

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 ЕМКД  
№10 від „03” січня 2024 р.)

## **Кваліфікаційна робота**

**за другим (магістерським) рівнем вищої освіти**

на тему: «Удосконалення організації діяльності медичних закладів  
в умовах децентралізації»

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

\_\_\_\_\_ Олена ВИШНЕВА  
Керівник: к.е.н., проф. кафедри ЕМКД

\_\_\_\_\_ Анна ЛЕВЧЕНКО

Рецензент: д.е.н., професор

\_\_\_\_\_ Наталія ШАЛІМОВА

## ЗМІСТ

|                                                                                                                                                       |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ВСТУП                                                                                                                                                 | 4  |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ                                          | 7  |
| 1.1. Методичні основи управління медичними закладами в умовах децентралізації                                                                         | 7  |
| 1.2. Госпітальні округи як основа удосконалення якості медичного обслуговування в регіонах в умовах децентралізації                                   | 16 |
| 1.3. Організація управління закладами охорони здоров'я в умовах децентралізації                                                                       | 26 |
| РОЗДІЛ 2. ПРИКЛАДНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦІОНУВАННЯ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ В УМОВАХ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ НА ПРИКЛАДІ КНП «КРОПИВНИЦЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ» | 38 |
| 2.1. Загальна характеристика функціонування медичних установ в умовах децентралізації                                                                 | 38 |
| 2.2. Принципи побудови управління медичним закладом КНП «Кропивницька ЦРЛ» на засадах децентралізації                                                 | 44 |
| 2.3. Господарський аналіз діяльності КНП «Кропивницька центральна районна лікарня»                                                                    | 53 |
| РОЗДІЛ 3. ПРОПОЗИЦІЇ ЩОДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕНЕДЖМЕНТУ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ В УМОВАХ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ                                            | 66 |
| 3.1. Удосконалення системи інновативного менеджменту організаціями охорони здоров'я                                                                   | 66 |
| 3.2. Покращення системи якості медичної допомоги населенню регіонів як метод вдосконалення управління закладами охорони здоров'я                      | 74 |
| ВИСНОВКИ                                                                                                                                              | 83 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ                                                                                                                            | 85 |
| ДОДАТКИ                                                                                                                                               | 90 |

## ВСТУП

Відповідно до проєкту Закону України "Стратегія сталого розвитку України до 2030 року", однією із стратегічних цілей національного розвитку є забезпечення охорони здоров'я населення. Відповідно до цього закону, однією із стратегічних цілей національного розвитку є забезпечення охорони здоров'я населення. Основними принципами державного управління у сфері охорони здоров'я є верховенство права, законність, публічність, поєднання централізації та децентралізації, а також принцип системності. При цьому децентралізація влади може бути пояснена через визначення процесу взаємодії між децентралізованими органами управління. Цей процес досягається через моніторинг та оцінку системи охорони здоров'я з метою забезпечення всебічного задоволення потреб суспільства в цілому та кожного окремого громадянина зокрема в якісній медичній допомозі та підтримці.

Реформа децентралізації передбачає, що місцеві органи влади беруть на себе відповідальність за ефективність своєї діяльності та здійснюють її відповідно до закону. Реалізація реформи охорони здоров'я в Україні у зв'язку з децентралізацією вимагає розробки відповідних законодавчих змін і надає можливість перетворити державні заклади охорони здоров'я зі статусом бюджетних установ у некомерційні комунальні підприємства зі статусом автономних органів влади. Організації охорони здоров'я можуть досягати економічних результатів і мають право самостійно розпоряджатися своїми доходами.

Основними елементами реформи системи охорони здоров'я є вибір лікаря та медичного закладу (принцип "гроші йдуть за пацієнтом"), гарантоване фінансування медичних послуг через контракти з Національною службою здоров'я України, автономізація медичних закладів та діджиталізація системи охорони здоров'я. Ці зміни сприяють розвитку конкуренції та підвищенню якості медичних послуг. Крім того, визначено конкретні ролі закладів охорони здоров'я та способи надання медичної

допомоги в громаді.

Теоретичні та практичні аспекти підвищення ефективності управління закладами охорони здоров'я та їх значення для економічного зростання держави розглядаються у роботах Надюк З. О., Іванчова П.В., Костюка В.С. Питання управління закладами охорони здоров'я в умовах децентралізації досліджували такі науковці, як Стовбан М. П., Толстанов О. К., Гбур З. В., Мунько А. Ю. та ін. Зростаючий інтерес науковців до цього питання зумовлений тим, що охорона здоров'я є сферою, яка включає економічні та соціальні елементи і потребує державного регулювання, а на рівні первинної медико-санітарної допомоги відбувається тісний контакт з місцевим населенням.

**Метою** кваліфікаційної роботи є визначення основних аспектів впливу процесу децентралізації на організацію діяльності закладів охорони здоров'я, їх теоретичне обґрунтування та визначення напрямів її удосконалення. Відповідно до поставленої мети були вирішені такі **задачі**:

- дослідити теоретичні та методичні засади управління закладами охорони здоров'я в умовах децентралізації;
- здійснити аналіз діяльності медичних закладів в умовах децентралізації;
- розробити пропозиції щодо шляхів удосконалення організації діяльності медичних закладів в умовах децентралізації.

**Об'єктом** аналізу в кваліфікаційній роботі виступило КНП «КЦРЛ», що здійснює обслуговування населення як в поліклінічному, так і в стаціонарному відділенні. Загалом, в рамках реформи медичної системи, а також децентралізації, КНП «КЦРЛ» надає свої послуги мешканцям Кропивницького району.

**Предметом** дослідження є комплекс теоретичних, методологічних та практичних питань, що виникають у процесі вдосконалення організації діяльності медичних закладів в умовах децентралізації.

**Методи дослідження.** Методологічною основою дослідження є метод

наукового пізнання, системний підхід та методи фінансового аналізу. У дослідженні використано ретроспективний аналіз, структурний аналіз, порівняльний аналіз та коефіцієнтний аналіз.

**Інформаційна база.** Інформаційну базу дослідження становлять вітчизняні та зарубіжні джерела наукової літератури, довідкові матеріали, нормативні документи, теоретичні розробки, інформація з мережі Інтернет, а також особисті спостереження автора.

Окремі положення і висновки кваліфікаційної роботи мають **наукову і практичну цінність**. До елементів наукової новизни можна віднести:

набуло подальшого розвитку:

- окреслено основні вектори державного регулювання охорони здоров'я в Україні в умовах децентралізації;
- узагальнено напрями вдосконалення діяльності медичних закладів в умовах децентралізації.

**Практичне значення одержаних результатів.** Найважливіші теоретичні положення, пропозиції, узагальнення й висновки дослідження розширюють межі наукового аналізу з представленої теми, визначають напрями удосконалення організації діяльності медичних закладів в умовах децентралізації й можуть бути використані в діяльності закладів охорони здоров'я.

**Апробація результатів дослідження.** Опубліковано тези на тему «Удосконалення організації діяльності медичного закладу в умовах воєнного стану» у збірнику VI Міжнародної науково-практичної конференції «Конкурентоспроможна модель інноваційного розвитку економіки України», 7-8 грудня 2023 року.

**Структура кваліфікаційної роботи.** Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Основний зміст викладено на 90 сторінках друкованого тексту.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ

#### **1.1. Методичні основи управління медичними закладами в умовах децентралізації**

Реформування сектору охорони здоров'я в Україні спрямоване, насамперед, на впровадження методів забезпечення цілей сталого розвитку, пов'язаних з охороною здоров'я та формуванням добробуту населення. Ми дійшли висновку, що впровадження ефективних методів управління в закладах охорони здоров'я є необхідною умовою для досягнення цих цілей та реалізації заходів щодо стабілізації ситуації в секторі охорони здоров'я в цілому.

Управління закладами охорони здоров'я є основою ефективного функціонування цих організацій і базується на нормативно-правовому забезпеченні, яке регулює всі процеси, що відбуваються в закладах охорони здоров'я. Загалом ця сфера регулюється низкою законів та підзаконних актів, виданих Міністерством охорони здоров'я та компетентними європейськими органами, які регламентують широкий спектр діяльності організацій охорони здоров'я [5].

Загалом, до закладів охорони здоров'я належать лікувально-профілактичні, фармацевтичні, санітарно-профілактичні та інші установи та організації, пов'язані з охороною здоров'я та соціальним захистом населення [35].

Характерними рисами закладів охорони здоров'я є наступні:

- 1) Більшість закладів охорони здоров'я функціонують за рахунок бюджетних надходжень, але в українських реаліях все більшої популярності набувають приватні заклади охорони здоров'я;
- 2) Загальні цілі діяльності медичних організацій суттєво відрізняються

від кінцевих цілей господарської діяльності інших організацій, особливо тих, що пов'язані з наданням послуг у сфері охорони здоров'я для підтримання рівня здоров'я окремих осіб та населення в цілому. Водночас, вимірювання результатів діяльності медичних організацій також є проблематичним, оскільки існує обмежена кількість показників, за якими можна виміряти ефективність роботи цих організацій;

3) Високий ступінь автономії медичних працівників ускладнює контроль за їх діяльністю з боку управлінців;

4) Поєднання головних цілей організації охорони здоров'я - отримання прибутку, особливо в комерційній сфері - і соціальної спрямованості послуг, що надаються в секторі охорони здоров'я;

5) Дух здорової конкуренції, який існує серед персоналу комерційних компаній, є неприйнятним в організаціях охорони здоров'я;

6) Персонал організацій охорони здоров'я повинен враховувати особистісні характеристики пацієнтів, такі як стать, вік, етнічна приналежність та релігія;

7) Інтенсивність діяльності медичних працівників та постійний вплив на персонал високого рівня стресогенних факторів;

8) Організації охорони здоров'я, по суті, є системами, і їхня ефективність залежить від того, наскільки добре вони здатні адаптуватися до вимог зовнішнього середовища. Це вимагає змін у способах управління ними та використання відповідних організаційних структур, які дозволяють адекватно реагувати на нові проблеми та приймати правильні управлінські рішення;

9) Організації охорони здоров'я за характером своєї діяльності є виробничо-соціальними системами, що враховує всі аспекти менеджменту;

10) Організація охорони здоров'я за своєю природою є сукупністю взаємопов'язаних відділів і підрозділів, які функціонують для забезпечення досягнення загальних цілей розвитку. Паралельно кожен відділ має власну стратегію і несе відповідальність за реалізацію цієї стратегії та кінцеві

результати своєї діяльності;

11) Процеси планування в закладах охорони здоров'я здійснюються на довгостроковій та короткостроковій основі, залежно від поточної ситуації в закладі [32].

Таким чином, вищезазначене вказує на необхідність створення особливої системи управління в організаціях охорони здоров'я, яка враховує специфіку їх функціонування. Слід зазначити, що медичні заклади мають певні управлінські особливості, які пов'язані зі специфікою суб'єктів їх діяльності та соціальною спрямованістю управління медичними закладами. При цьому кінцевим результатом функціонування медичного закладу є послуги, що надаються пацієнтам, які вважаються основним структурним елементом зовнішнього середовища медичного закладу. Крім того, медичні послуги за своєю суттю є соціальними послугами, що передбачає взаємні відносини для пацієнта, населення в цілому та суспільства в цілому [21].

До характеристик організації охорони здоров'я, які визначають особливості її функціонування та впливають на процес управління, можна віднести наступні

- Складність вимірювання кінцевого результату діяльності організації охорони здоров'я та якості послуг, які вона надає;
- вузькоспеціалізований характер здійснюваної діяльності;
- Невизначеність і відсутність права на помилку.
- Необхідність тісної взаємодії та командної роботи між різними підрозділами організації охорони здоров'я; та
- Потреба у висококваліфікованих лікарях
- Потреба в заходах контролю за діяльністю лікарів з боку керівництва закладів охорони здоров'я має безпосередній вплив на обсяг роботи та витрати закладів охорони здоров'я [17].

Децентралізація також впливає на функціонування закладів охорони здоров'я і призводить до певних змін в управлінні медичними закладами.

Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України [31] в Україні

створено госпітальні округи з особливими умовами 1) час доїзду до багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування не перевищує 60 хвилин; 2) зона обслуговування відповідає радіусу 60-ти км. (при умові доріг із твердим покриттям). Це вимагає забезпечення належної інфраструктури, муніципального транспорту, а також високоякісних доріг, що має бути виконано в рамках «реформи децентралізації». А також закон передбачає створення госпітальних рад (ГД), до складу яких увійдуть представники обласного центру, районів та об'єднаних територіальних громад. (ОТГ), призначені відповідною місцевою радою для роботи в госпітальних радах. Завданням цих рад є координація дій та підготовка пропозицій і надання рекомендацій що стосуються національної політики в сфері охорони здоров'я на рівні госпітальних округів, а також організації і фінансування медичних послуг у госпітальних округах. Оскільки члени госпітальних рад є представниками виборних та інших органів територіальних громад – створюються передумови для надання громадянам вторинної медичної допомоги високої якості та здійснення ними своїх повноважень на високому рівні.

