вплив, досягати запланованого вірно сприймати інформацію, інтерпретувати її, використовувати ідеї, висловлені підлеглими, а також здійснювати їх конструктивний аналіз та оцінку.

При цьому важливо наголосити, що ефективне застосування управлінського потенціалу менеджерів галузі медицини варто стимулювати, насамперед, за рахунок формування необхідних умов, що дозволить забезпечити всебічний розвиток їх потенціалу, забезпечити такий клімат в організації, що дозволить якомога повніше мобілізувати трудовий потенціал медичного колективу, підвищити якість виконання медичних завдань, які постають перед працівниками, а також підтримувати постійний розвиток професіональних здатностей та навичок управлінців, у відповідності до поставлених державою цілей. В цьому ключі варто зауважити, що критеріями оцінки управлінського потенціалу медичних кадрів виступає якісне відображення, втілення його інтелектуальної, фізичної, творчої енергії під час безпосереднього здійснення управлінської діяльності [10].

Підсумовуючи, зауважимо, що для результативного завершення впровадження медичної реформи в медичні заклади, варто приділяти увагу активізації та збагаченню управлінського потенціалу керівних кадрів нового формату, які матимуть здатність до глибинного розуміння трендів та ключових проблем в управлінні закладами охорони здоров'я та будуть готовими до використання новітніх навичок та знань в безпосередню діяльність для забезпечення ефективних змін для покращення функціонування медичної сфери.

РОЗДІЛ 2

ОРГАЗАЦІЙНА ХАРАКТЕРИСТИКА КНП «ОЛЕКСАНДРІЙСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ»

2.1. Загальна характеристика медичної установи

КНП «Олександрійська центральна районна лікарня Олександрійської міської ради» (далі – Лікарня) розташована в м. Олександрія. Її приміщення побудовані за типовим проектом, наявне газове опалення, централізоване водопостачання, є каналізаційна система. Загалом, розташування Лікарні досить добре, позаяк земельна ділянка розташована на території міста, що робить її легкодоступною для відвідування, проте район розміщення є екологічно чистим, відсутні промислові підприємства, протікає річка і є зелені насадження. Територія Лікарні не забруднена, гарно освітлюється та провітрюється, рельєф помірний, відсутній ризик підтоплення, що відповідає чинним умовам до розміщення лікувальних установ. Рівень знаходження ґрунтових вод становить не менше 1,5 м, концентрація шкідливих речовин у повітрі не перевищує загальноприйняті нормативи. Лікарня має сучасну інфраструктуру, зокрема є стоянка для легкових машин, а перед поліклінікою та центральним корпусом наявні майданчики для відпочинку пацієнтів та їх рідних. Заклад телефонізовано. Узагальнюючи наведу інформацію, зауважимо, що за результатами пройденої останньої акредитації Лікарні присвоєна I категорія.

Загалом, місією Лікарні є надання медичного обслуговування для мешканців Олександрійського району. Загальна місткість Лікарні становить 175 стаціонарних ліжок. Вона працює за соматичними та хірургічними напрямками. Зокрема, у складі наявні 63 терапевтичні ліжка; розгорнуто діяльність палати інтенсивної терапії при терапевтичному відділенні, загальною місткістю на 4 ліжка; по 10 ліжок містять кардіологічне, неврологічне, акушер-гінекологічне відділення; хірургічне відділення вміщає

20 ліжкомісць; травматологічне – 5; наявні гінекологічне відділення (15 місць) та палата патології вагітних, загальною місткістю на 5 осіб; працює відділення загальної педіатрії на 15 ліжкомісць; є інфекційне відділення для дорослих (10 місць) та окремо інфекційне дитяче відділення (5 місць). Зауважимо, що для здійснення хірургічної діяльності в Лікарні виокремлено відділення анестезіології з 3 ліжками інтенсивної терапії.

Маємо зауважити, що історія функціонування досліджуваної медичної установи сягає кінця 19 століття, відповідно до перших згадок про міську лікарню №1, як осередку надання лікарської допомоги в м. Олександрії.

Так, у 1892 році було сформовано лікарняну раду на Олександрійській лікарні, що на той час складалась із головної управи, двох осіб з числа майбутньої кошторисно-ревізійної комісії та лікарського персоналу. На той час у місті працювали міський, санітарний та власне лікарняний медики, наглядач лікарні та лікарняних, санітарного та міського лікарів, наглядача лікарні. Наступний рік охарактеризувався виділенням управою коштів на побудову нового приміщення Олександрійської лікарні, на основі затвердження кошторису. Відповідно, передбачено побудувати приміщення, розраховане на 55 ліжкомісць та передбачення 45 резервних, зважаючи на періодичне зростання кількості хворих в регіоні

За 10 років функціонування, тобто у 1902 році, управою відзначена потреба у розширенні фонду ліжок до 80 із передбаченням можливості виділення 20 резервних.

Станом на 1909 рік тогочасна лікарня складалась із чотирьох лікувальних корпусів, які на той час називали бараками: терапевтичного, хірургічного, інфекційного та акушерсько-гінекологічного, загальною місткістю на 16 ліжок.

Згадки про лікарню, датовані 1913 роком дають змогу зафіксувати, що в лікарні вели практику 5 лікарів та працювало 6 медсестер.

Револьюційні збурення 1917 року також відзначились на роботі Олександрійської лікарні. Зокрема, фіксуємо скорочення ліжкомісць до 52 у

зв'язку із обмеженістю фінансування. Однак, підкреслимо, що штат лікарів було розширено (до 6 лікарів і 6 медсестер). В області відомі і до сьогодні прізвища практикуючих медиків того часу, зокрема, головного лікаря, що поєднував функції терапевта та інфекціоніста водночас, Навроцького, хірургів Сельської та Бергмана, невропатолога Петросевича, отоларинголога Вишневського, а також акушера-гінеколога Тарасова.

У 1929 році штат лікарні розширено, зокрема з'явилась посадова одиниця хірурга, Дороша Г.І., який у роки Другої Світової виконував функції головного лікаря.

Загалом, маємо відзначити про ріст штату лікарні протягом 1929 – 1941 рр. із 7 посад лікарів до 12.

Під час німецької окупації на території медичної установи було розташовано госпіталь окупантів, а мінімально необхідні для населення послуги (зокрема хірургію та надання акушерські послуги) надавалися в іншому приміщенні.

У 1950 році лікарню було розширено, так кількість штатних посад лікарів зростає до 50 осіб, а кількість ліжкомісць розширено до 150, виокремлено будку для обслуговування викликів. Змінився також головний лікар лікарні, медичну установу очолив Осмоловський Ю.В. В лікарні тримали власне господарство для задоволення власних потреб, зокрема були наявні свині, двоє коней та корова. Було побудовано декілька нових корпусів, серед яких інфекційне, акушерське, а також перебудовано головний корпус у чотирьох поверховий. Таким чином, лікарня стає однією із найкращих в Кіровоградському регіоні. Поступово кількість ліжкомісць розширюється до 445, а лікарня стає багатoproфільною.

В 1966 році відбувається знакова для лікарні подія – на її базі розпочинають робити торакальні операції. А в 1970 році її визнали такою, що може слугувати базою для навчання майбутніх лікарів в інтернатурі.

В 1974 році до складу лікарні уведено нову поліклініку з пропускною здатністю на 1200 відвідувань щоденно. Реконструйовано новий корпус, уведено в експлуатацію харчоблок, а також гаражі.

В 1981 році відбулося розширення поліклініки, яку перевели в нову семиповерхову будівлю.

За період 1981-2014 рр. керівництво лікарні змінило 5 головних лікарів, наразі, колектив лікарні очолює Гарагуля В.К.

Станом на 2014 рік у лікарні було розгорнуто 390 ліжок, а чисельність персоналу сягала понад 1000 осіб. За сприяння держави було проведено масштабне покращення матеріальної бази медичної установи.

Зокрема, серед значущих подій варто виокремити проведення ремонтних робіт в операційній хірургічного відділення стаціонару протягом 2001-2002 років на суму понад 105 тис. грн. У 2005 році було проведено часткову реконструкцію терапевтичного відділення лікарні, а в 2006 році здійснено масштабні ремонтні роботи в акушерському відділенні, що дало змогу відкрити «сімейні пологові зали». Таким чином, починаючи з 2007 року акушерське відділення розпочало реалізацію програми «Здоров'я матері та дитини», а вже у 2008 році – «Лікарня доброзичлива до дитини».

Також, упродовж 2007-2008 рр. було проведено ґрунтовний ремонт анестезіологічного відділення з відкриттям сучасних ліжок для інтенсивної терапії.

Протягом 2012-2013 рр. було проведена масштабна робота щодо запровадження енергозберезувальних технологій, виконано утеплення фасадів медичної установи, було замінено старі дерев'яні вінка на сучасні, енергозберігаючі. Таким чином, було проведено утеплення як головного корпусу медичного закладу, так і акушерського відділення.

Наприкінці 2013 року, в складі Лікарні №1 виділено Комунальний заклад Центр первинної медико-санітарної допомоги м. Олександрія, який на сьогодні входить до складу КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня Олександрійської районної ради Кіровоградської області», зайняла 2

та 3 поверх семиповерхівки. На інших поверхах розташовано кабінети лікарів стаціонару, відділення променевої діагностики, профоглядів, виписки лікарняних, реєстратура, та ін.

Загальний ліжкофонд лікарні складає 175 ліжок. Найбільше ліжок терапевтичного, хірургічного профілю, є педіатрія.

Наразі, станом на 01.01.2023 р. в лікарні працює 78 лікарів, 215 осіб середнього медичного персоналу, 90 осіб молодшого медичного персоналу та 62 особи обслуговуючого господарського персоналу. Найбільше, згідно із проведеним аналізом, не вистачає сімейних лікарів та лікарів-хірургів, потреба в яких особливо загострилася із початком повномасштабного вторгнення.

2.2. Організаційна структура КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня»

Аналізуючи структуру управління КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня», зауважимо, що до адміністрації, після реформування відносяться посади

- Директора;
- Медичного директора, який відповідає за організацію медичного обслуговування населення;
- Заступника директора з економічних питань, що за ввірених йому обов'язків займається організацією діяльності медичного закладу, власне з кола господарсько-економічних питань;
- Заступника директора з експертизи тимчасової непрацездатності, завідувача поліклінічним відділенням, що займається, окрім проблем, що напряду пов'язані із вирішенням питань з організацією роботи щодо оформлення тимчасової непрацездатності відвідувачів лікарні, ще колом питань з області функціонування поліклініки при Лікарні;

- Завідуючого господарством, що займається питаннями з області вирішення забезпечення безперебійного функціонування медичного закладу, матеріально-технічного забезпечення, налагодження постачання устаткуванням, медикаментами;
- Бухгалтерію, яка утримує в полі зору питання стосовно облікової, аналітичної та контролінгової діяльності;
- Економічну службу, відділ кадрів, що діють в межах визначених обов'язків;
- Головну медсестру;
- Інформаційно-аналітичний відділ, що займається питаннями збору, аналізу, обробки інформації.

Маємо зауважити, що фактично управління закладом здійснюється директором а його заступниками, медичним директором та завідуючим господарством. Інші підрозділи виконують допоміжні функції. Тож розмежування відповідальності в процесі прийняття управлінських рішень зосереджено нами в табл. 2.1.

Таблиця 2.1.

**Розподіл обов'язків в системі прийняття рішень КНП «Олександрійська
Центральна районна лікарня»**

Види управлінської діяльності	Структурні підрозділи				
	Директор	Медичний директор	Заст. директора з економічних питань	Заст. директора з експ. тимч. непрацездатності, зав. поліклінічним відділенням	Завідуючий господарством
1	2	3	4	5	6
Управління розвитком лікарні	ЦР	У	ПУ	З	З
Організація системи управління	ЦР	У	УЗ	ПВ	З
Управління персоналом	ЦР	У	У	ПВЗ	РПВ
Управління соціальним розвитком	Ц	У	У	З	З
Управління економічним розвитком	ЦР	У	ПУ	З	З
Управління фінансовим та бухгалтерським обліком	ЦР	У	РПВ	З	З
Управління лікувальною діяльністю	Ц	РПВ	З	ПВЗ	-

Продовження табл. 2.1.

1	2	3	4	5	6
Управління якістю лікувального процесу	Ц	РПВ	З	В	-
Управління комерційною діяльністю	Ц	У	ПУ	З	З
Управління ремонтно-будівельною діяльністю	Ц	У	ПУЗ	-	РПВ
Управління охороною праці	Ц	У	у	ПВЗ	ПРВ
Управління маркетингом	Ц	РПВ	УВ	РПВ	З
Управління інформатизацією та комп'ютеризацією	Ц	У	РПУВ	РПВ	З
Управління обслуговуючим господарством	Ц	ПВ	У	-	ПРВ
Аналіз ефективності управління	ЦР	ПВ	ПВ	ЗВ	З

- Примітки: Ц - встановлення цілей; Р-прийняття рішень; П – підготовча робота до виконання рішень; У – узгодження рішень; В - втілення, контролювання; З- участі в реалізації, збирання інформації, донесення її до виконавців; «-» - не прийняття участі в прийнятті рішень

Джерело: складено за даними установи із використанням [28]

Основними обов'язками директора КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня» визначено:

- управління, відповідно до вимог, які означені в законодавчих документах виробничо-господарською, а також контроль за фінансовими та господарськими результатами функціонування медичного закладу, причому відповідальність за них повністю покладено на нього;
- розробка та безпосереднє впровадження стратегії медичного закладу на довгостроковий період, ґрунтуючись на забезпеченні потреб громадян в наданні медичних послуг та ринкової ситуації, яка складається в суспільстві;
- розробка та безпосередній моніторинг втілення операційних планів в господарську діяльність закладу;
- дотримання виконання зобов'язань КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня» перед місцевим, а також державним бюджетом, іншими соціальними фондами, які мають позабюджетне фінансування, замовниками, постачальниками і кредиторами;
- дотримання умов ведення трудових та господарських договорів, укладених в медичному закладі;

- забезпечення злагодженої та ефективної роботи всіх відділів та підрозділів медичного закладу, формування їх стратегічної перспективи з огляду на потребу розвитку та перманентного вдосконалення, враховуючи ринкові та соціальні потреби;

- нарощення ефективності медичного закладу, підвищення конкурентоспроможності послуг за рахунок, в першу чергу, їх якості та дотримання стандартів надання послуг в медичній сфері;

- задоволення потреб безпосередніх споживачів та замовників означених послуг в напрямі здійснення медичної допомоги;

- профільного спрямування залучення фінансових ресурсів для покриття інвестиційних потреб медичного закладу;

- проведення комплексу заходів щодо кадрового забезпечення фаховими та кваліфікованими працівниками;

- запозичення передового досвіду та новітніх знань для впровадження його працівниками шляхом обміну ними на відповідних семінарах;

- проведення процедур відбору на вакантні медичні посади;

- забезпечення дотримання низки заходів стосовно створення сприятливих та безпечних умов праці для працівників медичного закладу,

- дотримання постулатів нормативного забезпечення в напрямі охорони довколишнього середовища;

- здійснення кола правових процедур стосовно безпосереднього розроблення, укладення, вдосконалення та втілення колективного договору;

- забезпечення вирішення кола питань, що стосуються господарської та фінансово-економічної діяльності медичної установи в рамках наданих повноважень;

- делегування ряду господарських та організаційних функцій іншим керівним особам медичного закладу, зокрема заступнику директора, а також управлінцям структурних підрозділів медичної установи;

- представництво медичної установи в органах місцевого самоврядування та засобах масової інформації;

- формування та затвердження правил трудового розпорядку всередині медичної установи, дотримання тривалості та змінності щоденної роботи з дотриманням законодавства стосовно тривалості робочого часу в закладах охорони здоров'я.