Окремої уваги заслуговує низка документів, затверджених Кабінетом Міністрів України 2016-го року, а саме Концепція розвитку системи Громадського здоров'я, Концепція реформи Фінансування охорони здоров'я та Концепція реформування механізму Публічних закупівель медичних препаратів та медичного обладнання [21]. Ці Концепції формують напрямок переформування системи охорони здоров'я та впливають на розвиток і вдосконалення суміжних сфер. Також, вони передбачають утворення регіональних структур громадського здоров'я (комунальних закладів, установ та підприємств), розширення можливостей реагування на комплексні потреби регіональних замовників у сфері публічних закупівель медичних препаратів та медичного обладнання та їх впровадження в закупівельних організаціях.

У зв'язку з вищезазначеними особливостями та умовами ведення

господарської діяльності в секторі охорони здоров'я, управління організаціями охорони здоров'я слід розглядати як процес, що включає як технічні, так і міжособистісні аспекти, де цілі організації охорони здоров'я встановлюються та реалізуються шляхом використання людей, фінансів, матеріалів, ресурсів та технологій [38].

Система менеджменту, пов'язана з організацією охорони здоров'я, є набором компонентів, які взаємодіють один з одним для забезпечення ефективності організації та досягнення поставлених цілей.

При цьому всі компоненти впливають один на одного. Слід зазначити, що ефективно побудована система управління організацією охорони здоров'я ґрунтується на чітко визначених концептуальних принципах, як показано на рисунку 1.1.

Слід підкреслити, що управління організаціями охорони здоров'я базується на трьох рівнях.

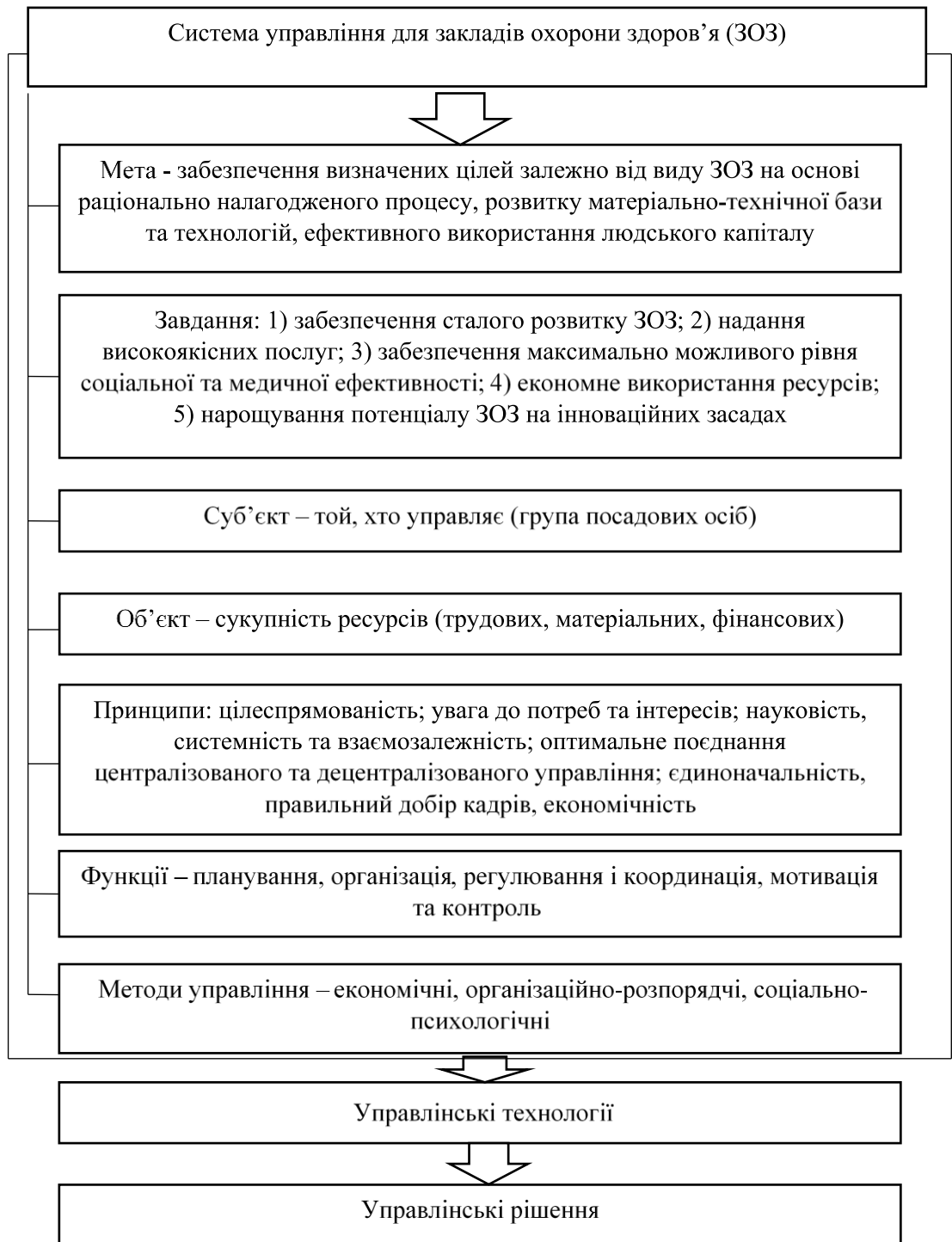
1. Стратегічний: зосередження уваги на відповідальності за наслідки прийнятих рішень (особливо вищого керівництва, включаючи генерального директора медичного закладу, відповідного лікаря, заступника директора та спеціалістів, які володіють необхідними фінансово-економічними знаннями).

2. Тактичний: оптимізує наявні ресурси, розподіляє ресурси відповідно до методів, пов'язаних з обраною стратегією, організовує процес реалізації стратегії та здійснює моніторинг поточних і кінцевих результатів (виконується головною медичною сестрою та завідувачем кожного відділення).

3. Операційний: гарантує процеси лікування в окремих відділеннях, тобто реалізацію лікувально-діагностичних процесів, якими зазвичай керує старший медперсонал [19].

Виходячи з вищезазначеного, моделі управління медичними закладами можна класифікувати на три категорії:

1) перша модель передбачає, що медичним закладом керує менеджер з медичною освітою;



**Рис.1.1. Концептуальні засади функціонування системи управління медичними закладами в умовах децентралізації**

Джерело: [6]

2) друга модель виходить з необхідності управління медичним закладом менеджером з економічною або юридичною освітою, який

підпорядковується головному лікарю. Ця модель має певні недоліки, головним з яких є те, що генеральний директор не розуміє специфіки галузі охорони здоров'я і, як наслідок, може приймати неправильні, а іноді й шкідливі управлінські рішення;

3) третя модель базується на виконанні управлінських функцій менеджерами, які мають підготовку як в галузі медицини, так і в галузі економіки. Ця модель вважається найбільш прийнятною, оскільки таке поєднання знань дозволяє системно підходити до оцінки функціонування організацій охорони здоров'я [3].

Суб'єктом системи менеджменту організацій охорони здоров'я є персонал, діяльність якого здійснюється відповідно до вказівок та інструкцій керівного органу, виробничі процеси (стандарти, що гарантують виконання медичних процедур та операцій, економічні нормативи) та матеріально-технічні фінансові ресурси.

Особливості менеджменту в сфері охорони здоров'я:

- складність,
- соціальна значимість результатів,
- труднощі застосування кількісних показників для оцінки,
- особливість фінансування,
- особливість кадрів (різні професійні групи, спеціалізація),
- особливості об'єктів управління,
- особливості зовнішніх факторів.

Функції управління закладами охорони здоров'я наведені в таблиці 1.1.

Виходячи з окреслених концептуальних засад системи менеджменту організацій охорони здоров'я, прийняття управлінських рішень у сфері охорони здоров'я відбувається шляхом використання конкретних методів менеджменту.

Зокрема, вони повинні бути спрямовані на забезпечення досягнення основних цілей організації охорони здоров'я та виконання конкретного обсягу завдань. До таких медичних рішень висуваються такі вимоги, як

кількісна визначеність, часові рамки, доступність та необхідність покладання відповідальності на конкретну особу за виконання визначеного обсягу повноважень [11].

Таблиця 1.1

**Основні функції управління закладами охорони здоров'я в умовах децентралізації**

| Функція       | Сутнісний зміст                                                                                                                                                                 |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| планування    | функція, за допомогою якої ЗОЗ визначає, яким чином він досягатиме своїх цілей;                                                                                                 |
| організація   | розробка структури управління, яка забезпечує оптимальний розподіл праці, підбір та розстановку кадрів, встановлення прав та обов'язків співробітників, забезпечення ресурсами; |
| регулювання   | збереження стану упорядкованості у виробничому процесі та управлінні;                                                                                                           |
| координування | забезпечення узгодженості дій всіх ланок ЗОЗ;                                                                                                                                   |
| мотивація     | функція, спрямована на забезпечення процесу спонукання персоналу, що створює оптимальні умови для досягнення як особистих цілей, так і цілей медичного закладу у цілому;        |
| контроль      | визначення відповідності планових показників та конкретних результатів діяльності.                                                                                              |

Джерело: [6]

Розрізняють такі види управлінських рішень у сфері охорони здоров'я.

1) Соціальні: спрямовані на формування системи підбору і розстановки кадрів та забезпечення процедур розвитку персоналу.

2) Медичні: спрямовані на забезпечення ефективних процесів надання лікувально-діагностичних послуг, підвищення якості медичної допомоги та просування найкращих практик у медичній сфері.

3) Організаційні, що включає процеси координації їхніх функцій, такі як розподіл відділів і служб та підготовка посадових інструкцій на основі посадових обов'язків.

4) Ресурсні: його метою є забезпечення засобів організації процесів надання медичних послуг та покращення матеріально-технічної

інфраструктури медичних закладів.

5) Адміністративно-господарські: визначається необхідністю проведення ремонтно-будівельних робіт.

6) Адміністративні рішення, метою яких є виконання адміністративних функцій для реалізації інших рішень [32].

Слід зазначити, що наведені вище концептуальні засади системи управління закладом охорони здоров'я фактично реалізуються в управлінському процесі, який складається з декількох етапів:

Перший етап базується на отриманні достовірної інформації про вихідний стан організації охорони здоров'я, обробці та аналізі цієї інформації, що дозволяє зробити висновки про поточний стан системи управління та спрогнозувати подальший розвиток організації охорони здоров'я. Другий етап - безпосередня розробка системи управління організацією охорони здоров'я.

Другий етап - безпосередня розробка та прийняття рішень у сфері управління охороною здоров'я.

Третій етап - реалізація прийнятих рішень.

Четвертий етап - організація процесів, які контролюють виконання прийнятих рішень в організаціях охорони здоров'я [14].

Таким чином, це дослідження описує концептуальні засади системи управління організацією охорони здоров'я, які можуть бути використані для організації ефективних управлінських процесів. Зокрема, механізми управління організаціями охорони здоров'я повинні ґрунтуватися на системному підході, який може враховувати внутрішні та зовнішні фактори середовища в секторі охорони здоров'я. Водночас сам системний підхід дає можливість керівникам організацій охорони здоров'я ефективно застосовувати різноманітні методи, які сприяють розвитку організацій охорони здоров'я. Особливості процесу прийняття управлінських рішень у сфері охорони здоров'я розглядаються в наступному підрозділі кваліфікаційного дослідження.

## **1.2. Госпітальні округи як основа удосконалення якості медичного обслуговування в регіонах в умовах децентралізації**

Децентралізаційна реформа в межах забезпечення дотримання прав українців щодо надання медичної допомоги в рамках змін медичної моделі має на меті додержання таких підходів, які б враховували перетинання інтересів регіонів, а також інтересів національного масштабу для забезпечення населення медичними послугами належної якості, що передбачає формування відповідного інституційного та ресурсного базису для підтримання діяльності та подальшого розвитку медичної сфери.

Одним із таких підходів є виокремлення госпітальних округів, які виступили у якості засобу фізичної та часової близькості медичного обслуговування до окремого індивіда та забезпечили підвищення якості послуг охорони здоров'я [22].

Найбільш активна фаза, що стосувалася формування інституціонального підґрунтя запровадження госпітальних округів розпочалася після затвердження відповідної Постанови наприкінці 2016 року [37], що мала за основу формування госпітальних округів, які виступали у якості об'єднання медичних установ, що знаходились на певній території і за рахунок поєднання діяльності забезпечували населення спеціалізованою вторинною медичною допомогою. При цьому основними принципами, на яких ґрунтувалось об'єднання медичних закладів були: безпека та підвищення якісних параметрів медичного обслуговування на постулатах доказової медицини; вчасне надання медичної допомоги населенню; підтримка економічного ефекту за рахунок раціоналізації та ощадливості використання коштів, виділених з бюджету за умови зростання якості медичного обслуговування.

Під час визначення та конкретизації областей та переліку медичних закладів, які входили б до госпітальних округів, користувалися наступними критеріями, що передбачали наступне: до кожного госпітального округу мала

входити не менш ніж одна лікарня (БЛЛ), що за своєю сутністю є багатoproфiльною та надає послуги iнтенсивного лiкування за першим або другим рiвнем, а також iншi медичнi заклади. БЛЛ за першим рiвнем на метi має забезпечення не менш ніж 120 000 осiб медичним обслуговуванням, а така сама лiкарня другого рiвня має обслуговувати не менш ніж 200 000 осiб. Основоположною умовою формування госпiтальних округiв виступало те, що зона, що передбачена для обслуговування, окреслювалася своєчаснiстю надходження до БЛЛ хворих (не бiльш ніж за 60 хвилин), а також мала бути рiвною по охопленню пацiєнтiв не менш ніж 60 км в рiдiусi. Вiдповiдно, згаданi госпiтальнi округи передбачали на метi формування БЛЛ, якi мали б вiдповiдно до законодавчих вимог надавати широкий спектр вторинного медичного обслуговування високої якостi за використання новiтнiх прогресивних лiкарських, а також дiагностичних технологiй.

Отож, для формування лiкарень нового типу обов'язково потрiбно враховувати наступнi фактори як: вiдповiднi нормам робочi навантаження для медичних установ, що дозволяло б здiйснювати надання якiсної медичної допомоги населенню i забезпечувати належний рiвень безпеки для його здоров'я; визначення наявних та прогнозованих показникiв демографiчного розвитку та мiграцiї рiвня захворюваностi проживаючого населення; визначення вже встановлених клiнiчних маршрутiв для населення певних рiгiонiв до медичних установ, що надають вторинну допомогу; iнституцiйна здатнiсть формування та прийняття виважених управлiнських рiшень стосовно ефективного використання, перерозподiлення ресурсiв, перепрофiлювання наявних медичних закладiв та закрiплення за ними нових функцiй, за потреби [38].

Вiдповiдно, пiсля проведення медичної реформи та видання вiдповiдної Постанови щодо переорiєнтацiї медичної системи, зокрема в сферi надання екстреної та вторинної медичної допомоги, що ґрунтувалася на врахуваннi вимог децентралiзацiї, а також забезпечення населення в рiгiонах якiсною медичною допомогою, що ґрунтувалася на наблизеннi медичного

закладу до пацієнтів, оптимальному використанні наявних медичних ресурсів, проведенні оптимізації мережі закладів охорони здоров'я, реалізації наявного їх фінансового та управлінського потенціалу, максимізації ефективності використання медичних закладів в межах інфраструктурного базису регіонів.

Формування та подальше функціонування госпітальних округів за своєю природою ґрунтується на окресленні визначеного кола медичних установ, що мають певні функціональні потужності, спроможні витримувати певне функціональне навантаження з питань забезпечення населення якісною та вчасною вторинною та екстреною медичною допомогою. Основоположним в даній процедурі виступала важливість чіткого закріплення конкретних функцій за визначеними медичними установами, згідно із рівнем спеціалізації та видами медичного обслуговування, яке вони здійснюють, а також забезпечення відповідними видами ресурсів та потужностями оперативної діяльності означених медичних установ, забезпечення взаємодоповнюваності функціонального обслуговування медичних установ, що входять до одного округу, розширення спектру лікарських спеціальностей в умовах обслуговування хворих під час надання вторинної медичної допомоги в амбулаторіях чи стаціонарі, на базах означених багатопрофільних лікарських установ першого чи другого рівня, згідно із визначених потреб того чи іншого регіону, а також паралельний розвиток відповідної інфраструктури для їх ефективної діяльності [19].

За основу управління госпітальних округів було прийнято такі ради: міські (особливо міст обласного значення), районні та ради ОТГ, на які покладено забезпечення співробітництва в медичній сфері, а також закріплено участь у забезпеченні функціонування медичних установ госпітальних округів. У відповідності до виробленого положення, було нормативно закріплено участь їх у формуванні та подальшому розвитку госпітальних рад, а також стратегічне управління госпітальними округами з якомога ширшим залученням до їх розвитку територіальних громад та

органів місцевої влади [31].

У 2018 році було сформовано, за принципом визначення опорної БЛЛЛ, госпітальні округи. Як показала практика, у великих областях було утворено більше 1 госпітального округу, що викликало плутанину в організації публічного управління даними осередками через недосконалість нормативної бази.

Так, враховуючи проблеми, які існують як в медичній сфері України, так і в загальному соціальному та політичному, економічному середовищі України, налагодження функціональної діяльності госпітальних округів не було сформовано належним чином. Основні проблеми стосувалися невідповідності кількісного складу керівних органів означених госпітальних рад, не до кінця завершеного нормативного упорядкування функціонування госпітальних рад та окреслення їх функціональних повноважень, відсутністю нормативного визначення кола вимог до осіб, які входять до означених госпітальних рад. Появі даних проблемних ситуацій сприяло і те, що процеси які супроводжували формування госпітальних округів в регіонах України були спричинені політичними конфліктами і були пов'язані із небажанням місцевих органів влади оптимізувати структуру наявних медичних установ у відповідності до реальних потреб населення, зберігаючи нефункціональні медичні одиниці та не сприяючи появі нових, які були конче потрібні в тому чи іншому регіоні за тим чи іншим профілем.

Розуміючи важливість формування госпітальних округів на території України та завершення проведення децентралізаційної реформи, в тому числі і в сфері медицини, Кабінетом Міністрів було прийнято відповідну Постанову [31], яка формувала новітній нормативний базис стосовно надання медичних послуг та змінювала передбачений попередньою постановою принцип формування госпітальних округів, об'єднавши їх в один в межах певної області.

Зокрема, сформований в даній постанові порядок формування та подальшого функціонування госпітального округу на території окремої

області передбачив його подальшу орієнтацію на формування ефективної новітньої мережі медичних установ, що заклало б передумови для утворення якісної регіональної медичної політики в сфері охорони здоров'я, що спиралася б на систематичну взаємодію між усіма учасниками госпітального округу, а також з іншими закладами, що надають медичну допомогу іншого рівня (зокрема первинного, третинного, реабілітаційного, фармацевтичного, паліативного характеру); поступовому вибудуванню дієздатної мережі медичних установ для медичного забезпечення населення послугами вторинного та госпітального характеру, а також наданням екстреної медичної допомоги високої якості; забезпечення оптимізації витрат ресурсів медичними закладами та розвитку інвестиційної мережі для удосконалення системи медичних закладів; побудова транспортної мережі для забезпечення доступності для населення медичних установ вторинної допомоги, модернізування як закладів спеціалізованої вторинної медичної допомоги, так і госпітального етапу екстреної медицини. З даної точки зору, принцип формування конкретного госпітального округу в межах однієї області є виправданим, позаяк передбачає підвищення ефективності координаційних процесів як з боку утворення ефективної мережі медичних закладів різних рівнів на засадах комплементарності, а також забезпечення зосередження фінансових та іншого роду ресурсів, спрямованих на удосконалення мережі закладів охорони здоров'я, забезпечення подальшого ефективного їх використання, раціонального застосування наявних потужностей, що вже сформовані у відповідних госпітальних округах в єдиний медичний комплекс, приведення спектру послуг, які надаються в межах певного регіону у відповідність до потреб, які відчуває населення, забезпечивши їх оптимальність та взаємодоповнюваність [45].

Маємо зауважити, що відповідно до оновленої постанови, важливої ролі у створенні та подальшому функціонуванні госпітальних округів є поєднання можливостей наявних комунальних медичних закладів, а також приватного сектору, тобто підприємців, які у визначеному законом порядку

здійснюють медичне обслуговування населення та мають певні потужності, що дозволяють забезпечувати населення безперервною, якісною та комплексною медичною допомогою, враховуючи особливості демографічного розселення людей в конкретному регіоні. Підкреслимо, що така система базується на засадах кластеризації, що визначає певні межі регіонального медичного простору за рахунок поєднання зусиль приватного і публічного секторів щодо надання населенню регіону вторинної та екстреної медичної допомоги за рахунок концентрації наявних матеріальних, кадрових, інвестиційних та технічних ресурсів [19].

За даним положенням, госпітальні ради складаються із відповідальних представників усіх медичних закладів, які входять до госпітального округу, що уповноважені здійснювати функції управління, представників профспілкових та громадських об'єднань, які захищають як інтереси населення, так і медичних працівників, представників обласних адміністрацій, управлінців приватних медичних установ, які забезпечують функціонування госпітальних округів поряд із державними медичними установами [19].

За своєю сутністю під госпітальною радою можна розуміти управлінський осередок покликаний формувати виважені рекомендації стосовно розв'язання ключових та складних завдань, які стосуються насамперед розробки та реалізації стратегічного плану розвитку даного округу, визначення потреби щодо перепрофілювання або ж реорганізування медичних установ, визначення опорних медичних установ, які входитимуть до складу госпітального округу. В цьому ракурсі важливо зауважити, що висхідними умовами стосовно забезпечення ефективності управління подальшим розвитком госпітального округу виступають процедури відкритості та обговорення під час прийняття рішень, прозорість діяльності стосовно управління госпітальними округами, побудована на засадах рівноправності її членів, застосування новітнього прогресивного інструментарію менеджменту задля проведення аналізу та планування

стратегічних перспектив, оцінювання ризиків та прогнозування інвестиційного розвитку даних утворень [21].

Тож, підґрунтям ефективності системного менеджменту функціонування госпітальних округів є вибудований механізм стратегічного планування, реалізація якого покладається на обласні державні (наразі військові) адміністрації згідно до прийнятої політики розвитку медичної галузі. При цьому, даний план має охоплювати період від трьох до п'яти років із викладеними в ньому чіткими пропозиціями від госпітальної ради. Усталено такий план має містити наступні складові частини:

- описова аналітична, в якій буде наведена мета стратегічного розвитку госпітального округу, проведено аналіз стосовно ситуації, яка склалася в ньому, визначення стратегічних цілей із конкретизацією завдань, які допоможуть їх досягти в установленому взаємозв'язку з державною політикою в сфері медицини та окреслено результати, які будуть досягнуті протягом визначеного періоду;

- визначення маршрутів пацієнтів в рамках приведенного госпітального округу;

- обґрунтування визначеного розподілу функцій, які виконуватимуть заклади медицини, що входять до госпітального округу з окресленням кількості та напрямів медичних послуг, що закріплюються за ними згідно із визначеними в попередній частині маршрутами;

- визначено медичні заклади, які у відповідності із покладеними на них обов'язками надання вторинної спеціалізованої або екстреної медичної допомоги будуть виконувати роль БЛЛЛ;

- розробка конкретних планів розвитку окремих медичних закладів, на які покладено виконання обов'язків опорних закладів в госпітальному округу та потужності яких можна удосконалити, а якість медичного обслуговування підвищити, для використання їх у перспективному майбутньому у якості БЛЛЛ з проведенням оцінки потенційних ризиків та визначенням кількості інвестиційних ресурсів, що необхідні для їх переформатування і

удосконалення;

- оцінювання обсягів фінансових ресурсів, які можуть бути виділені для фінансування окреслених вище процедур в напрямі розвитку госпітальних округів, за рахунок використання надходжень із місцевих бюджетних фондів, спонсорських фондів недержавного інвестування пожертв від меценатів, участі у благодійних грантах, залучення коштів міжнародних фондів тощо;

- визначення механізму постійної оцінки та контролю за звітами медичних установ, які використовуються або можуть бути використані у якості БЛЛЛ, моніторинг процесу удосконалення ресурсної та інфраструктурної їх бази, поліпшення якості послуг перед громадськістю та учасниками госпітальної ради [21].

Відповідно, кожен із приведених розділів даного плану формує подальші управлінські задачі, які для успішного їх втілення потребують інформаційного, методичного, фінансового та організаційного забезпечення, а також налагодження співпраці між органами влади всіх рівнів для якомога ефективнішого використання потенціалу децентралізаційної реформи.

Тож, основними завданнями для реалізації стратегічного плану розвитку госпітальних округів можна назвати:

- долучення плану щодо подальшого розвитку госпітального округу в загальну стратегію розвитку конкретного регіону:

- формування сприятливих умов для функціонування госпітальних округів, зокрема пов'язані із вчасністю прибування хворих до БЛЛЛ в термін до 60 хвилин та встановлення зони обслуговування в межах 60 км, що в свою чергу передбачає розвиток транспортної мережі, наявності відповідних транспортних маршрутів та якісного покриття доріг;

- вибудування дієздатної мережі медичних закладів, які здатні надавати необхідні медичні послуги населенню, обладнання їх прогресивним обладнанням та відповідними технологіями для діагностування та реабілітації, нарощення гнучкості в їх діяльності та формування передумов

для адаптивного реагування на виклики внутрішнього та зовнішнього середовища;

- пошук перспективних джерел фінансування визначених заходів, спрямованих на розвиток госпітального округу, базуючись на налагодженні ефективного механізму публічно-приватного партнерства;

- забезпечення удосконалення інституціонального підґрунтя для злагодженого функціонування медичних установ в рамках госпітального округу укладання між ними домовленостей стосовно взаємообміну ресурсами а також спільної участі і та реалізації в проектах;

- визначення усталеного порядку стосовно періодичного перегляду та корекції визначених цілей щодо розвитку госпітального округу, згідно із зміною умов оточуючого середовища та потреб його функціонування [37, 38].

Доцільно врахувати, що соціальна та економічна ефективність функціонування госпітальних округів потребує вироблення дієвого управлінського механізму для їх розвитку. Тому, для досягнення основної мети створення госпітальних округів, необхідно забезпечити взаємоузгодження завдань медичної реформи та процесів децентралізації, що перш за все спрямована на формування ефективної моделі стосовно забезпечення населення медичної допомогою на основі співпраці органів місцевого самоврядування та державних органів влади. До того ж використання потенціалу регіонів сприятиме удосконаленню сфери охорони здоров'я в регіонах за рахунок розширення можливостей допомоги місцевими органами самоврядування медичній галузі.