Медичний директор КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня» має право:

- здійснювати управління медичною , в рамках делегованих йому генеральним директором повноважень в області забезпечення медичної діяльності;

- згідно із нормативними вимогами виконувати безпосередні обов'язки генерального директора у разі його відсутності за прямим дорученням;

- забезпечення надання медичною установою послуг з медичного обслуговування населення, яке є в першу чергу пацієнтоорієнтованим та базуватиметься на додержанні стандартів в галузі медицини;

- формування та запровадження в медичній установі системи перманентного підвищення якості послуг, що надаються для забезпечення медичної безпеки пацієнтів, надання їм вчасної допомоги, підтримання економічного ефекту від медичного обслуговування, досягнення якомога кращих результатів, спираючись на світовий досвід та отримані наукові знання з впровадженням принципів доказової медицини;

- здійснення внутрішньої та зовнішньої координації процесів взаємодії підрозділів медичної установи;

- забезпечення процедур неперервного професійного розвитку медичних кадрів.

Заступники директора КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня», зокрема з економічних питань, а також експертизи тимчасової непрацездатності, завідувач поліклінічним відділенням мають право в рамках своїх компетенцій та повноважень:

- здійснювати роботу з організації фінансової та адміністративно-господарської діяльності організації;

- забезпечувати комунікації між структурними підрозділами медичної установи;
- здійснювати співпрацю з місцевими органами влади, а також, за потреби, державної, іншими медичними установами, організаціями, підприємствами;
- забезпечувати безпосереднє управління кадрами за рахунок розстановки та задіяння працівників в робочому процесі;
- підтримувати сприятливі умови для досягнення медичними працівниками відповідного рівня професійної компетенції, зокрема організовувати професійні навчання та заходи щодо підвищення кваліфікації медиків;
- створювати необхідні умови праці, які забезпечуватимуть дотримання медичними працівниками регламентованих правил трудового розпорядку;
- дотримання вимог з охорони праці та організації протипожежного захисту;
- проведення аналітичної роботи стосовно виконання запланованих показників роботи медичної установи та розробки комплексу дій стосовно їх оптимізації в майбутньому.

На завідувачів структурними підрозділами КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня» покладені такі обов'язки:

- безпосереднє управління ввіреними їм підрозділами медичної установи згідно до визначених законом норм;
- організація як адміністративно-господарського функціонування підрозділу, так і налагоджування лікувально-профілактичної діяльності;
- забезпечення співпраці, за потреби, з іншими підрозділами медичного закладу;
- відповідальність за надання якісних медичних послуг пацієнтам;
- забезпечення термінів отримання та зберігання медикаментозних засобів та медичних виробів;

- проведення комплексу заходів, що дозволяє забезпечити необхідні санітарні та гігієнічні умови провадження діяльності підрозділу;
- здійснювати контроль за своєчасним та вірним веденням комплексу медичних документів;
- підготовка та безпосереднє доведення до генерального директора звітів про роботу підрозділу;
- формування та доведення до генерального директора сформованих графіків роботи медичних працівників відповідного підрозділу;
- безпосереднє розміщення та задіяння медперсоналу, організація їх праці для злагодженої роботи підрозділу;
- забезпечення необхідних умов трудової діяльності, контроль дотримання медичним персоналом правил трудового розпорядку, а також охорони праці та регламентованих норм протипожежного захисту;
- формування для медичного персоналу належних умов для підвищення їх професійного рівня, безпосередня організація заходів з професійного навчання та підвищення кваліфікації;
- аналіз отриманих підсумкових показників діяльності медичного підрозділу.

Окрім адміністрації, в організаційній структурі КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня» функціонує стаціонарне, поліклінічне, стоматологічне, фізіотерапевтичне, приймальне, стерилізаційне відділення, клініко-діагностична лабораторія, центр ранньої діагностики, господарче відділення, дизельна, харчоблок, автогосподарство, бібліотека.

Приділення уваги організаційній структурі спонукає до проведення аналізу кількісного та якісного складу працюючих КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня», що відображено в табл. 2.2.

Як ми бачимо з представленої таблиці, за всіма категоріями посад, окрім середнього медперсоналу та господарчого та допоміжного персоналу є нестача кадрів.

Таблиця 2.2.

Кількісний та якісний склад працюючих в КНП «Олександрійська ЦРЛ» станом на 01.01.2023 р.

Найменування посад	Кількість штатних посад	Чисельність
1	2	3
Всього працівників в т.ч.	449,75	445
лікарі	86,5	78
середній медперсонал	199,75	215
молодший медперсонал	107,75	90
Господарський персонал: з них:		62
а) спеціалісти	17,25	13
б) господарчий та допоміжний персонал	44,5	49
КВАЛІФІКАЦІЙНА ХАРАКТЕРИСТИКА		
1. Лікарі		
Вищої кваліфікаційної категорії		18
I-ої кваліфікаційної категорії		20
II-ої кваліфікаційної категорії		16
2. Середній медперсонал		
Вищої кваліфікаційної категорії		69
I-ої кваліфікаційної категорії		58
II-ої кваліфікаційної категорії		30
Медреєстратори		3
Заслужений працівник		2

Джерело: складено за даними додатку А

Так, всього по лікарні наявні 449,75 ставок, а реальна чисельна працюючих складає 445 осіб. Аналізуючи укомплектованість Лікарні працівниками медичної кваліфікації, бачимо, що серед них 86,5 лікарських ставок, при тому, що реальна чисельність працюючих лікарів складає 78 осіб, відповідно нестача працівників даної категорії складає 9,8% від заявленої потреби. Забезпечення середнім персоналом лікарні є повним, більше того, кількість працюючих на 16,25 ставок випереджає потребу у працівниках такого ґатунку. Нестачу помічаємо у забезпеченні лікарні молодшим лікарським медперсоналом. Так, на 90 працюючих осіб відкрито 107,75 ставки, що говорить про нестачу кадрів в цій галузі на 16,5%.

Помічаємо і нестачу власне спеціалістів серед господарського персоналу Лікарні (13 осіб на заявлених 17,25 ставок, тобто нестача 24,6%). Не має проблем із укомплектованістю штату господарчим та допоміжним персоналом (на потребу 44,5 ставок працевлаштовано 49 осіб).

Зауважимо, що в КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня» працює 18 лікарів вищої категорії, 20 лікарів I-ої категорії, 16 лікарів II-ої категорії. Серед середнього медперсоналу 69 працівників мають вищу, 58 - I-шу, 30 осіб – II-гу кваліфікаційну категорію, що говорить про досить високий людський потенціал.

2.3. Господарський аналіз діяльності КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня»

Господарський аналіз в КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня» варто розпочати із дослідження загальних показників його діяльності, зокрема, основних видів господарювання.

Вважаємо за потрібне прослідкувати динаміку кількості наданих послуг населенню Олександрійського району (див. рис. 2.1.).

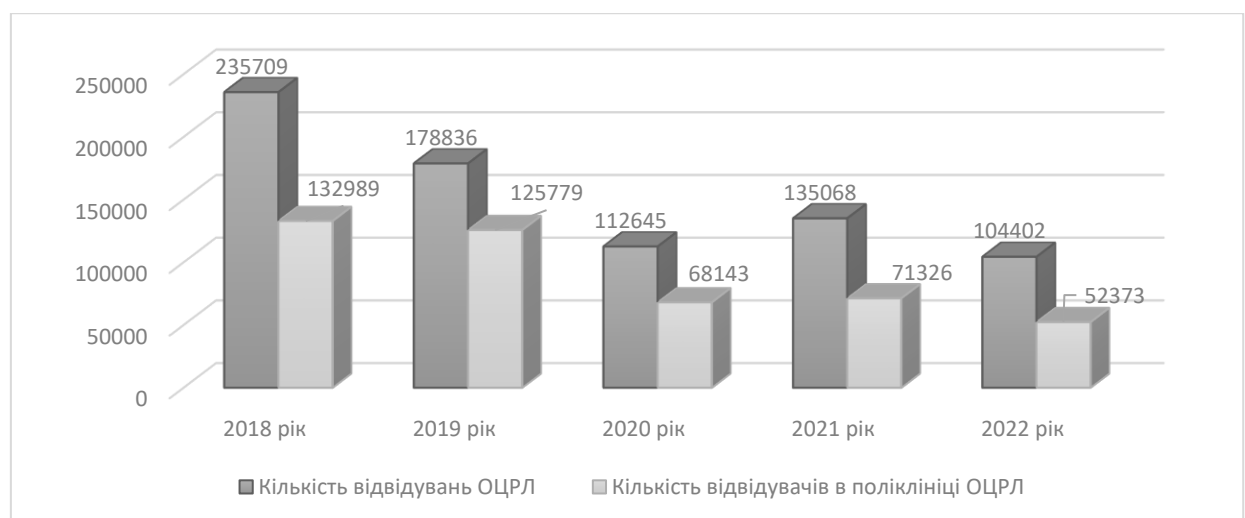


Рис. 2.1. Кількість візитів КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня» в 2018-2022 рр.

Джерело: складено за даними додатків Б-Е

Бачимо низхідну динаміку кількості відвідувань КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня», як в загальному по всій лікарні, так і окремо в поліклініці. За 2018-2022 рр. загальна кількість відвідувань зменшилась із 235709 візитів до 104402, що за 5 років становить зниження на 55,7%, а в поліклініці кількість візитів знизилась із 132989 од. у 2018 р. до 52373 од., тобто на 60,6%.

На рис. 2.2. відображена динаміка наданих послуг медичним закладом.

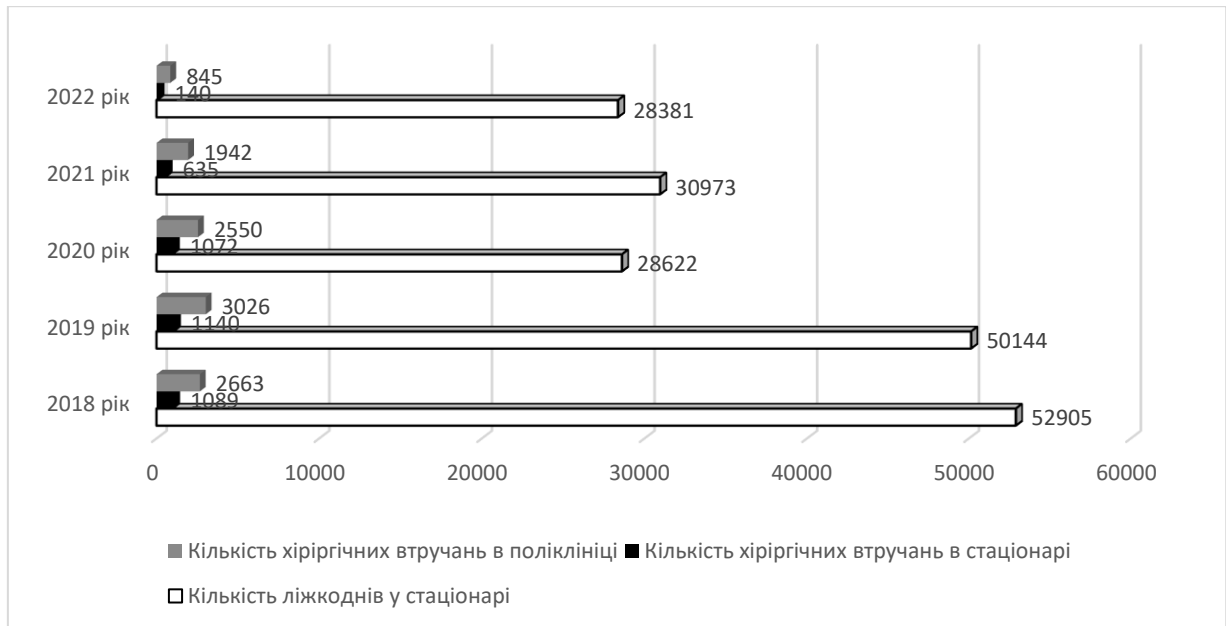


Рис. 2.2. Обсяг наданих послуг КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня» в 2018-2022 рр.

Джерело: складено за даними додатків Б-Е

Аналогічно можна простежити зменшення кількості наданих послуг даним медичним закладом. Так, зниження загальної кількості ліжкоднів, проведених в КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня» за 2018-2022 рр. становило 46,35%, кількість хірургічних втручань в стаціонарі – 87,14%, а в поліклініці – на 68,27%.

Загальний аналіз функціонування КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня» показав, що в закладі не вистачає кількості розгорнутих ліжок, щоб задовольняло потреби населення в стаціонарному лікуванні (див. рис. 2.3.).

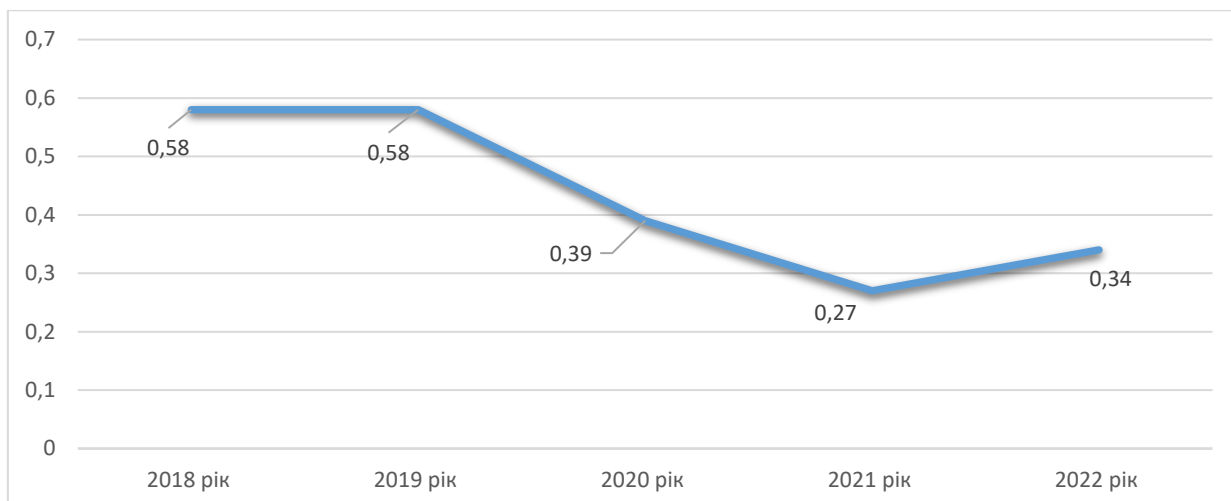


Рис. 2.3. Динаміка витрат на забезпечення 1 ліжка-дня в КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня» в 2018-2022 рр.

Джерело: складено за даними додатків Б-Е

Зокрема, із нормативно встановлених 222 ліжок на 5000 хворих, в лікарні функцінувало 175, що на 21,17% нижче за потребу. Загалом, на функціонування одного ліжка-дня, із державного бюджету були виділені кошти у розмірі (в середньому): 2018 рік – 0,58 тис. грн, 2019 рік – 0,58 тис. грн., 2020 рік – 0,39 тис. грн., 2021 рік – 0,27 тис. грн., 2022 рік – 0,34 тис. грн.