Так, за ними на законодавчому рівні, в межах реформи децентралізації, закріплюються повноваження стосовно управління медичними закладами, які перебувають в комунальній власності, забезпечення їх матеріально-технічними та фінансовими ресурсами, організація процесу надання медичних послуг, а також організація процесу харчування в установах комунальної підзвітності, забезпечення в окреслених рамках безоплатного

медичного обслуговування, його доступність для населення відповідної території, підвищення його якісного рівня, удосконалення мережі лікувальних установ, сприяння підвищенню кваліфікації спеціалістів, що працюють в медичній сфері та стимулювання підготовки фахівців відповідної кваліфікації місцевими навчальними закладами [45].

Медична реформа за її оновленою сутністю передбачає зміну механізму фінансування, що сприяє виконання органами місцевого самоврядування своїх функцій у напрямі виділення коштів не на поточні видатки комунальних медичних установ, а на їх розвиток та розширення функціональних потужностей, забезпечення фінансування капітальних видатків, тощо. Така політика дає змогу місцевим органам управління забезпечувати розвиток госпітальних округів та нарощувати ефективність регіональної медичної системи, запроваджуючи новітні механізми управління в напрямі адаптивної реакції на проблемні ситуації, які виникають під час реформування медичної системи на рівні регіону. Насамперед, це передбачає укладання договорів щодо делегування повноважень стосовно ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я, реалізації спільних проектів, а також спільного фінансування медичних установ та пов'язаних з даною сферою інфраструктурних об'єктів, формування медичних закладів за рахунок об'єднаних зусиль територіальних громад на засадах функціонування єдиного госпітального округу. Окрім цього, децентралізація дозволяє вирішити певне коло питань, які пов'язані із налагодженням ефективної діяльності госпітальних округів, перш за все таких як, розвиток транспортної та дорожньої інфраструктури, формування парку транспортних засобів, які використовуються закладами екстреної медицини, оновлення технологічного устаткування, матеріально-технічне оснащення медичних закладів, супроводження перепрофілювання медичних установ [37].

Такі зміни можливі лише за рахунок об'єднання зусиль територіальних громад на засадах реалізації спільних інтересів та поділу спільної

відповідальності за функціонування госпітального округу, що в свою чергу вимагає формування дієвого механізму, який передбачає методичне, консультативне та інформаційне супроводження органами місцевої влади, налагодження співробітництва щодо розвитку медичної сфери в регіонах.

### **1.3. Організація управління закладами охорони здоров'я в умовах децентралізації**

Незалежно від форми власності, важливою умовою ефективного функціонування закладу чи організації охорони здоров'я є необхідність координації, раціоналізації та організації його діяльності, тобто менеджмент необхідний для того, щоб переконатися, що управління закладом охорони здоров'я здійснюється відповідно до його заявленої місії. При цьому одним з найважливіших завдань менеджменту в реформованому секторі охорони здоров'я є забезпечення досягнення наступних цілей: підвищення доступності та якості медичних послуг в умовах мінливого зовнішнього і внутрішнього середовища на основі раціонального використання обмежених матеріальних, трудових, фінансових та інших ресурсів закладів охорони здоров'я, в умовах посилення конкуренції в галузі [36].

Особливостям діяльності організацій охорони здоров'я, які вимагають певних змін в усталених принципах управління, сприяє зростаюча тенденція виходу на ринок медичних послуг приватних медичних організацій, які встановлюють свої вимоги в цій сфері діяльності і змушують державні організації охорони здоров'я грати за своїми правилами. Зрозуміло, що приватні медичні організації мають, по суті, таку ж систему управління і є більш вільними у прийнятті рішень щодо своєї комерційної діяльності. Це пов'язано з тим, що свобода фінансування дозволяє приватним медичним організаціям краще задовольняти індивідуальні потреби споживачів і водночас застосовувати новітні технології та підвищувати якість своїх послуг.

Тому видається доцільним розглянути менеджмент організацій охорони здоров'я для того, щоб зрозуміти специфіку функціонування цього типу організацій в умовах конкурентного ринку.

Загалом, поняття менеджменту часто використовується як метод організаційного та адміністративного управління. Цю категорію трактують як бюрократичний метод управління, що ґрунтується на авторитеті та силі державного впливу, зокрема наказах, директивах, розпорядженнях, рішеннях та інструкціях [19].

Публічне адміністрування - це процес, який може успішно здійснюватися не окремою особою, а групою людей. Загалом, згідно зі словниками, термін "публічне адміністрування" походить від латинського слова "adMinisTro" і розуміється як управління, керівництво та нагляд. Економічна енциклопедія визначає державне управління як адміністративну діяльність органу управління, що зазвичай виражається в наказах та інструкціях і притаманна командно-адміністративній системі [5].

Особливістю функціонування державних установ та організацій є те, що предметом їхньої роботи є інформація, а джерелом діяльності цих організацій є інформація. Тому для того, щоб забезпечити ефективне використання цієї інформації, необхідно чітко визначити норми і правила, що регулюють функціонування організацій. Тому кожна організація повинна створити систему управління [6].

Процес організації управлінської діяльності ґрунтується на систематичній координації завдань і взаємовідносин між працівниками, які виконують ці завдання на формальному рівні. Це пов'язано з тим, що без такої координації між різними рівнями управління окремі відділи, функціональні сфери та підрозділи зосереджуються на реалізації власних інтересів і не підпорядковуються загальним цілям функціонування організації [3].

Таким чином, менеджмент визначається як діяльність, пов'язана з організацією управління установою в цілому, що здійснюється конкретними

особами з використанням адміністративних методів управління, а також діяльність, пов'язана з функціональною діяльністю з визначеним ресурсним забезпеченням.

В умовах децентралізації державне управління виконує такі функції:

- планування використовується для встановлення загальних цілей та їх трансформації в підцілі та завдання;
- організаційна функція визначає формальні підструктури, забезпечує ефективний розподіл повноважень і функцій між департаментами та підрозділами, а також встановлює організаційні та адміністративні функції; і
- адміністративна функція відповідає за прискорення та підвищення ефективності прийняття рішень в адміністративній системі управління шляхом використання інструкцій та наказів, забезпечуючи таким чином взаємопов'язану та скоординовану діяльність усіх підрозділів організації;
- можливість враховувати, контролювати та аналізувати діяльність відомства та знаходити шляхи усунення певних відхилень, виявлених під час моніторингових процедур;
- функція налагодження документообігу в агентстві для забезпечення швидкості передачі інформації структурним підрозділам, підпорядкованим адміністративному блоку агентства, та формування зворотного зв'язку через документообіг;
- функції матеріально-технічного забезпечення [38].

Згідно з усталеною класифікацією, управлінські практики можна поділити на оперативні, адміністративні та організаційні. Організаційні впливи визначають статус управління, при якому визначається організаційна структура органу та відбувається розподіл повноважень, прав і відповідальності в органі управління, що відображається в основних нормативно-правових актах, які регламентують діяльність органу (статутах, правилах, директивах, положеннях, регламентах тощо). Розпорядчі методи характеризують динамічність управлінського процесу, оскільки розпорядчі впливи визначаються їх розпорядчим характером і є прямими

адміністративними вказівками, спрямованими на конкретні управлінські об'єкти та осіб [14].

Розглядаючи державне управління на різних рівнях економічної системи, державне управління можна поділити на мікро-, мезо- та макрорівні управління, які зазвичай використовуються органами державної влади при безпосередньому виконанні ними своїх управлінських функцій. Особливо це стосується рівня організаційних заходів, що здійснюються в процесі господарської діяльності установами та організаціями різних форм власності [31].

Розглядаючи структури управління закладами охорони здоров'я, зрозуміло, що вони повинні включати такі підструктури, а саме:

- Економічну: суть її полягає в раціоналізації фінансової, бухгалтерської та інвестиційної діяльності організацій охорони здоров'я.
- Мотиваційну: використовує широкий спектр соціально-економічних та командно-адміністративних стимулів для мотивації медичних працівників до ефективної та продуктивної трудової діяльності.
- Організаційну: створення організаційної структури, яка забезпечує узгодженість у взаємному функціонуванні суб'єктів і об'єктів управління, визначає основні цілі, функції, методи і завдання управління організаціями охорони здоров'я, а також обсяг функціональних обов'язків та очікувані результати.
- Політичну: визначає політику організації охорони здоров'я в секторі охорони здоров'я.
- Правову: враховує правову основу стратегій, концепцій і доктрин, що представляють зміни в секторі охорони здоров'я.
- Адміністративні процеси здійснюються і певною мірою обмежуються правовими засобами. Таким чином, адміністрування базується на виконанні правових норм.

Адміністрування поділяється на зовнішнє, де діяльність організацій охорони здоров'я регулюється за допомогою важелів політики охорони

здоров'я, і внутрішнє, де здійснюється самостійне функціонування господарської діяльності організацій охорони здоров'я шляхом узгодження організаційно-адміністративної структури обігу всіх ресурсів, організації формування системи документації та створення ефективного документообігу. Їх можна розділити на дві групи.

Інформаційно-аналітичною основою управлінських процедур організації охорони здоров'я є медична документація, яку прийнято поділяти на дві взаємопов'язані групи, це:

1) Інструкції, узагальнення та роз'яснення, зазвичай рекомендовані вищим керівництвом організації, а також документи, отримані від інших організацій охорони здоров'я або організацій, що виступають контрагентами на ринку медичних послуг, про необхідність вжиття спільних заходів для вирішення певного кола питань, що надходять від юридичних осіб та населення, зокрема, скарг, заяв та пропозицій.

2) Внутрішні документи, що створюються в організаціях охорони здоров'я різних форм власності. Це внутрішні документи, тобто ті, що діють у межах закладу охорони здоров'я, та зовнішні документи, що надсилаються у відповідь на звернення чи скарги громадян або юридичних осіб [14].

Усі медичні документи в закладі охорони здоров'я можна поділити на такі групи, а саме:

- Затверджені документи: до них належать журнали, медичні форми та бланки, затверджені на національному рівні, зокрема Міністерством охорони здоров'я України.

- Незатверджені документи: тобто документи, які не затверджені Міністерством або іншими офіційними органами, але використовуються в медичних організаціях, коли вони вважаються необхідними керівництвом або значно полегшують роботу працівників [7].

Крім того, залежно від функціональних особливостей, медичні документи можна поділити на обліково-звітні та обліково-зберігаючі. Крім того, існують первинні медичні документи, спрямовані на документування

процесу лікування та діагностики, які містять дані про стан пацієнта, дії медичних працівників для вирішення проблем, методики, що застосовуються в процесі лікування, використані матеріали тощо.

Загалом, управлінські процеси та техніки працюють більш злагоджено та ефективно, коли їх використовують одночасно з соціально-психологічними методами. Вплив адміністративного управління на колектив певною мірою залежить від його зрілості та стану вирішення соціальних проблем, які впливають на психіку медичних працівників і сприяють задоволенню їхніх потреб. При застосуванні адміністративних методів управління здійснюється безпосередня господарська діяльність організації охорони здоров'я [56].

Варто зазначити, що методологічні особливості процесу управління господарською діяльністю організації охорони здоров'я повинні реалізовуватися з розумінням системи охорони здоров'я, а також наявності внутрішньоорганізаційної системи управління.

Розуміючи, що метою управління є економічне функціонування організації охорони здоров'я, слід зазначити, що сам процес управління можна розділити на сім взаємопов'язаних етапів.

1) визначення цілей закладу охорони здоров'я та вибір певних показників, які будуть використовуватися в процесі прийняття управлінських рішень. Це, зокрема, кількість медичних послуг, що надаються в закладі охорони здоров'я, та динаміка їх збільшення за рахунок використання новітніх технологій та методів діагностики.

2) виокремлення закладу із загального середовища, визначення ефективних управлінських впливів і реакцій відповідно до особливостей закладу та встановлення меж у реалізації управлінських функцій. Цей етап характеризується виникненням проблем керованості системи, які характеризуються ступенем змін, що відбуваються в результаті управлінських впливів.

3) проведення структурного синтезу наявної моделі адміністративного

управління та аналіз існуючих зв'язків між можливостями та структурами.

4) визначення параметрів адміністративної моделі через розуміння компонентів адміністративної системи, набору реалізованих функцій, забезпечення ресурсами та потенціалу функціональних розширень адміністративного впливу.

5) планування експериментів з різними варіантами моделювання (це дозволяє спрогнозувати отримані результати та визначити ймовірність отримання небажаних результатів).

6) здійснення управлінського синтезу шляхом розробки алгоритмів виконавчих дій, створення системи регламентуючих документів та часткового їх розповсюдження безпосередньо серед виконавців.

7) безпосередня реалізація функцій управління шляхом організації виконання системи дій, проведення контрольних замірів і корекції відхилень [40].

Коли мова йде про управління в процесі надання медичної допомоги, то інструментом управління в цьому випадку є локальний протокол, підготовчі процедури якого затверджуються відповідними наказами МОЗ. У разі, якщо вже затверджений уніфікований клінічний протокол внесений до Реєстру медико-технічних документів, генеральний директор закладу охорони здоров'я повинен дати розпорядження про створення робочої групи з підготовки локального протоколу протягом трьох місяців. Слід зазначити, що на сьогодні існує розгалужена система уніфікованих клінічних протоколів, які можуть бути адаптовані до діяльності закладу охорони здоров'я із залученням фахівців різних спеціальностей, незалежно від його форми власності та порядку надання медичної допомоги. Тому ці протоколи мають слугувати основою для розробки локальних протоколів у закладах охорони здоров'я.