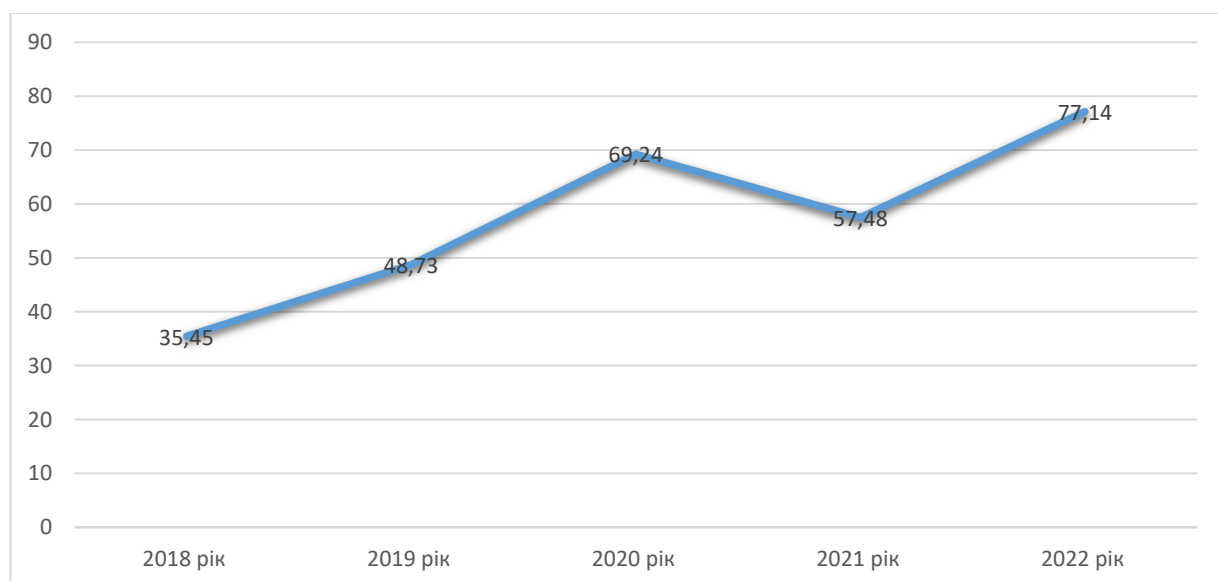


Рис. 2.4. Динаміка витрат на харчування пацієнтів за 1 день в КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня» в 2018-2022 рр.

Джерело: складено за даними додатків Б-Е

Проведений аналіз засвідчив (див. рис. 2.4.), що на харчування пацієнтів за 1 день за аналізований період становило в обсязі: 2018 рік – 35,45 грн.; 2019 рік – 48,73 грн.; 2020 рік – 69,24 грн.; 2021 рік – 57,48 грн.; 2022 рік – 77,14 грн.

На медикаменти, згідно із отриманих даних, в день витрачалось із бюджетного фонду: 2018 рік – 326,4 грн.; 2019 рік – 78,56 грн.; 2020 рік – 89,24 грн.; 2021 рік – 212,4 грн.; 2022 рік – 145,8 грн. (див. рис. 2.5.) Як ми бачимо, є певне зниження виділення залишкових коштів із бюджету між 2018 р. та 2019 р., що пояснюється переходом фінансування до НЗСУ. Однак, повністю позбавитися витрат із державного фонду, про свідчить наявність даних асигнувань в період з 2019 по 2022 рр.

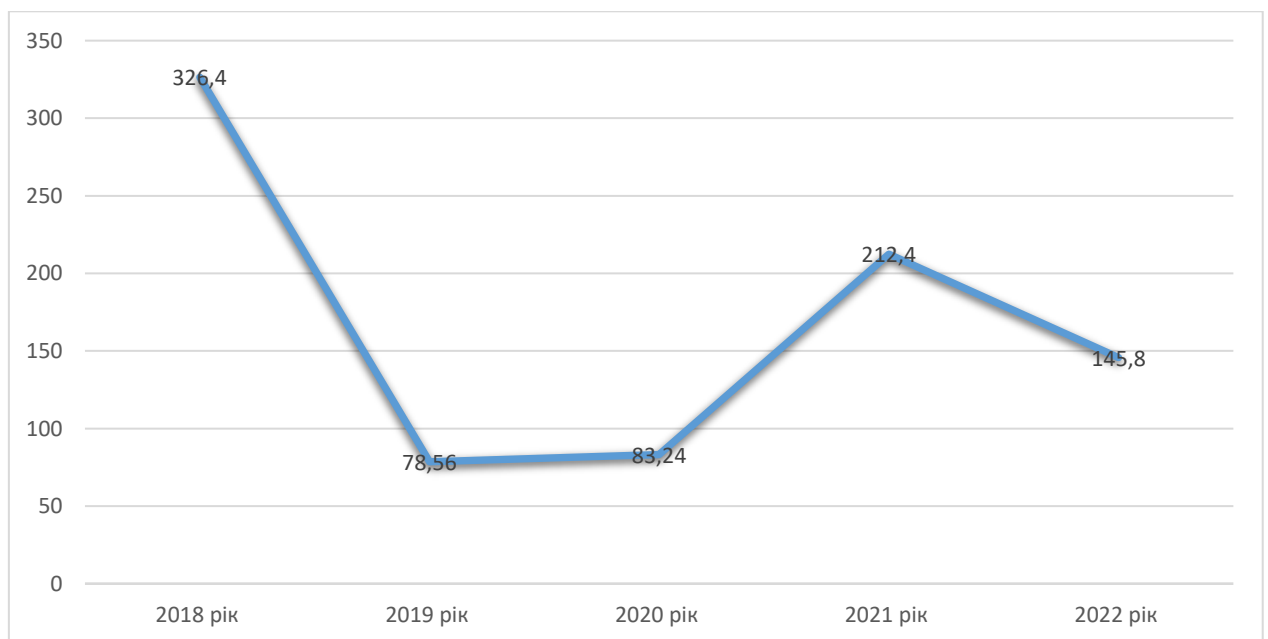


Рис. 2.5. Динаміка витрат на медикаменти із державного фонду в КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня» в 2018-2022 рр.

Джерело: складено за даними додатків Б-Е

Цікавою є і аналітика використання залишків коштів бюджету на закупівлю медикаментів (див. рис. 2.6.).

Тож, за рахунок використання залишків медичних препаратів, що були придбані в попередні періоди з бюджетних коштів на медикаменти

використовувалось: 2018 рік – 95,1 грн.; 2019 рік – 43,58 грн.; 2020 рік – 78,6 грн.; 2021 рік – 11,4 грн.; 2022 рік – 21,6 грн.

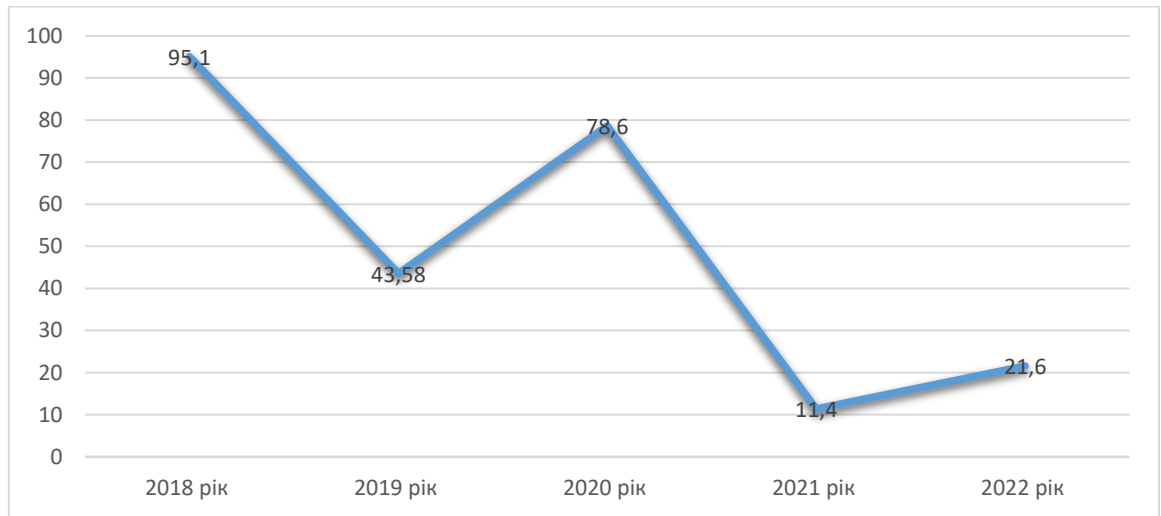


Рис. 2.6. Динаміка витрат із використанням залишків медикаментів, придбаних за бюджетні кошти в КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня» в 2018-2022 рр.

Джерело: складено за даними додатків Б-Е

В цьому розрізі проаналізуємо використання коштів, виділених НЗСУ на медикаменти (див. рис. 2.7.)

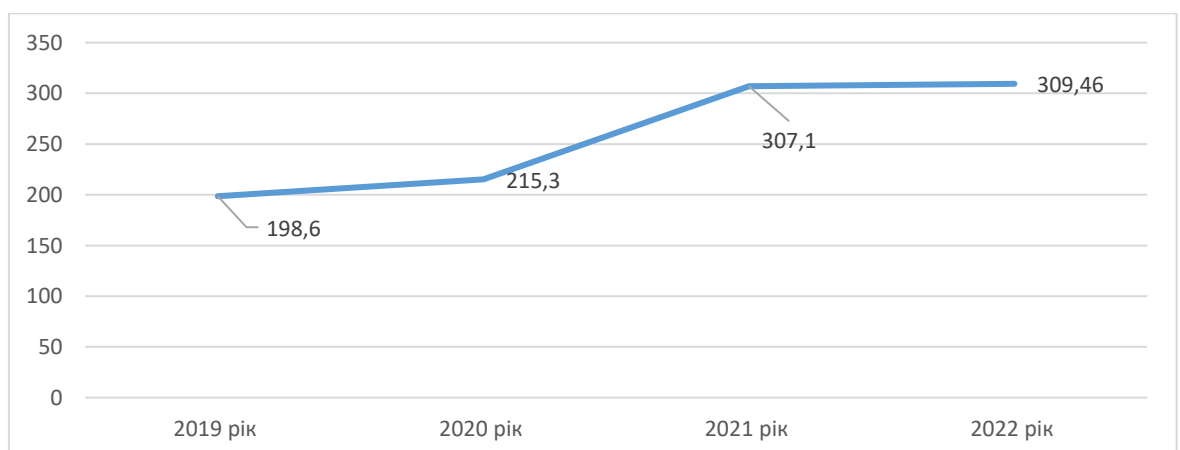


Рис. 2.7. Динаміка витрат, виділених НЗСУ на закупівлю медикаментів в КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня» в 2019-2022 рр.

Джерело: складено за даними додатків Б-Е

За рахунок НЗСУ на медикаменти спрямовувалося наступні суми: 2019 рік – 198,6 грн.; 2020 рік – 215,3 грн.; 2021 рік- 307,1 грн.; 2022 рік – 309,46 грн.

Тож, можемо зробити висновок, що закупівля медичних препаратів здійснюється не лише за кошти НЗСУ, а й з використанням бюджетних дотацій, що в певній мірі ставить питання про ефективність здійснюваної діяльності, або ж не раціональне розподілення коштів.

Зважаючи на проведений аналіз, помічаємо практику акумулювання коштів, отриманих від НЗСУ, що залишаються після проведення відповідних розрахунків на банківських рахунках лікувальної установи (див. рис. 2.8.)



Рис. 2.8. Динаміка зміни коштів на банківських рахунках КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня» за 2018-2022 рр.

Джерело: складено за даними додатків Ж-М

Зокрема, ми бачимо, що якщо в 2018 році ця сума становила 12,3 тис. грн, то вже в 2019 році помічаємо її зростання до 34,5 тис. грн. у 2020 році відбувається значне збільшення акумульованих на рахунках коштів (733,4 тис. грн.). У 2021 році фіксуємо певний спад до накопичення грошових коштів (268,9 тис. грн.), однак, після цього, у 2022 році бачимо стрімке

зростання суми коштів на рахунках установи (7428,3. тис. грн.), що в цілому в 600 разів більше, ніж у 2018 році. Маємо зауважити, що у із загальної суми грошових коштів, яка виділялась НЗСУ КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня» у 2022 році на грошовому рахунку біло акумульовано 6,5%.

Маємо зауважити, що така ситуація свідчить про нераціональне управління бюджетними коштами, позаяк, якщо кошти, виділені НЗСУ зосереджуються на рахунки організації, а бюджетні кошти йдуть на ті напрями, які мають в повному обсязі забезпечуватися з фонду НЗСУ, то розподілення наявних активів здійснюється не оптимально.

Важливим в процесі аналізу управління медичним закладом видається проведення аналізу його звітності, зокрема, балансу та звіту про фінансову діяльність. Тож, для початку, проведемо аналіз структури активів та пасивів КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня» (див. рис. 2.9).

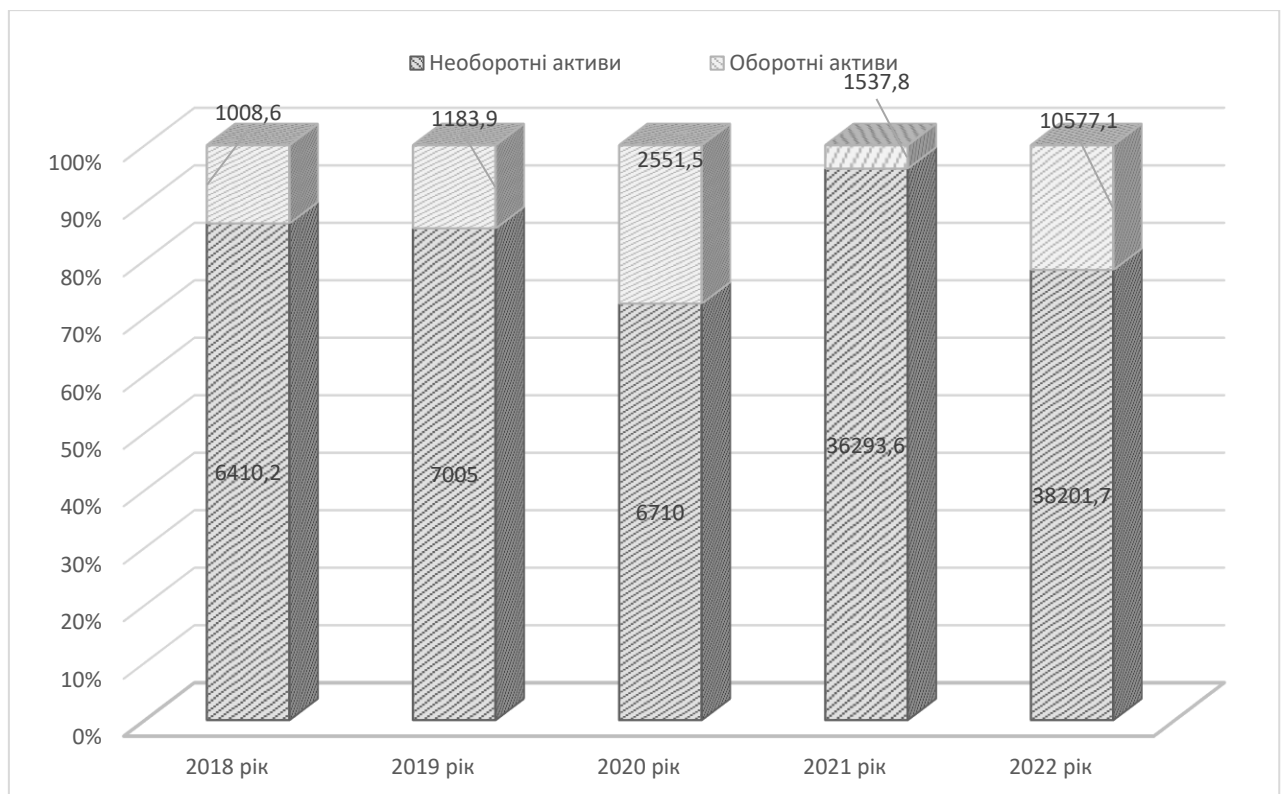


Рис. 2.9. Структура активів КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня» за 2018-2022 рр.

Джерело: складено за даними додатків Ж-М

Як видно з рис. 2. 9, ми бачимо, що для досліджуваної організації характерне превалювання необоротних активів над оборотними упродовж всього періоду 2018-2022 рр. Можемо відмітити, загалом значне зростання вартості необоротних активів у 2021 та 2022 році. Зокрема, перевищення вартості необоротних активів у 2022 році над аналогічною їх вартістю у 2018 році склало в цілому майже в 5 разів. Можна спостерігати і зростання вартості оборотних активів, стрімкість якого відбулось власне у 2022 році. Так, зростання вартості оборотних активів у 2022 році перевищило їх вартість у 2018 році у 9,5 разів.

Аналізуючи динаміку зміни співвідношення активів та пасивів КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня», зауважимо, що в 2018 році в балансі питома вага необоротних активів складала 86,4%, а оборотних, відповідно 13,6. У 2019 році це співвідношення складало 85,5% проти 14,5% з переважанням необоротних активів. У 2020 відповідно, необоротні активи становили 72,5%, а оборотні – 27,5%, що за аналізований період є роком, а якому зафіксовано найменшу питому вагу необоротних активів. В той же час, в наступному 2021 році ми спостерігаємо стрімкий ріст необоротних активів та, навпаки, зниження вартості необоротних, що в свою чергу призвело до диспропорції у їх співвідношенні із переважанням частки необоротних активів у напрямі 96% та 4%. Зростання вартості оборотних активів у 2022 році призвело до скорочення розриву в частці сформованого балансу в співвідношенні 78,3% та 21,7% з превалюванням необоротних.

Робимо висновок, що за останні роки відбулося розширення діяльності підприємства та нарощення його обсягів. Варто зауважити, що приведені співвідношення активів дозволяє зробити висновок про їх важкість (переважання необоротних активів), що свідчить про не мобільність закладу, що в цілому є очікуваним.

В цьому ключі, варто проаналізувати, за рахунок чого зростає вартість необоротних та оборотних активів, що відобразимо на рис. 2.10 та 2.11.

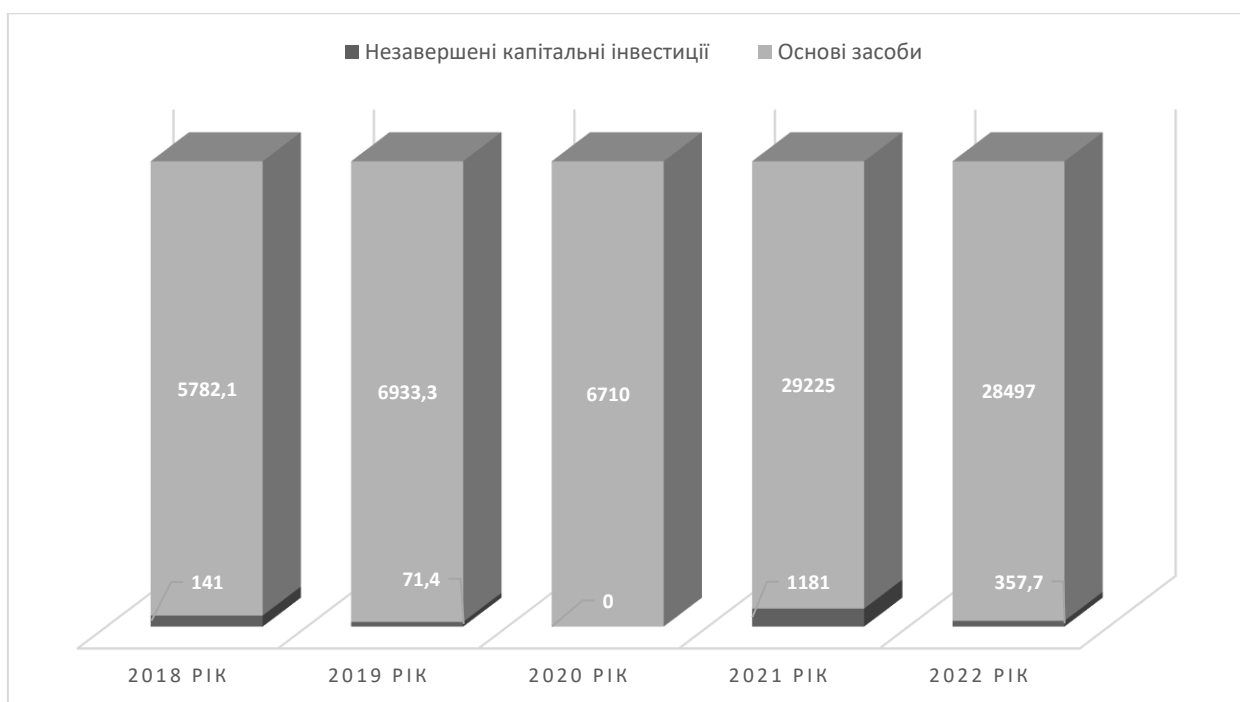


Рис. 2.10. Структура необоротних активів КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня» за 2018-2022 рр.

Джерело: складено за даними додатків Ж-М

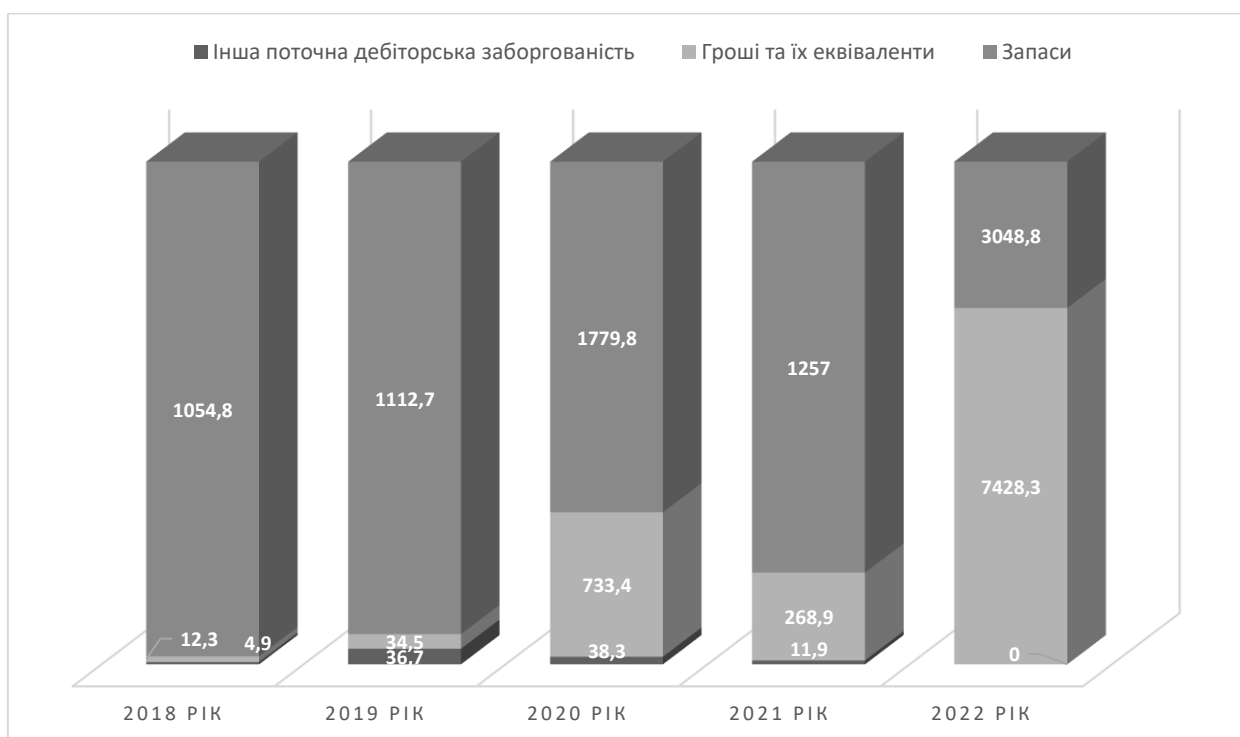


Рис. 2.11. Структура оборотних активів КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня» за 2018-2022 рр.

Джерело: складено за даними додатків Ж-М

Ми бачимо, що превалювання у структурі необоротних активів належить власне основним засобам, оскільки частка незавершених капітальних інвестицій є досить низькою, так у 2022 році ми можемо зафіксувати їх співвідношення у розмірі 98,8% частки основних засобів проти 1,2% частки незавершених капітальних інвестицій.

В структурі ж оборотних активів організації фіксуємо переважання запасів до 2022 року. Зокрема, у 2018 році питома вага запасів складала 98,4%, а у 2021 році вже 81,75%. Починаючи із 2020 року фіксуємо зростання частки грошових коштів, яка у 2022 році слугувала причиною різкого зростання вартості оборотних активів. Зокрема, у 2022 році відбувається зміна домінування в структурі активів, найбільшу питому вагу становили саме грошові кошти (70,9%), запаси складали 29% в загальній структурі активів, решта припадає на долю дебіторської заборгованості.

Наступним охарактеризуємо структуру пасивів КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня», що відображено нами на рис. 2.12.

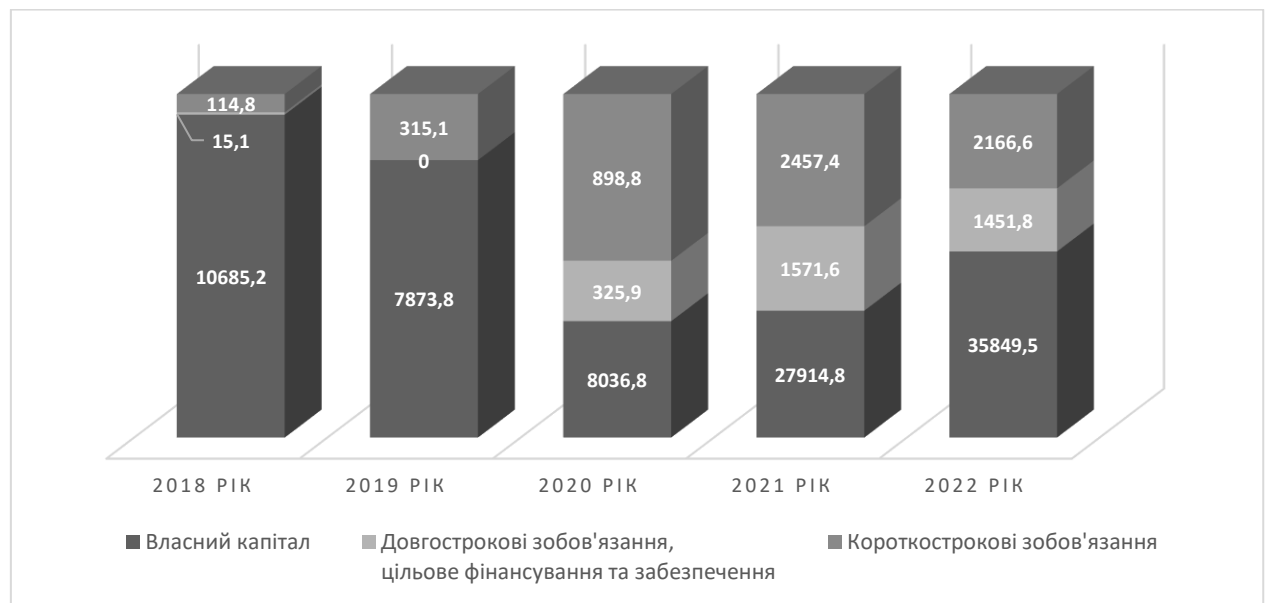


Рис. 2.12. Структура пасивів КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня» за 2018-2022 рр.

Джерело: складено за даними додатків Ж-М

З рис. 2.12 ми бачимо, що в структурі пасивів відбулись за аналізований період певні зміни. Зокрема, аналізуючи пасиви в 2018 році,

можемо відмітити переважання власного капіталу (98,8%), решта припадає на короткострокові зобов'язання (1,1%) та довгострокові зобов'язання (0,1%). У 2022 році таке співвідношення дещо змінюється. Зокрема, частка власного капіталу знижується до 90,8%, зростає питома вага короткострокових (5,5%) та довгострокових (3,7%) зобов'язань.

В розрізі нашого дослідження варто розглянути структуру власного капіталу (див. рис. 2.13.) за аналізований період.

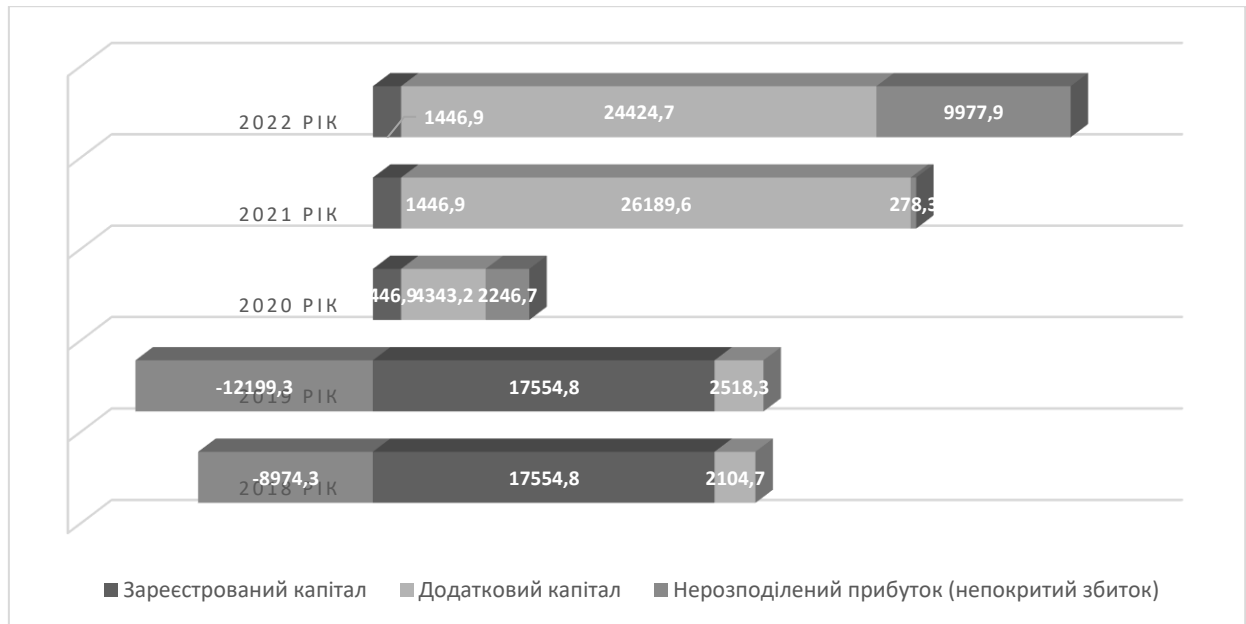


Рис. 2.13. Структура власного капіталу КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня» за 2018-2022 рр.