Ці протоколи включають всі заходи, визначені в уніфікованих клінічних протоколах, за умови, що заклади охорони здоров'я мають ресурси для їх виконання. Якщо існують відмінності між заходами лікування,

описаними в протоколі, та тими, що застосовуються в закладі охорони здоров'я, робоча група повинна внести відповідні зміни до ключових розділів протоколу та письмово пояснити необхідність таких змін.

Процес розробки локальних протоколів має відбуватися в усіх закладах охорони здоров'я, незалежно від форми власності. При цьому всі заклади охорони здоров'я зобов'язані узгоджувати протоколи, які вони розробляють та адаптують, з національною адміністрацією медичного регіону, щоб ця адміністрація могла виконувати функцію координації діяльності закладів охорони здоров'я на підзвітній території [20].

Варто зазначити, що якщо заклад охорони здоров'я розробив маршрут пацієнта відповідно до профілю відділення, тобто локальний протокол відповідно до уніфікованої документації та медичних стандартів, то заклад отримає додаткові п'ять балів у процесі акредитації.

У таблиці 1.2 показано організацію юридичної діяльності у сфері управління охороною здоров'я.

У колективних договорах відображаються всі питання, що стосуються оплати праці, норм праці, доплат, надбавок, премій, винагород та інших складових системи мотивації закладу охорони здоров'я. Колективні договори регулюються законодавством і укладаються на основі гарантій, передбачених галузевими, регіональними та генеральною угодами.

Якщо колективний договір у закладі охорони здоров'я не укладено, роботодавець повинен узгодити це з профспілкою або об'єднанням, уповноваженим представляти інтереси більшості працівників закладу охорони здоров'я, або, за відсутності профспілки, з іншою організацією чи представником.

У цьому випадку важливо, щоб адміністративна система надавала можливість удосконалювати оплату праці з метою реагування на коливання фінансових ресурсів та рівень конкуренції на ринку медичних послуг. Мотиваційна функція оплати праці в реформованих закладах охорони здоров'я має ґрунтуватися на особистій зацікавленості лікарів у підвищенні

ефективності своєї роботи.

Таблиця 1.2

**Правові документи, що визначають юридичні основи  
адміністрування функціонування медичних установ**

| Назва нормативного акту                                                                                                                                       | Сутність нормативного акту                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Закон України «Про автономізацію медичних установ»                                                                                                            | Вперше визначене поняття «послуги з медичного обслуговування населення» як одиниці вартості                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Закон України «Про державні фінансові гарантії щодо надання медичних послуг та лікарських засобів» № 6327                                                     | Інституціоналізує принцип «гроші ідуть за пацієнтом», запровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я, яка передбачає чіткі зрозумілі гарантії держави щодо медичної допомоги, кращий фінансовий захист для громадян у випадку хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних ресурсів та скорочення неформальних платежів. |
| Наказ МОЗ від 01.08.2011 р. № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року» | Передбачає вектор постійного підвищення якості медичних послуг, інструментом адміністрування ефективності цього процесу є клінічний аудит.                                                                                                                                                                                                           |

Джерело: [16]

Тому при визначенні заробітної плати та інших доплат має враховуватися кількість пацієнтів, які обирають конкретного лікаря на первинній ланці медичної допомоги, та кількість пацієнтів, за яких фахівець несе відповідальність у процесі своєї діяльності [32].

Слід зазначити, що основна частина заробітної плати має бути пов'язана з виконанням індивідуальної трудової діяльності з урахуванням особистих характеристик, якостей та досягнень кожного медичного працівника, а додаткова частина - з кінцевою ефективністю роботи закладу. Тому керівники закладів охорони здоров'я повинні дотримуватися гарантій в оплаті праці, визначених у нормативно-правових актах, зокрема мінімальної

заробітної плати [34].

Варто також зазначити, що органи місцевого самоврядування фінансують програми регіонального розвитку та підтримують КНП, особливо в частині підвищення заробітної плати медичним працівникам. Крім того, з метою підвищення якості медичних послуг у сільській місцевості органи влади можуть пропонувати пакети стимулів для заохочення та залучення кваліфікованих медичних працівників до роботи в таких населених пунктах.

Індивідуальні характеристики, кваліфікація, компетенції, досвід і результати роботи є ключовими факторами, які в кінцевому підсумку формують продуктивність і шкалу оплати праці в медичних організаціях. Процедури оплати праці повинні базуватися на таких принципах:

- використання індивідуальних трудових контрактів. За таким контрактом медичні працівники гарантовано отримують певну винагороду за свою трудову діяльність лише за умови виконання завдань, визначених у контракті;
- використання систем, які передбачають персоніфікацію заробітної плати медиків;
- встановлення взаємоприйнятної залежності між продуктивністю праці та заробітною платою медиків;
- постійний перегляд заробітної плати на основі оціночних показників, що характеризують трудову діяльність, з метою вдосконалення системи стимулювання праці [18].

Процедура розробки та прийняття колективних договорів і положень, що відображають механізм оплати праці, повинна враховувати, що запропонована система оплати праці в закладах охорони здоров'я має бути чітко визначеною і включати такі елементи чіткі цілі та основні завдання трудової діяльності закладу охорони здоров'я, які вирішуватимуться за рахунок персоналу; показники, за якими конкретні групи персоналу повинні отримувати заробітну плату, структуру та елементи заробітної плати, вимоги



послуг населенню відповідно до переліку немедичних послуг, передбачених у статуті. Прикладами можуть бути здача в оренду обладнання та приміщень, надання бухгалтерських та юридичних послуг, які не є подібними до медичних послуг [36].

Виходячи з вищезазначеного, дохід від такої господарської діяльності не підлягає оподаткуванню податком на прибуток, якщо він використовується закладом охорони здоров'я виключно для покриття видатків на утримання закладу охорони здоров'я, реалізації мети (цілей, завдань) та напрямів діяльності, визначених установчими документами. Як правило, такі витрати плануються закладом охорони здоров'я при фінансовому плануванні і є співмірними з основними завданнями та напрямками роботи закладу охорони здоров'я [36].

## РОЗДІЛ 2

### ПРИКЛАДНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦІОНУВАННЯ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ В УМОВАХ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ НА ПРИКЛАДІ КНП «КРОПИВНИЦЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ»

#### **2.1. Загальна характеристика функціонування медичних установ в умовах децентралізації**

Об'єктом вивчення в кваліфікаційні роботі для уявлення принципу функціонування медичних установ в умовах децентралізаційного управління обрано Комунальне Некомерційне Підприємство Кропивницької районної ради «Кропивницька Центральна районна лікарня» (надалі КНП «КЦРЛ»), яке є, згідно із засновницькими документами, закладом охорони здоров'я з поліклінікою, тобто комунальним унітарним некомерційним підприємством.

Метою вивчення обраного об'єкта господарської діяльності, в рамках дослідження питання щодо впливу децентралізації на функціонування медичних закладів, є:

- з'ясування соціальної сутності та соціального призначення медичного закладу, як комунального унітарного некомерційного підприємства із галузі медичної сфери, що надає послуги вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та первинної медичної допомоги будь-яким способом в порядку та на умовах встановлених діючими законами, постановами, рішеннями та статутом в умовах децентралізації;
- виявлення організаційної структури організації, з'ясування зв'язків між існуючими елементами структури управління медзакладу;
- визначення мети та місії лікарні, як організації на сучасному етапі господарської діяльності;
- дослідження внутрішнього і зовнішнього середовища функціонування медичної установи;
- з'ясування завдання менеджменту медичного закладу як на поточний

період, так і в середньострокові терміни;

- виявлення специфіки управління діючими підрозділами лікарні здійснення оцінки їх функціонування на базі діагностики результатів надання всього спектру медичних послуг, використання наявного в експлуатації медичного обладнання;

- виявлення резервів з метою покращення результатів функціонування досліджуваної медичної установи;

- розроблення пропозиції організаційного удосконалення лікарні на поточний та перспективний період життєвого циклу підприємства, враховуючи передбачувані зміни середовища.

Місія досліджуваного медичного закладу полягає в тому, щоб надавати високоякісні медичні послуги для населення Аджамського регіону, як стаціонарного, так і амбулаторно-консультативного змісту, реалізуючи, таким чином, основні принципи поєднання державної та регіональної політики в медичній галузі, що й передбачено реформою децентралізації. Як зафіксовано в статуті, лікарня має надавати первинну, вторинну та інші види медичної допомоги, а також здійснювати управління медичним обслуговуванням, розроблювати та реалізовувати заходи з профілактики захворювань населення. Основною соціальною функцією лікарні є забезпечення підтримки громадського здоров'я, за рахунок наявного ресурсу системи медичного обслуговування, забезпечення наступництва у наданні медичної допомоги.

Соціальний статус КНП «КЦРЛ» характеризується наступним:

- вона має статус юридичної особи, що означає можливість володіти майном, розпоряджатися ним у відповідності до тактичних та стратегічних цілей господарювання, надавати медичні послуги, зокрема, нести відповідальність за його використання, збереження, а також примноження;

- в обов'язковому порядку користується власною печаткою, має самостійний баланс і рахунок в установах банків;

- лікарня самостійно, на власне розуміння, систематично надає

широкий, передбачений засновницькими та законодавчими документами, в межах децентралізаційної реформи, спектр медичних послуг населенню об'єднаному адміністративно Кропивницькому району Кіровоградської області;

Відповідно до поставленої мети, предметом діяльності КНП «КЦРЛ» вважається наступне, а саме:

- для забезпечення гарантованої, доступної та якісної медичної допомоги населенню в умовах децентралізації, сформувати разом із засновником об'єктивно необхідні стандартні умови для її надання;
- створення ефективного механізму управління внутрішнім лікувально-діагностичним процесом за умови раціонального використання майна та інших ресурсів, що знаходяться у розпорядженні медичної установи, згідно із реформою децентралізації;
- надання споживачам медичних послуг (пацієнтам) на безвідплатній або відплатній основі, передбачених реформою послуг первинної, вторинної (спеціалізованої), стаціонарної чи амбулаторної медичної допомоги. Сюди відноситься і екстрена невідкладна медична допомога;
- забезпечення профілактики, діагностики, лікування хвороб, травм, отруєнь та інших розладів здоров'я;
- організація медичного контролю за перебігом вагітності і ведення пологів та післяпологового періоду;
- відповідно до чинного законодавства, надання пацієнтам спеціалізованої амбулаторної медичної послуги, так званої, спеціалізованої медичної практики на безвідплатній чи відплатній основі.

Додатково, до перерахованих видів діяльності, належать:

- організація надання пацієнтам, у разі необхідності, медичної послуги (допомоги) більш високого рівня спеціалізації на базі інших закладів здоров'я, шляхом направлення хворих до цих установ в порядку, встановленому чинним законодавством, з урахуванням децентралізаційних змін;

- з метою забезпечення наступництва у наданні медичної послуги, організація взаємодії з іншими закладами сфери охорони здоров'я, враховуючи прийняті норми щодо формування госпітальних округів;
- проведення експертизи щодо тимчасової непрацездатності, організація контролю за видачею листків непрацездатності;
- здійснення медико-соціальної експертизи осіб зі стійкою втратою працездатності;
- організація та проведення профілактичних медичних оглядів працівників тих підприємств та закладів, які підлягають зазначеним оглядам (до прикладу водіїв, вчителів, працюючих в сфері надання послуг, насамперед, із приготування їжі, медичних працівників, тощо);
- широке використання в медичній практиці сучасних методів діагностики та лікування хворих та інші заборонені законодавством види діяльності.

Досліджуваний медичний заклад надає платні медичні послуги без мети отримання прибутку, на підставі ліцензії на медичну практику. Кошти від надання платних медичних послуг зараховуються на спеціальний рахунок і використовуються для отримання підприємства та фінансування видатків кошторису.

Наразі КНП «КЦРЛ» складається із наступних організаційно-самостійних підрозділів: стаціонарного відділення (місткістю 201 ліжок), поліклініка (потужна можливість якої складає 600 відвідувань за зміну). Як багатопрофільна медична установа, лікарня, згідно із реформаційними змінами співпрацює із НЗСУ та надає медичні послуги, відповідно до отриманих дозволів, пакетів медичних гарантій на 2023 рік, а саме:

- стаціонарну медичну допомогу, як дорослим, так і дітям (без проведення хірургічних операцій);
- широкий спектр хірургічних операцій в стаціонарних умовах районному населенню без обмежень за віком;
- діагностику, спостереження, лікування, реабілітацію та профілактику

пацієнтів в амбулаторних умовах, відповідно до наявної медичної техніки, обладнання та кадрів;

- передбачену стандартами стоматологічну допомогу громадянам району;

- передбачений вид послуг, пов'язаний із введенням вагітності в амбулаторних умовах;

- послуги мамографії;

- діагностику, лікування та супровід пацієнтів, що мають або мають лиш підозру на ВІЛ;

- медичну реабілітацію пацієнтів (дорослих та дітей) з ураженням нервової системи;

- стаціонарну паліативну медичну допомогу пацієнтам (дорослим та дітям);

- проведення хірургії одного дня;

- первинну медичну допомогу.