Джерело: складено за даними додатків Ж-М

Ми бачимо досить високе значення нерозподіленого збитку у 2018 та 2019 рр., а у 2022 році, навпаки, досить велике значення нерозподіленого прибутку. У 2018 р. та 2019 р. значення зареєстрованого капіталу складало 17554,8 тис. грн, то у 2020-2022 рр. його значення зменшилось до 1446,69 тис. грн. Загалом зростання власного капіталу спостерігаємо за рахунок зростання вартості додаткового капіталу.

Наступним, вважаємо за доцільне охарактеризувати показники чистого доходу, собівартості та прибутку КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня» (див. рис. 2.14).

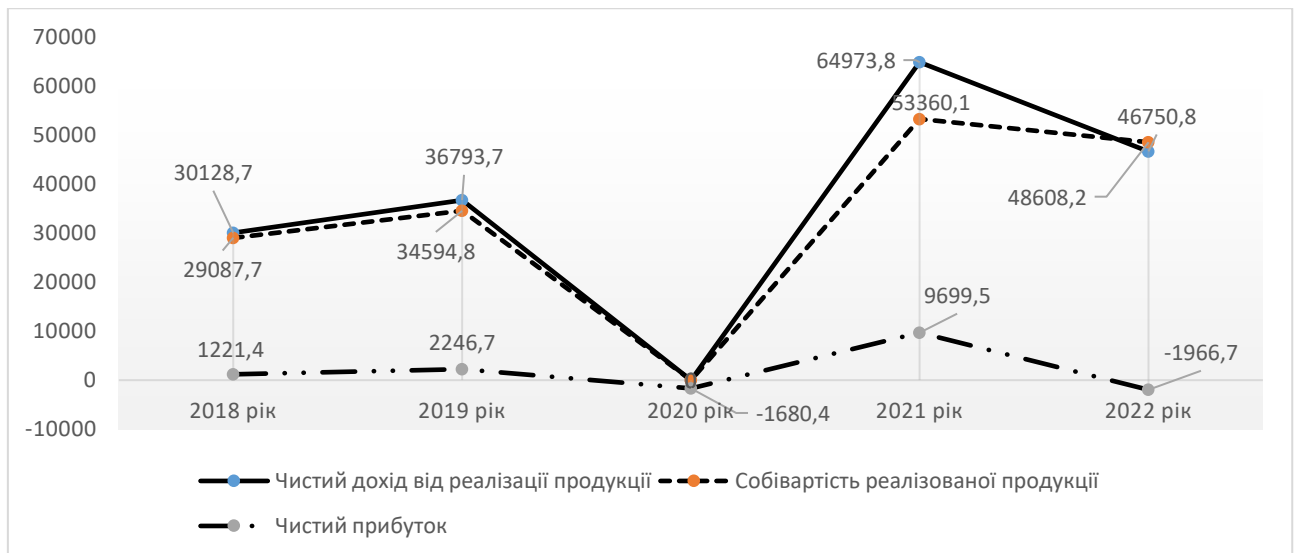


Рис. 2.14. Фінансові результати діяльності КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня» за 2018-2022 рр.

Джерело: складено за даними додатків Ж-М

Підбиваючи підсумки бачимо, що 2018-2019 рр. лікарня отримувала чистий дохід, що перевищував собівартість послуг, в результаті чого було отримано чистий прибуток від діяльності КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня» у розмірі 1221,4 тис. грн. та 2246,7 тис. грн. відповідно. У 2020 році фіксуємо відсутність і доходу, і відповідно собівартості, що пов'язано із специфікою функціонування лікарні у період пандемії. Тому за рахунок отримання інших доходів та інших витрат у лікарні в кінцевому результаті було отримано збиток у розмірі 1680,4 тис. грн. У 2021 році за рахунок перевищення суми доходу над витратами по наданню послуг, бачимо, що КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня» отримала збиток від своєї діяльності. В той же час, 2022 рік був збитковим, позаяк в кінці року лікарня отримала збиток від діяльності у розмірі 1966,7 тис. грн.

Отже, узагальнюючи дослідження зауважимо про критичну потребу перегляду управлінської діяльності в закладі із урахуванням потреби підвищення ефективності його діяльності із врахуванням факту збитковості та зменшення кількості працюючих в означені п'ять років, що аналізувались. Власні пропозиції викладемо в наступному розділі.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ МЕНЕДЖМЕНТУ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ПРИКЛАДІ КНП «ОЛЕКСАНДРІЙСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ»

3.1. Механізм удосконалення якості надання медичних послуг

Загалом, публічне управління медичними установами являє собою такий вид управління, об'єктом якої виступає динамічна, соціотехнічна, відкрита, складна система, специфіка якого свідчить про складність процесу менеджменту, серед яких варто виділити високий рівень відповідальності за прийняття рішень, позаяк від них залежать здоров'я та життя населення, важкість або неможливість прогнозування наслідків прийнятих рішень, а також, іноді і неможливість виправлення ситуації стосовно неправильно обраного рішення.

Аналізуючи базис, на який спирається адміністрування медичних установ, варто відзначити про удосконалення нормативної бази стосовно функціонування закладів охорони здоров'я, що в першу чергу стосується фінансування даних закладів, за якими населенню надається право не лише й обирати власне заклад або лікаря, а й гарантоване право на безкоштовні послуги, передбачені державними стандартами. Проте, як ми бачимо на практиці, даний процес швидко реалізувати неможливо, чому останні два роки заважає повномасштабне військове вторгнення та переорієнтація коштів на інші потреби [39]. Відповідно, серед проблем які так чи інакше впливають на якість управління медичними закладами можна визначити:

- потреба підвищення рівня зарплати медичних працівників до конкурентоздатного;
- моніторинг загального рівня кваліфікації практикуючих лікарів;
- нарощення ролі професійних медичних асоціацій у функціонуванні медичних закладів;

- зростання пропаганди здорового способу життя та формування у людей відповідальності до особистого здоров'я і попередження захворювань [5].

На нашу думку, варто звернути увагу на те що в функціонуванні медичних закладів варто ініціювати як власними силами, так і разом із державними органами влади, реалізацію права населення на участь в управлінні медичними установами, що в свою чергу підвищуватиме роль і функціонування медичних асоціацій за професійним спрямуванням.

Спираючись на зарубіжний досвід, зауважимо, що цей процес відбувається таким чином, що при комунальних та державних медичних установах, які обслуговують населення на вторинному та третинному рівнях, за згоди власника даної установи або органу, який уповноважений до прийняття відповідних рішень, формуються такі професійні медичні асоціації, що діють при означених медичних закладах у ролі спостережних рад, обов'язково залучаючи до своєї діяльності представників громадськості за їх бажанням. На дані спостережні ради покладаються питання, насамперед стосовно додержання прав та забезпечення безпеки населення під час медичного обслуговування, а також дотримання законодавчих вимог під час власне процесу надання медичних послуг та організації господарської діяльності медичних установ [46].

Маємо переконання, що об'єднання професійних медиків та громадян в спостережних радах будуть сприяти і налагодженню результативного діалогу із представниками органів влади, насамперед у питанні підвищення якості медичних послуг. Маємо зауважити, що діяльність громадськості варто стимулювати, позаяк ми розуміємо, що від кожної окремої особистості залежить спосіб введення життя та лежить відповідальність на збереженні власного здоров'я, що називається самозбережувальною поведінкою. Окрім цього, підкреслимо, що активна громадська позиція в сфері медицини може просигналізувати державним органам влади про наявність визначених проблем під час функціонування закладів охорони здоров'я.

Маємо зауважити, що на нашу думку, вагомої ролі в процесі нарощення ефективності та результативності менеджменту медичних закладів є передача значної кількості функцій публічного менеджменту в сферу самоорганізації, тобто визначеним структурам громадського самоврядування, яке в свою чергу повинно теж бути готовим до прийняття відповідальності за формування певних рішень в області медицини, насамперед в питаннях підвищення якості обслуговування.

На наше переконання забезпечення формування ефективної системи управління медичними закладами можливо за наступних передумов:

- означені системи менеджменту незалежно від їх рівня мікро мезо чи макро мають діяти, ґрунтуючись на визначених принципах та дотримуватися культури організацій їх менталітету, національних особливостей населення, яке проживає на тій чи іншій території і отримує медичні послуги;

- досягнення визначених цілей функціонування медичних закладів має покладатися не лише безпосередньо на персонал, а й відповідальність повинні нести як вище керівництво медичної установи, так і представники державної влади, місцевої зокрема, в області дотримання принципів стратегічного менеджменту, включаючи, ті які передбачають налагодження взаємодії із стейкхолдерами, а також ефективного використання професійних стандартів в області медицини, стандартів управління якістю, відповідних регламентів стосовно обслуговування;

- процеси менеджменту медичних закладів за результатами, які зараз як за концепцією обрано в Україні, мають інтегруватися з іншими процесами в області надання муніципальних та державних послуг;

- залучення всіх груп стейкхолдерів, насамперед, професійних спільнот, населення, громадських об'єднань до формування та безпосереднього запровадження менеджменту за результатами, управління компетенціями, насамперед, розробки їх програми подальшого розвитку, що виступають необхідними передумовами надання послуг в сфері медицини, згідно із обраного державою курсу;

- формування та впровадження системи інформаційного та комунікаційного моніторингу, забезпечення реалізації процесів, проектів, програм, стратегій, політик, базуючись на засобах ІКТ (насамперед, це стосується сервісу Є-здоров'я та Дія), що передбачають електронне урядування, діловодство, систему ведення електронних карток, тощо [20, 29].

Приходимо до висновку, що сучасні умови функціонування медичних закладів ставлять перед державними органами та власниками означених установ, а також їх безпосередніми керівниками, задачу стосовно координації всіх рівнів управління, які займаються питаннями розвитку медичної сфери, організації ефективного фінансування. Спираючись на обрану систему реальних результатів, залучення до управління медичними закладами громадських об'єднань та використання їх компетенцій стимулюватиме їх до прийнятті участі у розвитку вітчизняної сфери охорони здоров'я. На практиці це буде пов'язане із пошуком збалансованого поєднання основних принципів функціонування існуючої та новітньої системи публічного управління, спрямованої на нарощення якості медичних послуг.

Як нами було визначено, однією із проблем в діяльності означеного медичного закладу можна виокремити якість надаваних послуг, тож, на нашу думку, варто приділити увагу даній проблемі для того, щоб удосконалити загальний рівень управління. Маємо зауважити, що проведений аналіз показав зниження вартості одного ліжкодня перебування в лікарському закладі, а також досить низькі витрати на харчування однієї особи. Для підтримання конкурентоспроможності закладу на рівні не лише Олександрійського району, але й області, що сприятиме підвищенню кількості коштів спрямованих НЗСУ за кожного пацієнта, який пройшов лікування, пропонуємо підвищити сервісний рівень медичного обслуговування.

Тому, повертаючись до питання власне забезпечення якості медичного обслуговування повинні зауважити, що її можна трактувати в трьох вимірах. В першому можна її розглядати як власне медичний результат здійсненого

обслуговування. В другому аспекті варто зауважити про власне якість процесу обслуговування (оперативність, поведінка персоналу, умови перебування медичних закладах). Третій ступінь виражається соціальною оцінкою суспільства щодо відповідності очікуваній соціальній етиці надання медичних послуг. Узагальнюючи зазначене, соціальну якість медичного обслуговування можна трактувати як надання для кожного громадянина доступу до медичних послуг та його захисту від настання проблем у сфері забезпечення фінансами в разі настання хвороби [20].

Маємо зауважити, що під кількісним оцінюванням якості надання медичної послуги і загалом для того щоб краще уловити сутність власне якості медичного обслуговування, що загальноприйнято трактується як відносини хворого та лікаря, тобто споживача і власне виробника медичного послуги, варто абстрагуватися від медичної сутності як такої та розглядати медичні послуги на загальному рівні. Таким чином, можна відобразити етапи оцінювання рівня якості медичного обслуговування в закладах охорони здоров'я за методикою відображеною на рис. 3.1., а процес в менеджменту якості медичних послуг в медичних установах, спираючись на методологію системного аналізу, можна подати у вигляді послідовності, що відображена на рис. 3. 2. [37, 42].

Підкреслимо, що незважаючи на велику кількість досліджень в сфері функціонування медичного ринку, досі немає остаточного уявлення про моніторинг кон'юнктури на ньому, не розроблено основоположні принципи розробки тарифів на медичне обслуговування, які враховували б конкурентні переваги медичних закладів для нарощення кількості пацієнтів і утримання вже існуючих клієнтів. При цьому, варто звернути увагу на особливість, що виявляється у наявності суттєвих розбіжностей між існуючим та бажаним станом в системі менеджменту медичних послуг. Так, наприклад ті результати, які виходять із означеної системи, насамперед в області тарифування за обслуговування кожного пацієнта, в ідеалі повинні забезпечувати додаткове збільшення пацієнтів та спрямовуватися на

отримання додаткового прибутку, чого ми не спостерігаємо, аналізуючи наявну систему медичного обслуговування. Тож, приходимо до висновку, що варто здійснити і зміни в тарифуванні медичних послуг, що в кінцевому результаті має призводити до підвищення ефективності діяльності закладу та позитивно впливати на рівень якості надання послуг в сфері охорони здоров'я [25].



Рис. 3.1. Етапи проведення оцінки якості надання послуг з охорони здоров'я

Джерело: [37]

Таким чином, на нашу думку зміна наявної системи надання медичних послуг має здійснюватися за рахунок впровадження зворотнього зв'язку, що ґрунтуватиметься на взаємозв'язку наступних ланок: моделі виходу, моніторингу визначення відповідності кінцевих результатів попереднім цілям та моделі впливу. Для забезпечення вирішення проблемних питань, пов'язаних із недостатньо дієвими методами мотивації діяльності медичних установ, варто розробити систему принципів, які одночасно будуть

направлені на розвиток медичної системи, а також враховуватимуть інтереси медичних закладів та населення за рахунок проведення оптимізаційних процесів в менеджменті закладів охорони здоров'я [42].



Рис. 3.1. Процес менеджменту якості надання послуг з охорони здоров'я

Джерело: [42]

Серед таких принципів можна навести принцип самоврядування та впровадження економічної самостійності, розробку пропорційного співвідношення обов'язкових, гарантованих державою та платних медичних послуг, перманентне нарощення професійного рівня і кваліфікації медперсоналу, розробка дієвої системи мотивації праці, застосування різноманітних методів менеджменту, тощо [38].

Відповідно, нами запропоновано, з урахуванням означених аспектів систему управління якістю в закладах охорони здоров'я, що відображено на рис. 3.3.

На основі даної моделі показано взаємоузгодження основних інтересів пацієнтів з медичних установ, а також держави за рахунок врахування

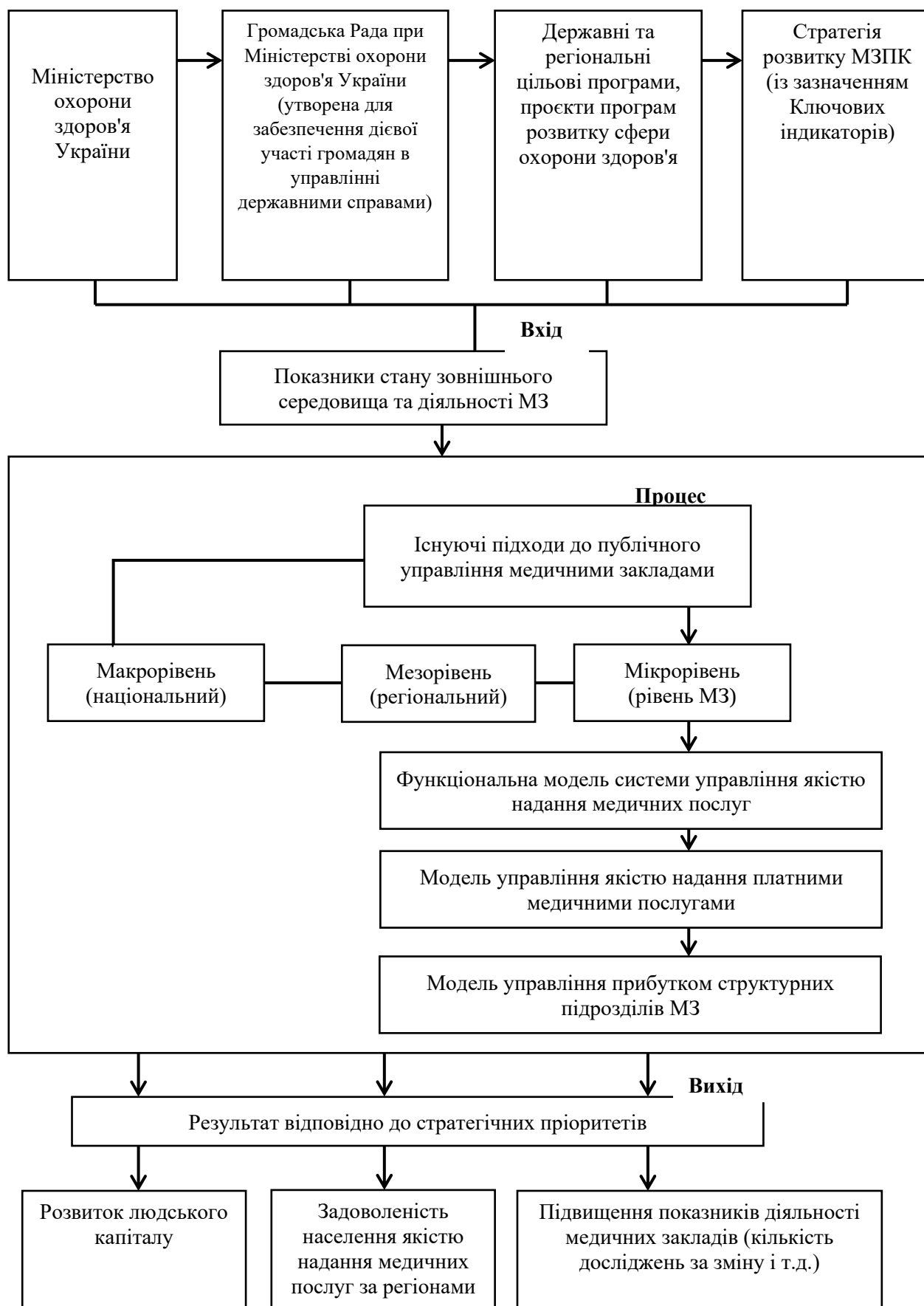


Рис. 3.3. Система управління якістю в медичних закладах

Джерело: [35, 29, 44]

індивідуалізації надання медичних послуг, розширення їх номенклатури, а також встановлення тарифів та їх пільгового розміру для врахування інтересів соціально незахищених верств населення. Зауважимо, що в даній моделі до уваги обов'язково беруться чинники зовнішнього середовища функціонування медичної установи, а також забезпечено оптимальне співвідношення отримання прибутку відповідно до категорій пацієнтів, їх кількості та номенклатури послуг. Запровадженням даної моделі буде уможливлено встановити оптимальне співвідношення між нарощенням обсягів послуг медичних закладів та паралельного зниження тарифів на них, при цьому забезпечуватиметься можливість моделювання тарифікації, а також стимулювання збільшення кількості пацієнтів, що дозволить наростити прибуток медичного закладу.

Відповідно, кінцевими результатами запровадження означеної системи стане підвищення рівня здоров'я нації, що позитивно вплине на розвиток людського капіталу, дасть можливість прогнозувати кількість клієнтів відповідно до кожного окремого виду медичних послуг, обрахувати оптимальну собівартість, що включатиме і покриття витрат, і забезпечення необхідної якості медичного обслуговування, приведення у відповідність тарифів, що дозволить наростити дохід медичної установи, отримати додатковий прибуток, а відповідно підвищити рентабельність медичних закладів, тощо.

Зауважимо, що раціональне використання ресурсів медичних закладів теж позитивно вплине на економічну віддачу та ефективність надання медичних послуг, а також за формування оптимальної системи обслуговування клієнтів, забезпечить зменшення витрат часу на кожного пацієнта, що також формуватиме резерви до підвищення кількості пацієнтів, що обслуговуються. Зазначене свідчить, що така система потребуватиме і кадрів відповідного профілю та кваліфікації, що досягатиметься за рахунок підвищення оплати праці, надання соціального пакету, формування

сприятливих психологічних умов роботи в медичній організації за рахунок нарощення її конкурентоспроможності на ринку [46].

Насамкінець додамо, що медичні заклади за своєю природою, як і будь-які інші організації, за умови успішного економічного функціонування можуть складати інтерес для вкладення коштів інвесторів для розвитку медичного бізнесу, а також реалізації інноваційних проектів в даній сфері, що також сприятиме підвищенню якості надання медичних послуг.

Підбиваючи підсумки зауважимо, що застосування механізму підвищення якості надання медичних послуг дасть не лише можливість підвищити фінансові результати діяльності медичного закладу, а й наростити його конкурентоспроможність, поліпшити імідж серед населення при одночасному збереженні у державних органів влади контролю над ключовими показниками його функціонування, що дозволить забезпечити підґрунтя для формування людського капіталу високої якості.

3.2. Впровадження концепції lean-менеджменту в діяльність КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня»

Зважаючи на здійснений у другому розділі аналіз та основні виклики, які постають перед закладами охорони здоров'я після проведеного реформування та зміни форми організаційної діяльності медичних установ на комунальні некомерційні підприємства, приходимо до висновку, що актуальності набувають питання нарощення якості обслуговування в закладах охорони здоров'я. Загострення конкурентної боротьби виводить на передній план задоволення потреб пацієнтів, а, відповідно, необхідно уважніше підходити до процесу надання медичних послуг, зростання їх доступності, нарощення ефективності, оптимізації та зниження фінансових витрат, а також інших чинників, які супроводжуються використанням ресурсів, вдосконалювати організацію робочих місць з метою формування

комфортних умов праці для медперсоналу, а також забезпечення безпечного процесу обслуговування пацієнтів.

З огляду на вище зазначене, вважаємо, що одним з часних методів вирішення наведених питань є застосування в роботі медичного закладу методів ощадливого виробництва, іншими словами інструментів lean-менеджменту. Застосування даної методології в процес управління медичними установами забезпечить нарощення якості обслуговування населення за рахунок скорочення витрат. Тобто, досягатиметься мета при здійсненні медичного обслуговування пацієнтів щодо зниження усіх видів витрат ресурсів, які не дають змогу додати додаткової цінності для клієнтів медичних закладів.

Маємо зазначити, що lean-менеджмент виступає новітньою філософією менеджменту, яка дає змогу наростити ефективність здійснення всіх виробничих та управлінських процесів в організації. Тобто, іншими словами, можна сказати, що lean-менеджмент виступає у якості стилю управління та системи менеджменту [48].

Основоположною рисою ощадливого виробництва є вірне визначення власне цінності кінцевого продукту для споживача, котра характеризується чіткими вартісними та якісними властивостями. А, відповідно, процес lean-менеджменту варто розпочинати із дослідження потреб та бажань споживачів та виокремлення найбільш важливих для нього якостей продукції та послуг, що виробляються.

Методика застосування ощадливого виробництва та концепції lean-менеджменту в сфері медицини в країнах зарубіжжя набули свого поширення в кінці XX століття. Відповідно, першим хто застосував методологію lean-менеджменту в медицині є Zindel, який є президентом компанії Lean Hospitals. Ще одним вагомим дослідником в галузі застосування lean-менеджменту в сфері охорони здоров'я є М. Graban. Названі дослідники випустили ряд праць стосовно застосування концепції lean-менеджменту в медичній сфері [7].

Маємо зауважити, що в певних зарубіжних країнах досить успішно впроваджувалася означена концепція, зокрема в Данії, починаючи з 2005 року, більш ніж 80% медичних установ запровадили методологію lean-менеджменту в свою діяльність. Зокрема, було досягнуто зростання обсягу обслуговування пацієнтів на 10%, а задоволеність клієнтів медичних закладів значно виросла, при цьому вартість обслуговування одного пацієнта не підвищилася. Лікарні Німеччини також застосовують систему lean-менеджменту, ґрунтуючись на запозиченні моделі, яка успішно впроваджена в компанії Nissan. Так, це дало змогу здійснити оптимізацію внутрішніх процесів управління, а також налагодити роботу із кадровим потенціалом лікарні. Окрім цього, впровадження означеної концепції дозволило одночасно підвищити ефективність діяльності медичних закладів, знизити витрат при паралельному нарощенні якості надання медичних послуг, що виразилося у зменшенні кількості часу очікування пацієнтів для оглядів, виконання лікувальних процедур та операцій [51].

Маємо зауважити, що, незважаючи на позитивний зарубіжний досвід, впровадження концепції lean-менеджменту в діяльність медичних установ, для вітчизняної медицини, зокрема і для досліджуваного підприємства, цей напрям є досить новим, а відповідно потребує детального розгляду для формування уявлення про переваги його впровадження в практичну діяльність.

Перш за все, для розуміння процедури ефективності впровадження концепції lean-менеджменту в діяльність КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня» нам необхідно побудувати карту шляху пацієнта в цій медичній установі. Згідно з методикою, вона має починатися із встановлення порядку дій, до яких відносять: пошук та виявлення проблемних зон, здійснення їх оцінки відповідно до можливостей досліджуваної медичної установи та формування на цій основі матриці ABC, що визначає важливість та терміновість вирішення проблемних питань. Після чого, на основі

виявленої інформації, створюється карта шляху для пацієнтів, враховуючи постулати lean-менеджменту.

Методологія lean-менеджменту ґрунтується на перманентному вдосконаленні якості медичного обслуговування та одночасному скороченні витрат, які знижують ефективність процесів менеджменту в організації. Так, усталено прийнято виділяти наступні види витрат, що є характерними для більшості медичних закладів:

1. Дефекти, тобто втрати часу, які понесені під час виконання дій, що в кінцевому випадку виявилися невірними, перевірка на наявність помилок зробленої роботи та виправлення тих помилок, які були знайдені. Найрозповсюдженішим прикладом в закладах охорони здоров'я такого типу витрат є відсутність потрібного лікарського засобу.

2. Перевиробництво, тобто ситуація, коли робіт виконується більше, ніж необхідно споживачу, або робота виконується раніше, ніж в цьому з'явилася потреба. Для медичних закладів характерним є виконання діагностичних процедур в яких немає потреби в конкретному випадку.

3. Транспортування - це зайвий рух ресурсів, продукції, матеріалів, зразків в організаційній системі. В медичних установах це можна розглядати як переміщення пацієнтів від одного приміщення закладу до іншого для проведення лікування.

4. Очікування, тобто час очікування наступної події або робочої дії, що повинна бути в виробничому процесі. В медичних закладах до такого типу витрат відносять очікування прийому у чергах.

5. Запаси, тобто формування надмірної кількості сировини, яка вимагає додаткових витрат на її зберігання, а також зберігання виготовленої продукції. В охороні здоров'я такий вид витрат можна охарактеризувати наявністю ліків, які прострочені за терміном придатності та невикористані в процесі лікування.

6. Переміщення - це непотрібні переміщення працівників в організаційній системі. Як приклад, можна навести велику кількість зайвих пересувань медичного персоналу для пошуку необхідних лікарських засобів.

7. Зайві етапи обробки, тобто здійснення операційних процесів, які не цінуються клієнтом. В лікарнях, як правило, такі витрати пов'язують з введенням інформації до комп'ютерної системи медичного закладу, що потім не знаходить свого застосування, є зайвою.

8. Людський потенціал. Тут маються на увазі витрати, які пов'язані із недостатньою залученістю персоналу до процесу прийняття управлінських рішень, невикористання висловлених ними ідей стосовно поліпшення діяльності організації. Наприклад, в закладах охорони здоров'я, такі втрати найчастіше пов'язані із втомою медичного персоналу та зниженням їх мотивації до вдосконалення робочої діяльності [11, 49, 50].

Узагальнення даної інформації, а також виявлення особливостей функціонування КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня» для подальшого впровадження інструментів lean-менеджменту в господарську діяльність, нами було проведено визначення проблем в функціонуванні даного закладу, які в кінцевому результаті негативно впливають на його ефективність. Зокрема, такий аналіз дав змогу виокремити наступні проблемні зони КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня», які чинять прямий вплив на рівень втрат та зниження ефективності обслуговування населення:

1. відсутність достатньої кількості інвестиційних ресурсів для забезпечення оптимального розвитку медичного закладу;
2. відсутність сформованого бренду медичної установи;
3. невисокий рівень сервісних послуг для пацієнтів;
4. відсутність побудованих чітких маршрутів хворих в медичній установі;
5. нечітко сформована загальна стратегія організації;

6. в багатьох відділеннях наявне застаріле обладнання для діагностики та безпосереднього лікування;
7. використання застарілих технологій діагностування та виконання лікувальних процедур, зокрема, через відсутність належного обладнання;
8. низький рівень здійснення сучасних наукових досліджень в межах проведення лікувальної практики фахівцями медичного закладу;
9. низький рівень застосування інновацій в діяльність медичної установи;
10. зважаючи на низку обставин, відсутність надійних джерел фінансування, що дозволили б повністю забезпечити всі ресурсні потреби медичного закладу;
11. недосконала система зворотнього зв'язку з медичним персоналом для пацієнтів;
12. не проведення медичним закладом рекламних кампаній для залучення додаткових клієнтів;
13. старі меблі в палатах для хворих;
14. низька якість постільної білизни в палатах для хворих;
15. одноманітне харчування низької якості, що не сприяє задоволеності пацієнтів;
16. невисока кількість залучення практикуючих медиків, насамперед лікарів, в заходах наукового рівня (конференціях, семінарах, тренінгах);
17. досить високі черги на прийом до лікарів, а також нестача ліжкомісць;
18. недосконала система онлайн запису до лікарів на прийом;
19. наявні черги в реєстратурі поліклінічного відділення та під час оформлення пацієнтів на лікування в стаціонарі, а також для проведення лікувальних процедур.