Перелік послуг, що надаються в КНП «КЦРЛ» достатньо широкий. Метою такої діяльності є: постійний моніторинг стану здоров'я населення регіону за допомогою фізикального, лабораторного та інструментального дослідження, які здійснюються у строгій відповідності до затверджених медичних стандартів; проведення діагностування та лікування поширених хвороб, отриманих травмувань, нагляд за розвитком вагітності, тощо; постійний контроль за хворими, що мають хронічні захворювання; надання невідкладних медичних послуг у випадку настання у пацієнта різного виду психічних розладів; надання консультацій та пропозицій, рекомендацій за умови наявності медичних показань, хворим; проведення заходів профілактичного змісту (щеплення, інформаційні повідомлення), проведення епідеміологічних обстежень та інше. Значна доля послуг надається дітям - проведення медичного нагляду за здоровими дітьми. Окремий пакет послуг складають послуги, які прив'язані до проведення заходів надання паліативного обслуговування. Перелік конкретних послуг, які надаються в

досліджуваному медичному закладі згруповані в п'ять груп - це загальні аналізи, біохімічні дослідження, рентгенографія, рентгеноскопія та флюорографічне обстеження.

КНП «КЦРЛ» як того вимагають об'єктивні обставини, надає і платні послуги, серед яких: здійснення медичних оглядів за затвердженою стандартною програмою для працівників певних категорій (медичний огляд водіїв, незалежно від форми власності автомобілів чи їх класу, водіїв транспортних засобів спеціалізованих транспортних підприємств, видача медичних довідок після медичного огляду для отримання дозволу на роботу на об'єкт дозвільної системи).

Аналіз результатів роботи КНП «КЦРЛ» свідчить про те, що медичне обслуговування жителів Кропивницького району є доступним та багатoproфільним в рамках проведеної децентралізаційної реформи. В той же час, відмічаємо наявність певних проблем, що накопичувалися і не вирішувалися протягом багатьох років, є характерними для багатьох медичних закладів даного типу, а наразі вони, вочевидь, загострилися і потребують якнайшвидшого, а деякі термінового вирішення. Зокрема, мова йде про оновлення матеріально-технічної бази медичного закладу згідно до вимог євростандартів, на період військового стану застосування механізмів сучасного менеджменту організації обслуговування пацієнтів, що відповідають потребам реформування медичної системи, вимог децентралізації та інше.

Особливої уваги потребують різнонаправлені профілактичні роботи щодо вакцинації населення, впровадження стандартів здорового способу життя, формування навички ранньої діагностики сезонних хвороб. У зв'язку із реорганізацією та оптимізацією медичної системи в Кропивницькому районі з огляду на децентралізаційні процеси, виникла потреба із перекваліфікації наявного медичного персоналу. Широке використання комп'ютерних можливостей для облікової статистичної роботи вимагає залучення фахівців відповідного профілю із наявністю також базових

медичних знань. Масштабна мобілізація лікарів до лав ЗСУ, потребує вдосконалення організації первинного обслуговування жителів Кропивницького району. Реорганізація лікарні, відповідно до викликів сучасних реалій життя в умовах децентралізації, загострює проблему ефективного застосування наявних в розпорядженні медичного закладу трудових, матеріальних, технічних та фінансових ресурсів. Нового, інноваційного, креативного підходу вимагає організація оновленої системи забезпечення інформаційними ресурсами, кадрами, технологіями, технікою.

## **2.2. Принципи побудови управління медичним закладом КНП «Кропивницька ЦРЛ» на засадах децентралізації**

Пошук шляхів раціонального та ефективного надання медичних послуг населенню в умовах децентралізаційних змін передбачає з'ясування принципів побудови управління медичним закладом. Нормативною базою для вивчення поставленого завдання є: Статут комунального некомерційного підприємства, схема організаційної структури медичної установи та інші засновницькі документи.

Відповідно до наданих базових документів, організаційна структура КНП «КЦРЛ» включає: апарат управління та обслуговуючий персонал, поліклініку, стаціонар та лікувально-допоміжні і діагностичні підрозділи. Штатна чисельність досліджуваної організації як суб'єкта господарювання формується з урахуванням об'єктивної необхідності створення належних нормативних умов з метою забезпечення максимально можливої доступності та якості послуг медичного спрямування. Чисельність штату залучених медичних працівників, відповідно до потреб задоволення попиту населення, визначає генеральний директор, його дії обмежуються чинним законодавством, фінансовим планом організації, а також, обов'язково, статутом. До обов'язків Генерального директора належать: затвердження структури установи, порядку внутрішньої організації, окреслення сфер

функціонування створених підрозділів, посадових інструкцій працюючого персоналу. Реорганізаційні зміни в організаційній структурі, в сферах функціонування та відповідальності створених основних та допоміжних підрозділів, функціональних обов'язків залучених до роботи працівників відбуваються відповідно до чинного законодавства та персональної відповідальності Генерального директора лікарні.

Слід звернути увагу, що загальне управління медичним закладом виконує Кропивницька районна рада як засновник та власник. До її компетенції входять:

- визначення стратегічних базових напрямів діяльності, розробка та затвердження планів діяльності, звітів щодо їх виконання;
- затвердження розробленого статуту медичної установи, внесених змін до нього;
- затвердження сформованого фінансового плану лікарні, організація контролю за його виконанням;
- укладання контракту з Генеральним директором лікарні, здійснення контролю за його виконанням у разі необхідності - розривання контракту;
- затвердження угод про сумісну діяльність, відповідно до яких використовується наявне та придбане нерухоме майно;
- затвердження кредитних договорів та договорів застави;
- погодження положень про створення філій, відділень як відокремлених організаційних підрозділів, на підставі подання наказів керівника лікарні- Генерального директора;
- організація та виконання планового контролю за ефективністю, розпорядженням наявного майна, що належить як власність територіальним громадам, що відноситься до Кропивницького району та закріплене за правом організації оперативного управління КНП «КЦРЛ».

Додамо, що в разі необхідності, з врахуванням змін до чинного законодавства Кропивницька районна рада має змогу приймати управлінське рішення щодо реорганізації або навіть ліквідації медичного закладу. Для

цього необхідно призначити ліквідаційну комісію, затвердити розподільний та ліквідаційний баланси, а також передбачені в цьому випадку акти щодо передачі виявленого в користуванні майна.

Поточне управління, оперативний менеджмент відповідно до затвердженого статуту лікарні, здійснює керівник дослідженої медичної установи - Генеральний директор. На прикладі Генерального директора КНП «КЦРЛ» розглянемо повноваження та обов'язки такого роду керівників, у рамках означеної реформи та децентралізаційних зрушень. В сучасних умовах він призначається на посаду на підставі результатів оголошеного та проведеного конкурсу та за рішенням щодо затвердження, як вже зазначалося, засновником - Кропивницькою районною радою у відповідності до порядку, що визначений чинним законодавством. Додамо, що контракт, який заключається із претендентом на посаду генерального директора КНП «КЦРЛ» містить інформацію щодо терміну найму на посаду, прав та обов'язків, меж відповідальності, умов оплати праці та умов звільнення з посади.

Вивчення засновницьких документів дає можливість стверджувати, що генеральний директор КНП «КЦРЛ» наділений повноваженнями діяти без довіреності від імені установи, представляти її інтереси на різних рівнях управління, серед них: державні органи влади, органи місцевого самоврядування у стосунках із підприємствами галузі (юридичні особи), із фізичними особами. Відповідно до зазначеного, керівник медичної установи від свого імені підписує документи, віддає за необхідності довіреності, делегує право підпису документів іншим працівникам лікарні в межах законності, укладає угоди із окремими організаціями, які обслуговують інфраструктуру лікарні. Саме Гендиректор уповноважений відкривати поточні та інші рахунки в органах державної казначейської служби України в банках.

Підсумовуючи цей блок повноважень, зазначимо, що Генеральний директор наділяється можливістю самостійно вирішувати питання щодо

діяльності лікарні, як організації медичної галузі, за винятком тих, які віднесені згідно із статутом до компетенції засновника - Кіровоградської районної ради. Він організовує надання населенню, здебільшого сільському, медичної допомоги в межах наділених повноважень та нормативно-правових актів, несе відповідальність за результати господарської діяльності (фінансові, соціальні), спектр ширини та глибини, а також якості медичних послуг, що надаються. Користуючись правом розпорядження фінансовими коштами, керівник лікарні здійснює оперативне управління майном установи, забезпечує його ефективне застосування, збереження, оновлення та модернізацію.

Управління організацією, в даному випадку медичною установою, Гендиректор здійснює, використовуючи такі інструменти менеджменту як: накази, акти, розпорядження, які обов'язкові до виконання працівниками усіх підрозділів. Значна увага приділяється керівником до такої ланки управління як організація, планування та контроль, зокрема контроль за веденням та зберіганням стандартної медичної документації. До компетенції Генерального директора лікарні відноситься: у відведені строки та в нормованому порядку повідомлення відповідних, передбачених статутом даних, про організаційні зміни в лікарні внесення обов'язкової інформації до єдиного державного реєстру про юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань, надання в зафіксованому порядку фінансової звітності.

Значні обсяги управлінської діяльності Генерального директора пов'язані із безпосереднім керівництвом медперсоналом. Перш за все, це стосується ухвалення управлінських рішень про прийняття на роботу, звільнення працівників медустанови з посад, регулювання трудових відносин в колективі, укладення трудових угод із залученими до виконання певних функцій працівниками. Саме керівнику такого рівня делегується функція раціонального добору кадрів, ухвалення правил внутрішнього трудового розпорядку, планування та реалізація, підвищення фахового та

кваліфікаційного рівня залученого персоналу, згідно до затвердженого штатного розпису.

Ще один блок управлінських рішень здійснює Генеральний директор лікарні, а саме затверджує посадові інструкції працівників, забезпечує виконання вимог чинного законодавства про охорону праці, санітарно-гігієнічні та протипожежні норми і правила, сприяє дотриманню належних умов праці. Важливою ділянкою управлінської діяльності керівника вищого рівня лікарні є розробка та впровадження, контроль за своєчасною виплатою заробітної плати залученим до роботи працівникам. Відповідно, до внутрішніх актів та розпоряджень, керівник підприємства у собі Генерального директора лікарні, самостійно затверджує штатний розпис медустанови, форми та системи оплати праці, а також рекомендовані Міністерством норми праці, розцінки.

Окрема увага приділяється умовам запровадження та розмірам надбавок, доплатам, преміям, винагородам, різного ґатунку заохочувальним, компенсаційним, гарантійним виплатам, що передбачені колективним договором з дотримання норм та гарантій, передбачені діючим законодавством (генеральної та галузевої угодами, внутрішніми актами медичної установи).

Важливою сферою управління медичним закладом є господарська діяльність, за її результати несе відповідальність, перш за все, Генеральний директор лікарні в межах та порядку визначеному діючим законодавством. Серед зон відповідальності в цьому аспекті є: побудова організаційної структури управління, затвердження положення про структурні підрозділи закладу, положення про підсумки роботи та преміювання, залучених до господарської діяльності працівників, порядок надходження та використання фінансових ресурсів, як отримані благодійні внески, гранти та доручення, порядок приймання, зберігання, відпуску та обліку лікарських засобів і медичних виробів.

В умовах цифровізації до зони персональної відповідальності

Гендиректора відноситься створення умов, які забезпечують захист персональних даних, впровадження сучасних форм обліку виконаних послуг медичного змісту та інших форм роботи.

Слід підкреслити, що Генеральний директор звітує один раз на рік перед засновником (власником) за попередній період роботи, відповідно до затвердженої форми звітності в електронній формі. За достовірність статистичної звітності відповідальність розподіляється - залучається головний бухгалтер.

Додаткову інформацію про організацію управління досліджуваної установою дає характеристика адміністрації КНП «КЦРЛ». Згідно з організаційною структурою, очолює КНП «КЦРЛ» Гендиректор, якому підпорядковуються заступники.

До основних функцій адміністрації КНП «КЦРЛ» відносяться наступні:

- створення організаційних, фінансових, управлінських умов щодо забезпечення збереження майна закладу;
- організація праці медичного персоналу, відповідно до його посади, фаху, кваліфікації, вимог з техніки та санітарної безпеки;
- забезпечення лікарів та медсестринського персоналу сучасною медичною апаратурою, інструментами, витратними матеріалами, лікарськими засобами, які загалом забезпечуватимуть та гарантуватимуть безперервну, упорядковану, ритмічну діяльність працівників лікарні;
- створення умов для надання медичних послуг населенню з метою реалізації їх конституційного права на охорону здоров'я;
- забезпечення організаційних, технічних, матеріальних умов щодо підвищення результативності праці зайнятого персоналу, впроваджуючи новітні науково-технічні досягнення в медичній галузі, інформаційні технології, передовий досвід організації, автоматизації праці в медзакладах;
- формування та використання передової системи мотивації праці персоналу, лікарів-новаторів в першу чергу;
- забезпечення та розповсюдження винахідницьких та

раціоналізаторських пропозицій персоналу, спрямованих на формування командної роботи колективу, покращення морально-психологічного клімату, що стримує емоційне виснаження лікарського персоналу в умовах нестабільності, війни, кліматичних викликів, соціальних загострень;

- сприяння зміцненню трудової дисципліни, створення середовища з поліпшеними умовами для реалізації медичних послуг, що відповідають сучасним стандартам, нормам з праці, вимогам реформованої медицини;

- постійне оновлення матеріально-технічного обладнання медичних відділень, створення безпечних експозицій охорони праці, робочих місць медичним працівникам, тобто запровадження сучасних засобів безпеки, які функціонально запобігають виробничому травматизму, формуванню професійних захворювань персоналу лікарні;

- контролювати дотримання медичними працівниками вимог, що вимагаються інструкціями з техніки безпеки;

- забезпечення своєчасної виплати заробітної плати;

- створення умов для підвищення кваліфікації медперсоналу, його кар'єрного росту, освоєння нових суміжних навичок;

- створення умов, необхідних для персоналу з метою реалізації їх власних повноважень, ініціатив формування корпоративної культури, традиції, бренду;

- ініціювання створення власного іміджу, іміджу медичної установи;

- стимулювання працівників лікарні до формування колективного стилю в основній сфері діяльності, надання населенню медичних послуг з метою закріплення позитивного іміджу лікарні.