Маємо зауважити, що подальший аналіз проблемних зон в КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня» дав змогу виявити, що такі зони, як нестача ресурсів для інвестиційного розвитку, застаріле обладнання,

не застосування новітніх методів діагностичних та лікувальних процедур, не проведення в медичній установі самостійних наукових досліджень, недостатнє залучення інновацій, а також відсутність стабільних джерел фінансування не залежать від поточного управління закладом, а знаходиться у відомстві інших органів. Оскільки прямого впливу керівництво закладу на ці проблеми здійснити не може, то, відповідно, із проведеного аналізу ці зони було виключено.

Використовуючи методику матриці Ейзенхауера, було здійснене подальше рейтингування проблемних питань у відповідності до критерію важливості та терміновості їх вирішення, що відображено нами на рис. 3.1.

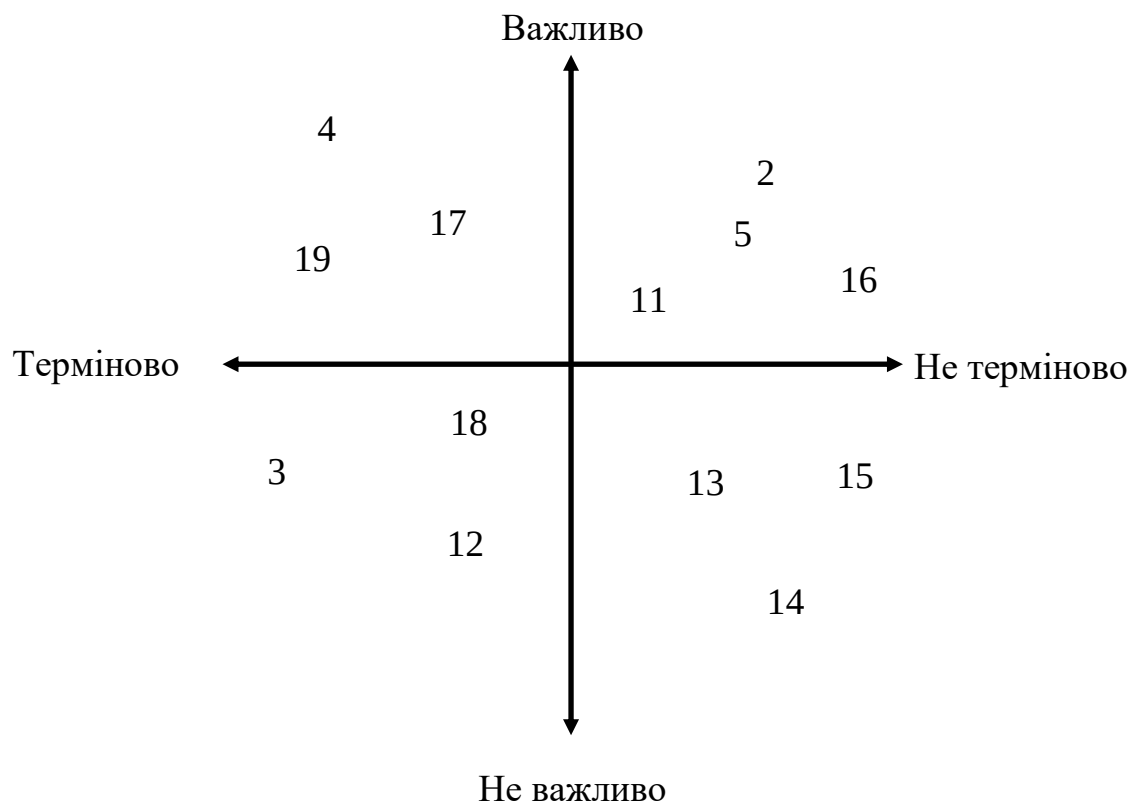


Рис. 3.1. Матриця Ейзенхауєра для рейтингування «вузьких місць» в діяльності КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня»

Джерело: складено за даними установи

Зауважимо, що побудова означеної матриці була здійснена із залученням думки експертів, у ролі яких виступав не лише адміністративний та медичний персонал, а й обслуговуючі працівники медичного закладу. Так,

нами було визначено, які проблемні питання потребують нагального вирішення, а розв'язання яких наразі не є критичним для ефективної діяльності закладу, а також проранжовано окреслене коло питань, базуючись на думці експертів за важливістю та, відповідно, неважливістю впливу на ефективність роботи КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня». Маємо зауважити, що дана матриця не дає можливості визначити порядок безпосереднього розв'язання проблемних питань. Для цього нами було застосовано ABC-аналіз. Після чого ми здійснили об'єднання даних двох інструментів у матрицю, яка відображена в табл. 3.1, визначивши, таким чином, черговість вирішення окресленого кола питань.

Таблиця 3.1.

**Матриця ранжування «вузьких місць» в діяльності КНП
«Олександрійська Центральна районна лікарня» за критерієм
важливості і терміновості**

	А	В	С
Важливо – терміново	4, 17, 19		
Важливо – не терміново Терміново – не важливо	5, 11, 18, 3	16, 12	2
Не важливо – не терміново		14, 15	13

Джерело: складено за даними установи

На нашу думку, такий підхід дозволить досліджуваному медичному закладу не лише усунути проблемні питання, які є важливими та терміновими, а й загальну їх більшість, що на думку опитаних експертів є важливим.

В першу чергу, на нашу думку, варто розв'язувати ті проблеми, які відносяться до квадранту А у повній мірі, частково квадрантів В та С, які відповідають за важливі та термінові проблеми. Наступними до виконання пропонуємо брати до уваги проблемні питання, що відповідають в наведеній таблиці квадрату В в рамках зон «важливі та неважливі, однак термінові» та «неважливі і нетермінові», а також квадранту С, в яких знаходяться проблеми які є не важливими, але різними за часом впровадження:

терміновими або ж ні. В останню чергу варто вирішувати проблеми, які зосереджені в квадранті С та є і нетерміновими, і неважливими.

Відповідно, для вдосконалення господарської діяльності КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня» та мінімізації витрат, які не приймають участь у формуванні цінності для пацієнтів насамперед важливо:

- Сформувати маршрутні карти клієнтів медичного закладу із окресленням відповідального кола осіб, що приймають участь в наданні медичних послуг;
- Прибрати черги до реєстратури кабінетів медичних працівників та процедурних;
- Підвищити якість сервісного обслуговування в медичній установі;
- Налагодити систему електронного запису до лікаря (перехід від медкарт до E-Health);
- Розробити стратегію розвитку КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня» на довгостроковий період та сформувати деталізований план його впровадження.

Маємо зауважити, що для візуалізації процесу забезпечення клієнтського сервісу, який підлягає нагальній оптимізації, ми пропонуємо застосовувати такий інструмент lean-менеджменту, як картування потоку формування цінності для клієнта (VCM), а також використовувати техніку, яка є досить популярною за кордоном, а саме методологію «Чому-Чому», позаяк дозволяє досягти запланованих результатів. Далі здійснюється візуалізація усіх кроків, які запроваджуються, що дозволяє поліпшити весь процес управління, а не лише здійснити оптимізацію окремих складових частин.

Опираючись на схему, яка відображена нами на рис. 3.2, бачимо, що на сьогодні в поліклінічному відділенні шлях хворого сформований з шести етапів - це звернення до поліклінічного відділення; безпосередній запис пацієнта; відвідування пацієнтом поліклініки; проведення консультативного

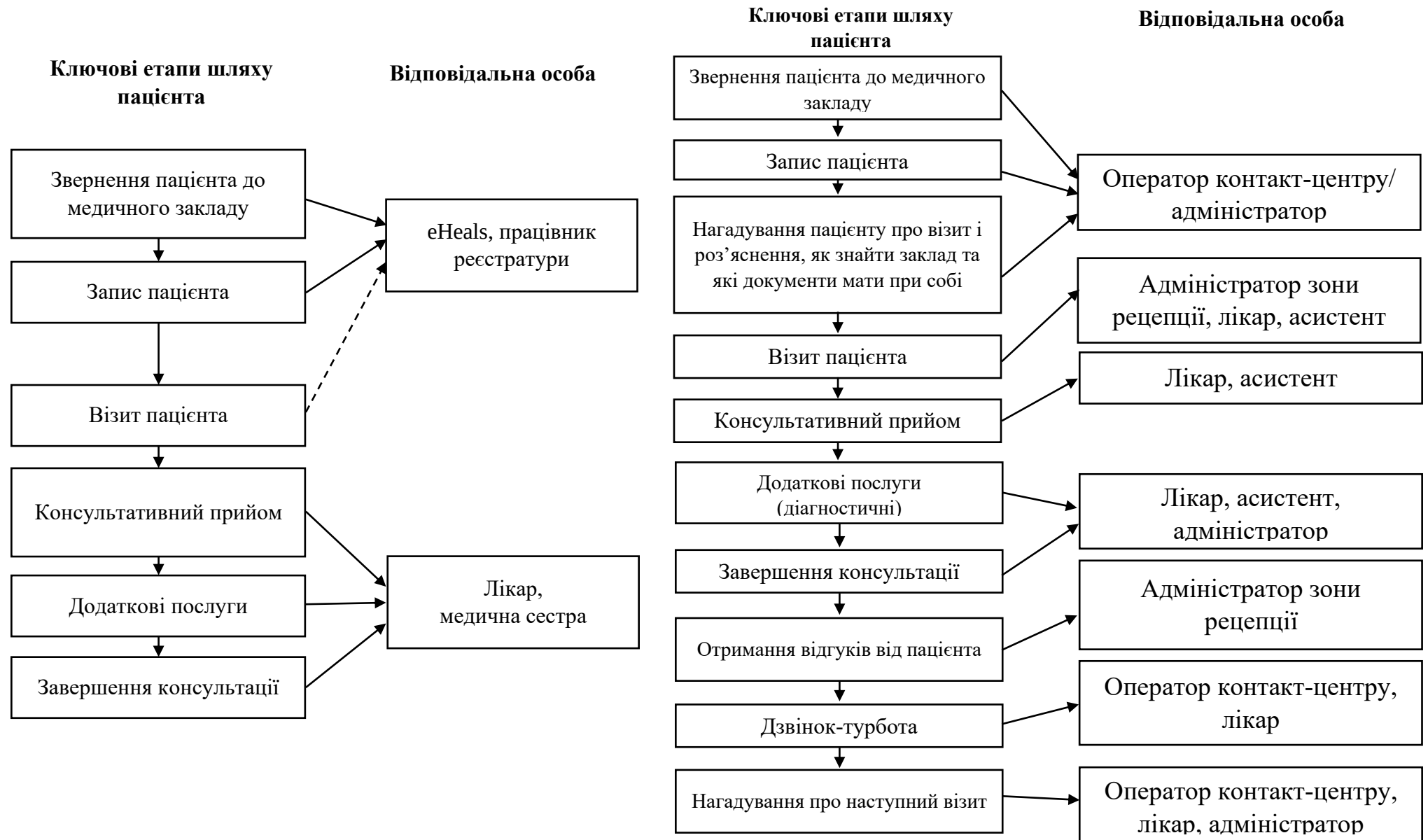


Рис. 3.2. Порівняльний аналіз діючої та удосконаленої карти шляху відвідувача в КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня»

Джерело: складено із використанням [11, 25, 48, 49]

прийому; надання йому додаткових послуг, або ж направлення до стаціонару та завершення прийому. Маємо зауважити, що донедавна запис до поліклінічного відділення здійснювався через систему MedCard24, яка на сьогодні була замінена системою E-Health, що потребує додаткового підтвердження з боку працівників поліклініки. Додамо, що у разі відвідування поліклініки хворим із особою, яка його супроводжує, відбувається самотійне знаходження ними необхідного кабінету лікаря, керуючись інформаційними матеріалами, зокрема розкладом прийому для отримання подальшої консультації. Однак, за потреби пацієнт може звернутися до реєстратури для уточнення необхідної йому інформації. Відповідно, таким чином, закінчується взаємодія пацієнта із поліклінічним відділенням. Розроблений нами шлях пацієнта включає наступні етапи, які відіграють важливу роль для формування лояльного відношення хворого до медичної установи, насамперед - це нагадування про відвідування надання необхідної інформації стосовно місцезнаходження кабінетів та списку необхідних документів, в яких є потреба під час відвідування, налагодження зворотного зв'язку для отримання відгуку про візит, а також запровадження нагадувального дзвінку про повторне відвідування закладу, за потреби.

Дослідження статистики звернень після запису до поліклінічного відділення дало змогу прийти до висновку, що деякі пацієнти забувають про запис, частина міняє плани, що в кінцевому випадку, формує нерівномірне навантаження на медичних працівників, а отже не сприяє налагодженню комфортного клімату для виконання лікарями своїх посадових обов'язків і, що логічно, знижує оплату праці медиків. Відповідно, нагадування хворому про запланований візит дасть змогу усунути таку проблему та зменшити чергу очікування до медичного працівника. Зауважимо, що певні обстеження не має змоги зробити в районному центрі, тож нагадування пацієнтам про список документів, які треба взяти з собою, включаючи результати обстежень, які можна зробити заздалегідь, зменшивши навантаження на

лікаря та кількість відвідувань медичного закладу, теж буде ефективно впливати на роботу медичної установи.

Критично важливою є процедура отримання відгуків від пацієнтів, поза як вони виступають не лише способом вдосконалення роботи медичної установи, а й засвідчують про важливість для медичного закладу думки пацієнтів стосовно роботи організації. Таким чином, можна підвищити лояльність пацієнтів до закладу охорони здоров'я. Зауважимо, що здійснення дзвінка турботи демонструє важливість для медичної установи кінцевого результату своєї діяльності, що стимулює в майбутньому пацієнта повторно відвідати, за виникнення потреби, даний заклад.

Порівнюючи діючий та запропонований нами підхід до формування шляху пацієнта, приходимо на висновку, що окрім появи додаткових складових, в даному процесі збільшується і коло осіб, які відповідальні за безпосередні контакти з пацієнтом. Однак, розширення кількості працюючих дасть змогу ліквідувати черги, які існують і в реєстратурі, і в приймальному покої, і в безпосередньо кабінетах до лікарів, та на проведення лікувальних процедур. Якщо взяти до уваги, наприклад, працівника реєстратури, то до його кола обов'язків входить запис до лікаря бажаючих по телефону та фізично присутніх в черзі, підтвердження реєстрації бажаючих отримати консультацію у лікаря в системі E-Health, надання консультацій стосовно розміщення кабінетів лікарів та часу прийому, про розташування лабораторій, діагностувальних кабінетів, процедурних. Таким чином, в холі збирається черга, що формує негативне ставлення у хворих до роботи медичної установи, що в свою чергу зменшує лояльність клієнтів.

Для того щоб виявити різницю між впровадженим та запропонованим шляхом клієнта і підвищити рівень лояльності пацієнтів, нами була застосована технологія «Чому-Чому», що відображено на рис. 3.3.



Рис. 3.3. Аналіз причин зниження лояльності пацієнтів в КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня»
 Джерело: складено із використанням [11, 25, 48, 49]

Після проведення аналізу, приходимо до висновку, що основними викликами, що стоять на шляху оптимізації функціонування реєстратури є:

- Нестача у медичного персоналу необхідних знань та навичок;
- Недостатній досвід впровадження такого підходу;
- Відсутність належного програмного забезпечення, яке дозволяло б сформувати необхідну базу даних, відповідно до встановлених критеріїв;
- Низький рівень комунікативної діяльності в медичній установі.