З впровадженням медичної реформи та децентралізації надання медичних послуг, надання більшого обсягу повноважень Генеральному директору, зауважимо, що враховуючи позиції зареєстрованого статуту, працівники лікарні мають право приймати безпосередню участь в управлінні КНП «КЦРЛ» шляхом зібрання зборів трудового колективу, через участь у професійній спілці, працювати у наглядовій Раді, вносити до адміністрації

власні пропозиції, які спрямовані на покращення функціонування закладу, а також стосовно питань соціально-культурного та трудового розвитку установи.

Зазначимо, що до складу органів, в яких приймають участь члени колективу, реалізуючи, таким чином своє право участі в управлінні КНП «КЦРЛ» не має права входити Генеральний директор.

Регулювання виробничих, трудових та соціальних стосунків з персоналом здійснюється із адміністрацією згідно із колективним договором. Колективний договір укладається Генеральним директором та уповноваженим органом самого трудового колективу. Додамо, сторони колективного договору в обов'язковому порядку не менш ніж один раз на рік зобов'язані звітувати на загальних зборах.

Відповідно до затвердженого статуту, Колективного договору та чинного законодавства, трудовий колектив лікарні КНП «КЦРЛ» вирішує питання щодо поліпшення умов праці життя, здоров'я, гарантії обов'язкового медичного страхування працівників досліджуваного медичного закладу.

У колективному договорі з урахуванням чинного законодавства, галузевою угодою встановлюється форми системи оплати праці, схеми посадових окладів, розміри надбавок та умови їх застосування, розроблюється положення щодо премій, винагород, додаткових виплат, компенсаційних, гарантійних, заохочувальних.

Мінімальна зарплата задіяного персоналу має бути відповідною до законодавства, але не нижче встановленого мінімуму. В умовах децентралізації, кошти на оплату праці медпрацівникам КНП «КЦРЛ» є результатом некомерційного господарювання трудового колективу.

Важливою складовою процесу управління господарською діяльністю КНП «КЦРЛ» в умовах децентралізації є організація, планування, реалізація та аудитування контролю за діяльністю медичного закладу. Як відображено в Статуті лікарні, установа має самостійно здійснювати оперативний та бухгалтерський облік, аналіз результатів своєї діяльності, вести облік та

обробку персональних даних медичного персоналу, проводити юридичну, фінансову та кадрову звітність, відповідно до діючого нормативного законодавства.

Якщо контроль організовано у відповідності до вимог, то відповідальність за своєчасне і достовірне передання передбачених форм контролю звітності до відповідних органів несуть уповноваженні за це працівники. Зі сторони держави налагоджено контроль за фінансовою та господарською діяльністю відповідними органами в межах їх повноважень та встановленому порядку.

Засновник (власник) теж має можливість здійснювати контроль за результатами фінансово-господарської діяльності за допомогою аналізу господарської бухгалтерської документації.

Особливістю управління медичним закладом в умовах децентралізації полягає в тому, що контроль якості надання медичних послуг населенню здійснюється шляхом експертизи відповідності якості наданої медичної допомоги в умовах, затверджених галузевими стандартами, чинним законодавством та міжнародним принципом доказової медицини, що здійснюється засновником у встановлені терміни.

Важливим принципом організації управління медичним закладом в умовах децентралізації є передбачення можливості реорганізації лікарні у випадку злиття, приєднання, поділу, перетворення або ліквідації за рішенням засновника у випадках що передбачені законодавством України. Так, у випадку припинення діяльності лікарні у формі злиття, приєднання, перетворення та ліквідації усі активи медичного закладу передаються іншим аналогічним неприбутковим організаціям.

Зокрема, механізм ліквідації організації передбачає наступне:

- ліквідація медичного закладу вчиняється спеціально створеною засновником ліквідаційної комісією;
- порядок та терміни визначаються органом, що ініціював її та прийняв управлінське рішення, щодо реорганізації медичної установи у формі

ліквідації;

- ліквідаційна комісія наділена певними повноваженнями, відповідно до яких зобов'язана розмістити повідомлення щодо процедури припинення юридичної особи, порядку висування вимог кредиторами, механізму стягнення дебіторської заборгованості установи, тощо;

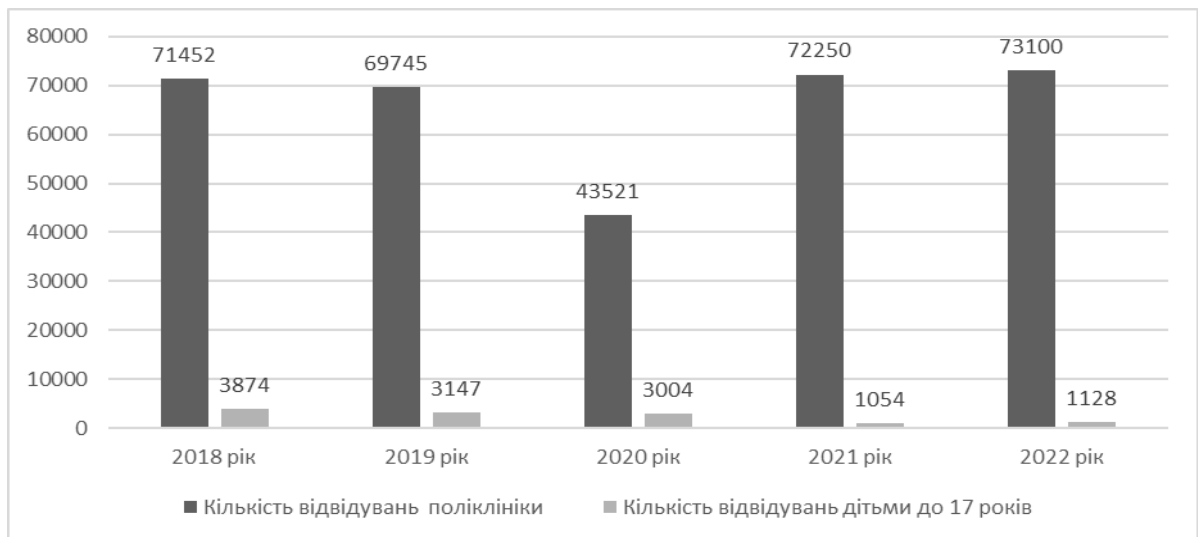
- ліквідаційна комісія, перебравши на себе повноваження з управління медичним закладом, повинна скласти ліквідаційний баланс, надати його до органу, який призначив ліквідаційну комісію, нести відповідальність як за достовірність, так і за повноту складеного ліквідаційного балансу.

Отже, організація процесу управління медичної установою КНП «КЦРЛ» в умовах децентралізації та впровадженій медичної реформи, будується за загальними принципами менеджменту і передбачає всебічне його упорядкування, а саме визначає чіткість, послідовність і певні межі реалізації, враховуючи повноваження, які перейшли до засновника та керівника медичного закладу у відповідно із законом про децентралізацію влади.

### **2.3. Господарський аналіз діяльності КНП «Кропивницька центральна районна лікарня»**

Аналіз діяльності розпочнемо із визначення статистики відвідування як поліклінічного, так і стаціонарного відділень КНП «Кропивницька центральна районна лікарня». Маємо зауважити, що в умовах децентралізації, на ефективність медичних закладів напряму залежить від відвідуваності, кількості виконаних медичних процедур. Тому логічним є здійснення вищенаведеного аналізу.

На рис. 2.1 ми демонструємо статистику відвідування поліклінічного відділення КНП «КЦРЛ», зокрема із врахуванням надання послуг дітям, що не досягли 17-річного віку.



**Рис. 2.1. Статистика відвідувань КНП «КЦРЛ»  
протягом 2018-2022 рр.**

Джерело: [складено на основі додатків А-Е]

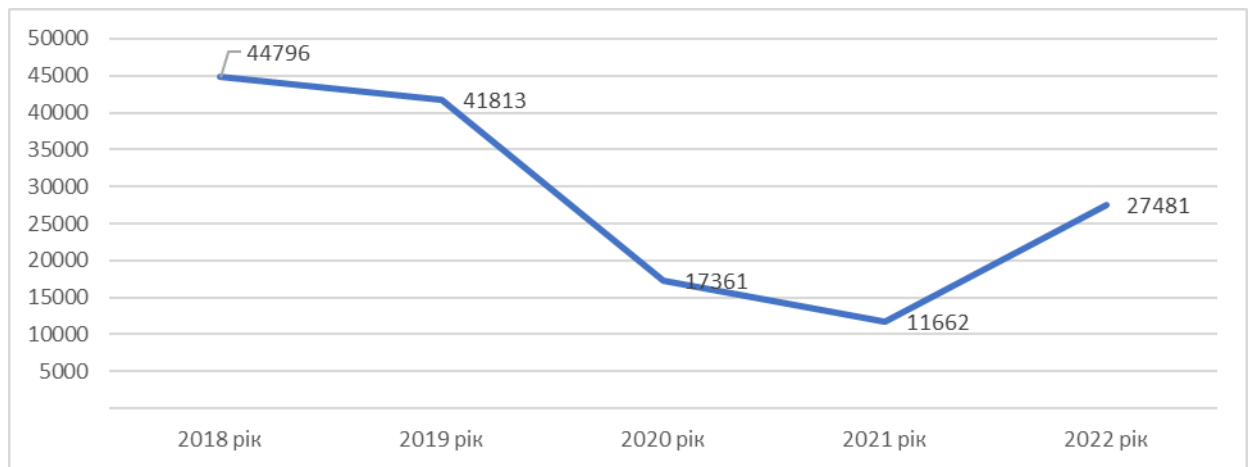
У 2018 році поліклініку відвідало 71452 рази, а кількість відвідувань особами, що не досягли 17 річного віку становило 3874 рази. У 2019 р. кількість відвідувань зменшилась на 2,39% або 1707 відвідувань (при цьому кількість дітей, які звертались за допомогою зменшилась на 18,77%). У зв'язку з поширенням пандемії у 2020 році значно знизилась кількість хворих, що звертались за консультаціями. Зокрема, на загальну кількість відвідувань знизилась на 37,6%, а кількість звертань дітей, які обслуговувались в поліклініці зменшилась на 4,54%.

Загалом маємо відзначити досить сильне зниження кількості звертань саме дитячого населення, про що свідчить зниження даного показника у 2021 році. Так, якщо зафіксовано 3004 звертань дітей у поліклініку у 2020 році, то у 2021 році даний показник становив 1054 рази, тобто кількість відвідувань знизилась на 64,9%. У 2022 кількість звертань дещо виросла і складала 1128 разів, що більше ніж у 2020 році на 7,02%. Загалом за 5 років кількість обслуговуваного дитячого населення впала на 70,88%. На противагу цьому, починаючи із 2021 року кількість дорослого населення, що обслуговувалось у закладі виросло: у 2021 році кількість відвідувань поліклініки становило

72250 разів (на 66,01% більше, ніж у 2020 р.), а у 2022 році – 73100 відвідувань. Тобто, у загальній динаміці кількість відвідувань поліклініки виросло на 2,31%.

У відповідності до отриманих даних проаналізуємо кількість послуг, наданих в стаціонарі КНП «КЦРЛ».

Наступним кроком нашого аналізу доречно охарактеризувати кількісний склад персоналу лікарні за обраний для дослідження період (див. табл. 2.3.).



**Рис. 2.2. Статистика тривалості перебування хворих у КНП «КЦРЛ» протягом 2018-2022 рр.**

Джерело: [складено на основі додатків А-Е]

На відміну від відвідуванню поліклінічного відділення, зауважимо, що статистика перебування у стаціонарі зменшилась протягом 2018-2022 рр. у КНП «КЦРЛ». Так, у 2018 році кількість ліжокднів, проведених хворими у стаціонарі становила 44796, а у 2019 році знизилась до 41813 ліжокднів. У 2020 році через тривалу заборону планових операцій, перебування в стаціонарі, кількість ліжокднів, проведених пацієнтами у КНП «КЦРЛ» знизилась до 17361, що на 58,5% менше, ніж у 2019 р. У 2021 році, оскільки ще тривали обмеження, пов'язані із госпіталізацією під час пандемії, а також загальним звуженням діяльності лікарні, кількість ліжокднів, проведених у стаціонарі КНП «КЦРЛ» знизилась ще на 32,8% і становила 11662 ліжокдні.

У 2022 році відмічаємо зростання кількості ліжкоднів, проведених у стаціонарі, що в цілому становило 27481. Однак, через певні процеси, пов'язані із зниженням облікової кількості ставок в лікарні, відмічаємо зменшення продуктивності – загальне зниження перебування хворих в стаціонарі становило 38,7% за 2018-2022 рр.