Загалом, підводячи підсумки проведеного дослідження, варто зауважити, що впровадження в діяльність КНП «Олександрійська Центральна районна лікарня» концепції lean-менеджменту, яка базується на методології ощадливого виробництва та проведена оцінка якісного рівня медичного обслуговування, дають змогу наростити задоволеність клієнтів, підвищити доступність медичних послуг, збільшити ефективність діяльності та усунути фінансові, тимчасові та інші втрати.

ВИСНОВКИ

Впровадження системного підходу в процес менеджменту медичних установ передбачає формування взаємопов'язаної структури елементів, до складу яких прийнято відносити: безпосередньо медичне обслуговування, необхідне для цього ресурсне забезпечення, а також інформацію, налагодження зворотного зв'язку із оточуючим середовищем (врахування, перш за все, системи чинників економічного, соціального, політичного, демографічного, культурного ґтибу, наявного інфраструктурного забезпечення).

Як показала практика, здійснена реформа, зумовила необхідність впровадження даного підходу, як одного із найефективніших способів реалізації її концепції як на рівні окремих закладів охорони здоров'я, так і на рівні функціонування усієї медичної галузі. З'явилась потреба у зміні усталеної медичної моделі Семашка на інші, більш прогресивні моделі організації медичної системи. Проте, зауважимо, про досить високий ступінь консерватизму медичної галузі, що зумовлює повільне впровадження реформаційних змін через труднощі як зі сприйняттям новітніх процесів, так і з фінансовим та ресурсним забезпеченням означених трансформацій.

Важливим на сьогодні стає формування стратегії функціонування для медичних організацій, з огляду нарощення конкуренції в даній галузі, зокрема, організаціями приватного характеру, що мають більшу мобільність у прийнятті рішень та адаптації до вимог ринку, що зумовлює потребу для комунальних підприємств також враховувати чинники ендогенного та екзогенного характеру. Дана ситуація вимагає від керівництва застосування сучасних управлінських моделей, впровадження новітніх форм оплати медичних послуг, освоєння цифрових застосунків із наданням медичної допомоги, оновлення у зв'язку із цим інформаційного забезпечення, підвищення кваліфікації медичного персоналу, застосування відповідних методика стратегічного, оперативного менеджменту, управління персоналом,

що відповідатимуть не лише вітчизняним, а й міжнародним стандартам якості в сфері надання медичних послуг.

Змінюється і підхід до управлінських кадрів у сфері медицини. За основу взято зарубіжний досвід, де керівники – не обов’язково медичні працівники, але професіонали, що мають достатній набір теоретичних та практичних знань та навичок у сфері менеджменту, а також економіки, розуміють специфіку функціонування медичної галузі. В українських реаліях посади головних менеджерів, як правило, обіймали лікарі, що зумовило потребу в зміні підходу щодо вимог до власне цих посад. Виходячи з того, що керівникові медзакладу доводиться об’єднувати своїй діяльності і адміністративні функції, і медичні, було встановлено необхідність отримання управлінською ланкою медичних установ освіти в галузі менеджменту, публічного управління, економіки або права. При цьому для різних категорій управлінського персоналу було висунуто свої вимоги, що відповідали специфіці управлінської діяльності тої чи іншої керівної посади.

Дослідження господарської діяльності аналізованого медичного закладу дозволяє прийти до висновку про певні проблеми в його діяльності, насамперед, пов’язані із неефективним використанням отриманих ресурсів. Фіксуємо зменшення бюджетних надходжень, зниження кількості коштів, які виділяється на одного пацієнта, враховуючи інфляційні процеси в країні.

Маємо зауважити і про нестачу персоналу в закладі, зокрема, відсутність достатнього штату лікарів та молодшого медичного персоналу. Така ситуація негативно позначається на якості послуг, що надає організація, зменшується лояльність пацієнтів, що в свою чергу, призводить до скорочення кількості відвідувань лікарні.

В умовах наростаючої конкуренції, пов’язаної із появою приватних закладів-конкурентів вважаємо, що основними управлінськими проблемами в діяльності комунальних некомерційних медичних установ є низька якість послуг, що надаються, а також неефективно організовані операційні процеси

під час провадження основної діяльності – надання медичної допомоги населенню.

Піднімаючи питання якості, нами запропоновано механізм удосконалення якості надання медичних послуг, що включає в себе питання, пов'язані не лише із скороченням витрат, а й з розширення спектру надання послуг, насамперед у напрямі їх комфортності для пацієнта, що в свою чергу сприятиме нарощенню їх лояльності, а також оптимізація тарифікації послуг, що забезпечить конкурентоздатність медичних організацій.

Зважаючи на сказане, ми пропонуємо впровадити в діяльність медичних установ концепцію lean-менеджменту, за допомогою якої стане можливим налагодити управлінські та операційні процеси в медичних закладах, підвищити їх результативність. Це досягається за рахунок постійного моніторингу якості та вдосконалення надання медпослуг, виявлення джерел скорочення витрат при одночасному утриманні якості обслуговування та, таким чином, підвищення ефективності управлінських процесів. Одним із способів застосування lean-менеджменту в медичних закладах вважаємо побудову дорожніх карт та логістичних маршрутів процесу обслуговування пацієнтів, пошук резервів скорочення витрат та впровадження заходів щодо їх удосконалення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баєва О.В., Чебан В.І. Менеджмент та організація роботи лікувально-профілактичних закладів. Навч. посібник. Ч.1 2013. 372 с.
2. Баєва О.В., Чебан В.І. Менеджмент та організація роботи лікувально-профілактичних закладів. Навч. посібник. Ч.2 2013. 308 с.
3. Баксалова О. М., Шелест Є. О. Теоретичні основи управління розвитком потенціалу конкурентоспроможності медичного закладу. *Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки*. 2021. № 6(2). С. 226-234.
4. Бакуменко В. Д., Попов С. А., Вошко І. В. Медична політика держави як об'єкт публічного управління та адміністрування. *Актуальні проблеми державного управління*. 2021. № 1. С. 163-173
5. Белобородова М. В., Олійник Т. І. Роль стейкхолдерів в управлінні якістю діяльності організації (на прикладі закладу охорони здоров'я). *Вісник ХНАУ. Серія : Економічні науки*. 2020. № 2. С. 124-139.
6. Бордюг К. Д. Таксономія стилів лідерства та особливості лідерства в управлінні медичним закладом. *Європейський вектор економічного розвитку*. 2019. № 2. С. 28–39.
7. Бортнік О. Підходи Agile та Lean: можливості застосування в органах місцевого самоврядування України. *Аспекти публічного управління*. 2020. Т. 8, № 6. С. 70-80.
8. Буняк Н. М., Ващук Т. П. Особливості стратегічного управління закладами охорони здоров'я. *Бізнес-навігатор*. 2022. Вип. 2. С. 67-71.
9. Василенко Ю. Європейський досвід підготовки фахівців управління медичною освітою. *Вісник Дніпровської академії неперервної освіти. Серія : Публічне управління та адміністрування*. 2022. № 1. С. 43-47.
10. Волченко Є. Є., Завацький Ю. А. Організаційно-управлінські умови розвитку конфліктологічної компетентності фахівців медичної галузі у

професійній взаємодії. Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2021. № 1. С. 130-138

11. Гладкова О. В. Впровадження інструментів lean-менеджменту в управління закладом охорони здоров'я. *Бізнес Інформ*. 2023. № 3. С. 145-152.

12. Гукова-Кушнір Г. Є. Оцінка кваліфікації лікарів як інструмент управління якістю медичної допомоги в Україні. *Демократичне врядування*. 2023. Вип. 1. С. 198-211.

13. Данько В. В. Управління закладами охорони здоров'я в сучасних умовах: теоретичний аспект. Вісник ХНАУ. Серія : Економічні науки. 2017. № 4. С. 225-233.

14. Деренська Я. М. Аспекти впровадження проектно-орієнтованого управління в діяльність закладів охорони здоров'я. *Економічний вісник Національного технічного університету України "Київський політехнічний інститут"*. 2022. № 21. С. 42-47

15. Економіка охорони здоров'я: Підручник/ В.Д. Парій, Т.А. Вежновець, В.І. Журавель і ін.: Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. Житомир: ТОВ «Видавничий дім «Бук-Друк», 2021. 288 с

16. Журавель В. І., Котуза А. С., Журавель В. В., Борковський Д. С., Палій С. Р. Холакратія в медичній галузі як демократична система управління: сутність, переваги, недоліки. Актуальні проблеми клінічної та профілактичної медицини. 2020. Т. 4, № 1. С. 5-13.

17. Запихляк І. Б., Ромашко О. М. Розвиток управлінських компетенцій керівників медичних закладів як чинник зміцнення безпеки здоров'я населення. *Науковий вісник Івано-Франківського національного технічного університету нафти і газу. Серія : Економіка та управління в нафтовій і газовій промисловості*. 2020. № 1. С. 35-48.

18. Іванчов П. В. Методологічні засади оцінки ефективності державного управління трансформацією медичної системи України. *Приазовський економічний вісник*. 2021. Вип. 1. С. 240-244.

19. Іванюк А. В. Концептуальні напрями формування управління регіональним медичним центром на принципах державно-приватного партнерства. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. № 2. С. 69-73.
20. Івашків Ю. Д., Мєдведєва Н. А., Музика В. П. Розроблення елементів системи управління якістю в умовах медичної установи. *Стандартизація. Сертифікація. Якість*. 2018. № 2. С. 22-26.
21. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я / схвалено Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11. 2016 р. № 1013-р URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text> (дата звернення 14. 10. 2023)
22. Лукаш С., Маслак О., Побідинський Р. Державне управління процесом автономізації медичних закладів в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Аспекти публічного управління*. 2021. Т. 9, № 1. С. 91-105.
23. Мельник А., Радзивілюк Л. Імплементація стратегічного планування в практику управління сучасним медичним закладом: методологічні та прикладні аспекти. *Вісник економіки*. 2021. Вип. 3. С. 66-83
24. Менеджмент в охороні здоров'я: Підручник / Під заг. ред. М.І.Хвисюка і І.І.Парфьоновой. Харків: ТОВ «Оберіг». 2008. Ч.1. 358 с.
25. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за науковою ред. д.е.н. Шкільняка М.М., д.е.н. Желюк Т.Л. Тернопіль, Крок. 2020. 560 с.
26. Назарко С. О. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. 2020. № 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/efek_2020_1_23
27. Назарко С. Сучасна парадигма управління закладом охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. *Проблеми і перспективи економіки та управління*. 2019. № 4. С. 170-175.
28. Проєкт Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року та

затвердження операційного плану її реалізації у 2023 році». URL: <https://moz.gov.ua/strategija>

29. Осокіна А. В., Сивицька К. В., Фатальчук Т. М. Пріоритетні напрями оптимізації управління операційною діяльністю приватних медичних закладів. Міжнародний науковий журнал "Інтернаука". 2021. № 5(2). С. 41-47

30. Пулянович О. В. Переваги впровадження lean production у сучасних умовах. *Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу*. 2023. № 1. С. 53-55.

31. Рогачевський О. П. Теоретичні аспекти стратегічного управління якістю медичних послуг. *Український журнал прикладної економіки*. 2020. Т. 5, № 4. С. 282-291.

32. Сазоненко Л. В., Толстанов О. К. Заходи антикризового управління закладом охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 16. С. 86-92.

33. Самойлик Ю. В., Погребняк Л. О. Стратегія управління розвитком закладів охорони здоров'я в умовах глобалізаційних змін. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 19-20. С. 161-166

34. Семчук І. В., Кукель Г. С., Роледерс В. В. Впровадження нових підходів до управління закладами охорони здоров'я в умовах ринку. *Ефективна економіка*. 2020. № 5. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/efek_2020_5_64

35. Сумець О. М., Алькема В. Г. Стан мотивації управлінського персоналу комунальних некомерційних закладів другого і третього рівнів медичної допомоги. *Вчені записки університету "КРОК". Серія : Економіка*. 2021. Вип. 3. С. 131-139.

36. Сучасна система підготовки керівників в сфері охорони здоров'я України: Методичні рекомендації. Київ, 2019. 46 с. URL: <https://dspace.uzhnu.edu.ua>

37. Тіхенко В. М., Тіхенко Н. М. Удосконалення системи управління якістю надання послуг медичними лабораторіями на підставі ризик-орієнтованого підходу. *Стандартизація. Сертифікація. Якість*. 2019. № 1. С. 43-48.

38. Ткаченко В. І. Європейський досвід управління якістю медичних послуг та його ефективність у первинній медичній допомозі. *Інвестиції: практика та досвід*. 2022. № 19-20. С. 132-140

39. Ткаченко В. І. Оцінка сучасної системи управління якістю первинної медичної допомоги в умовах реорганізації системи охорони здоров'я України. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2022. № 9. URL: <https://www.nayka.com.ua/index.php/dy/article/view/511/518>

40. Ходаківський Є. І., Присяжнюк О. Ф., Плотнікова М. Ф., Суботенко О. О. Інвестиційно-проектне управління розвитком первинної медичної допомоги: адміністративні та соціально-психологічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 13-14. С. 14-19.

41. Холодницька А., Лук'яшко М. Можливості використання компетентнісного підходу в управлінні медичними закладами в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Проблеми і перспективи економіки та управління*. 2020. № 1. С. 108-114.

42. Ціщик Р. В., Шестерняк М. М. Аналіз використання можливостей парадигми логістики в управлінні закладом охорони здоров'я. *Інфраструктура ринку*. 2020. Вип. 44. С. 131-136.

43. Ціщик Р. В., Котис Н. В. Оптимізація управління закладом охорони здоров'я на основі статистичних методів. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія : Економіка і управління*. 2020. Т. 31(70), № 4(2). С. 126-132.

44. Шкільняк М. М., Кривокульська Н. М. Розвиток концептуальних підходів до управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. № 2. С. 22-30.

45. Шкільняк М., Желюк Т., Дудкіна О., Жуковська А., Попович Т. Управління закладами охорони здоров'я: виклики та перспективи. *Вісник економіки*. 2021. Вип. 4. С. 225-233.
46. Шульгай А. Г., Сатурська Г. С., Панчишин Н. Я., Слободян Н. О. Особливості використання якісних методів досліджень в охороні здоров'я, зокрема у громадському здоров'ї та медсестринстві. *Вісник медичних і біологічних досліджень*. 2021. № 4. С. 161-166.
47. Щербак М. О., Кравченко О. О. Публічне адміністрування і управління медичним закладом підвищеної комфортності та якості надання медичних послуг. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 20. С. 101-108.
48. Яремко І. І. Підвищення ефективності механізмів управління закладами сфери охорони здоров'я. *Management and entrepreneurship in Ukraine: the stages of formation and problems of development*. 2021. Vol. 3, numb. 2. С. 127-139.
49. Dobrowolski Z., Sulkowski L., Adamisin P. Innovative Ecosystem: The Role of Lean Management Auditing. *Marketing and management of innovations*. 2022. № 3. С. 9-20.
50. Hryhorak M. Yu., Shevchuk L. V. Efficiency of "lean management" application in business processes management of refrigeration equipment supply chain during the COVID crisis. *Intellectualization of logistics and supply chain management*. 2021. № 5. С. 40-52.
51. Myhovykh I. V. Cross-border ways for university management: in search of the link between internationalization, employability, and lean management for higher education. *Інноваційна педагогіка*. 2022. Вип. 43(2). С. 115-121.

ДОДАТКИ