В цьому випадку доцільно проаналізувати не лише кількість ліжкоднів, яку пацієнти перебували в лікарні, а й кількість хворих, які лікувались в стаціонарі (див. рис. 2.3.).

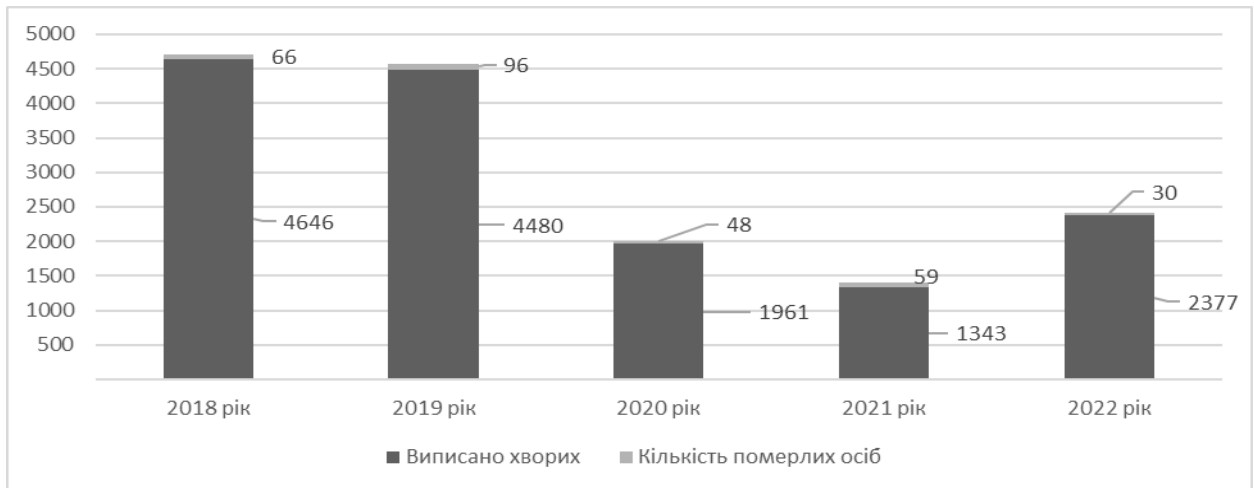
Знову ж таки, з рис. 2.3. бачимо спадну тенденцію до кількості пацієнтів, які проходили лікування в КНП «КЦРЛ» та були виписані після, або ж померли. Зокрема, у 2018 році виписано після лікування 4646 хворих, ще 66 пацієнтів померли з різних причин. У 2019 році кількість виписаних хворих знизилась на 3,6%, а кількість померлих навпаки виросла (на 45,5%), однак в загальній сумі кількість пацієнтів, що перебувала на лікуванні у порівнянні із 2018 р. мала тенденцію до зменшення.

У 2020 році через заборону на проведення планових госпіталізацій та оперативних втручань, кількість хворих, які отримували дані послуги в стаціонарі суттєво знизилась (виписаних на 56,2%, померлих – на 50%).

У 2021 році ця тенденція продовжилась, а скорочення загалом становило серед виписаних – ще на 31,5%, а серед померлих, бачимо навпаки зростання на 22,91%. Тобто, в даному випадку, зростання смертності відбулось не через помилки в протоколах лікувальної діяльності, а через загальну тенденцію скорочення стаціонарного обслуговування і перебування на лікуванні більшості тяжкохворих.

У 2022 році фіксуємо зростання виписаних хворих, загалом їх кількість становила 2377 осіб, що на 77% більше, ніж у 2021 році. Смертність, навпаки знизилась 49,2%.

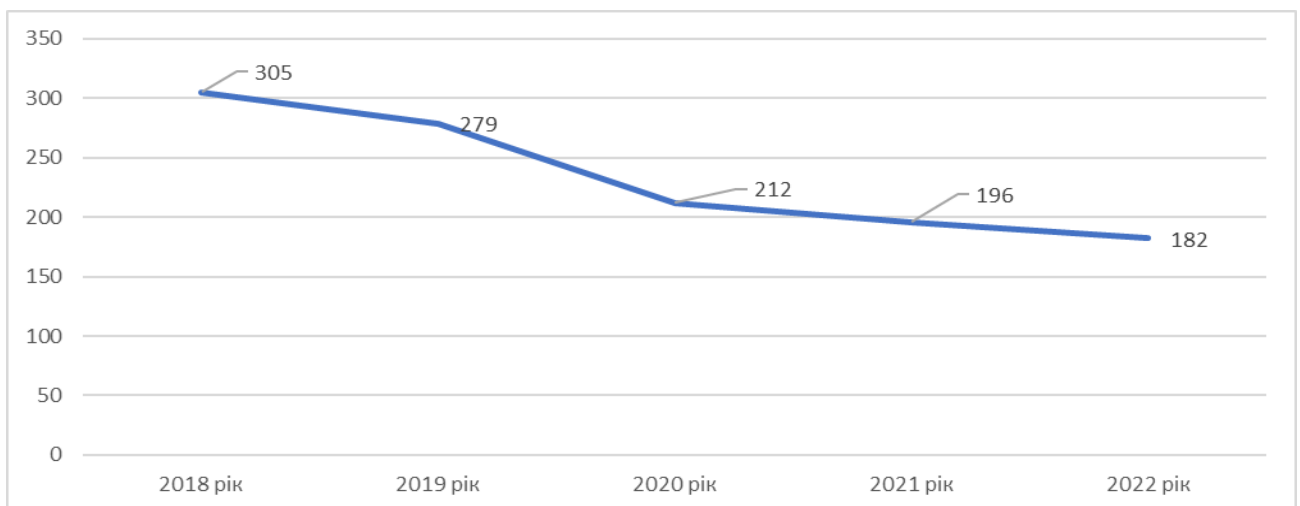
Маємо зауважити, що загалом, кількість осіб, які були виписані у 2022 році у порівнянні із аналогічним показником 2018 року знизилась на 49%, що свідчить про зменшення обсягів діяльності лікарні.



**Рис. 2.3. Статистика виписаних та померлих хворих у  
КНП «КЦРЛ» протягом 2018-2022 рр.**

Джерело: [складено на основі додатків А-Е]

В даному випадку доцільно провести аналіз кадрового складу лікарні, для розуміння потенціалу медичного обслуговування населення госпітального округу в умовах проведення медреформи та децентралізації (див. рис. 2.4).



**Рис. 2.4. Кількість працюючих в КНП «КЦРЛ» за 2018-2022 рр.**

Джерело: [складено на основі додатків А-Е]

Динаміка зміни кількості працівників у КНП «КЦРЛ» є негативною. Помічаємо щорічне зниження чисельності персоналу за період 2018-2022 рр. У 2018 році відзначаємо 305 осіб, які працювали у медзакладі, у 2019 році їх

кількість становила 279 осіб, а у 2020 році – 212 чоловік. У 2021 році чисельність персоналу склала 196 осіб, а у 2022 році скоротилась ще на 14 осіб і становила 182 чоловік.

Вважаємо за необхідне проаналізувати забезпеченість кадрами даної медичної установи, а також динаміку зміни персоналу за категоріями. Відобразимо дані показники у табл. 2.1.

Таблиця 2.1

### Аналіз кількісного складу КНП «КЦРЛ» протягом 2018-2022 рр.

| Найменування посади                        | Число посад в цілому в закладі |          | В т.ч. в поліклініці (амбулаторії) диспансері, консультації |          | Кількість штатних працівників у цілому в закладі на зайнятих посадах, осіб |
|--------------------------------------------|--------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------------------------|
|                                            | штатних                        | зайнятих | штатних                                                     | зайнятих |                                                                            |
| 1                                          | 2                              | 3        | 4                                                           | 5        | 6                                                                          |
| <b>2018 рік</b>                            |                                |          |                                                             |          |                                                                            |
| Лікар, всього                              | 72,75                          | 71,25    | 34,50                                                       | 33,75    | 56,00                                                                      |
| у т.ч. керівники закладів та їх заступники | 3,00                           | 3,00     |                                                             |          | 3,00                                                                       |
| Спеціалісти з вищою немедичною освітою     | 3,00                           | 3,00     |                                                             |          | 3,00                                                                       |
| Середній медперсонал - усього              | 133,75                         | 131,25   | 25,75                                                       | 25,75    | 109,00                                                                     |
| у тому числі медичні сестри                | 101,25                         | 100,25   | 25,75                                                       | 25,75    | 90,00                                                                      |
| Молодший медперсонал                       | 79,50                          | 79,50    | 15,50                                                       | 15,50    | 66,00                                                                      |
| Інший персонал                             | 89,00                          | 85,75    | 4,00                                                        | 4,00     | 70,00                                                                      |
| Усього посад                               | 378,50                         | 371,25   | 80,25                                                       | 79,50    | 305,00                                                                     |
| <b>2019 рік</b>                            |                                |          |                                                             |          |                                                                            |
| Лікарі, всього                             | 72,75                          | 63,50    | 34,50                                                       | 27,75    | 50,00                                                                      |
| у т.ч. керівники закладів та їх заступники | 3,00                           | 3,00     |                                                             |          | 3,00                                                                       |
| Спеціалісти з вищою немедичною освітою     | 3,00                           | 2,00     |                                                             |          | 2,00                                                                       |
| Середній медперсонал - усього              | 133,75                         | 127,75   | 25,75                                                       | 25,75    | 104,00                                                                     |
| у тому числі медичні сестри                | 101,25                         | 98,25    | 25,75                                                       | 25,75    | 84,00                                                                      |
| Молодший медперсонал                       | 79,50                          | 79,50    | 15,50                                                       | 15,50    | 56,00                                                                      |
| Інший персонал                             | 89,00                          | 81,25    | 4,00                                                        | 4,00     | 66,00                                                                      |
| Усього посад                               | 378,50                         | 354,50   | 80,25                                                       | 73,50    | 279,00                                                                     |
| <b>2020 рік</b>                            |                                |          |                                                             |          |                                                                            |
| Лікарі, всього                             | 57,50                          | 44,00    | 24,00                                                       | 17,00    | 36,00                                                                      |
| у т.ч. керівники закладів та їх заступники | 2,00                           | 2,00     |                                                             |          | 2,00                                                                       |
| Спеціалісти з вищою немедичною освітою     | 3,00                           | 2,00     |                                                             |          | 2,00                                                                       |
| Середній медперсонал - усього              | 91,00                          | 78,25    | 14,50                                                       | 14,50    | 73,00                                                                      |

Продовж. табл. 2.1.

| 1                                          | 2      | 3      | 4     | 5     | 6      |
|--------------------------------------------|--------|--------|-------|-------|--------|
| у тому числі медичні сестри                | 72,00  | 59,25  | 14,50 | 14,50 | 54,00  |
| Молодший медперсонал                       | 59,00  | 49,00  | 10,00 | 10,00 | 37,00  |
| Інший персонал                             | 63,00  | 62,00  | 1,00  | 1,00  | 63,00  |
| Усього посад                               | 275,00 | 236,25 | 50,00 | 43,00 | 212,00 |
| <b>2021 рік</b>                            |        |        |       |       |        |
| Лікарі, всього                             | 58,00  | 46,00  | 24,50 | 21,50 | 31,00  |
| у т.ч. керівники закладів та їх заступники | 2,00   | 2,00   |       |       | 2,00   |
| Спеціалісти з вищою немедичною освітою     | 3,00   | 2,00   |       |       | 1,00   |
| Середній медперсонал - усього              | 90,50  | 78,75  | 15,00 | 15,00 | 69,00  |
| у тому числі медичні сестри                | 72,50  | 60,75  | 15,00 | 15,00 | 55,00  |
| Молодший медперсонал                       | 59,00  | 50,00  | 10,00 | 10,00 | 41,00  |
| Інший персонал                             | 63,00  | 63,00  | 1,00  | 1,00  | 53,00  |
| Усього посад                               | 275,00 | 240,75 | 51,00 | 48,00 | 196,00 |
| <b>2022 рік</b>                            |        |        |       |       |        |
| Лікарі, всього                             | 58,00  | 38,50  | 26,50 | 20,50 | 28,00  |
| у т.ч. керівники закладів та їх заступники | 2,00   | 1,00   |       |       | 1,00   |
| Спеціалісти з вищою немедичною освітою     | 6,25   | 4,25   |       |       | 3,00   |
| Середній медперсонал - усього              | 90,50  | 75,75  | 15,00 | 14,00 | 61,00  |
| у тому числі медичні сестри                | 72,50  | 58,75  | 15,00 | 14,00 | 48,00  |
| Молодший медперсонал                       | 59,00  | 42,25  | 10,00 | 10,00 | 40,00  |
| Інший персонал                             | 59,75  | 59,75  | 1,00  | 1,00  | 49,00  |
| Усього посад                               | 275,00 | 221,50 | 53,00 | 46,00 | 182,00 |

Джерело: [складено на основі додатків А-Е]

Як ми бачимо, у 2018 році в лікарні було відкрито 72,25 посад лікарів, з яких зайнято 71,25 посад (97,94% від потреби). З цієї кількості 34,5 посад було виділено на поліклініку, де вільними залишались 0,75 посад. Загалом відзначимо, що на зазначених посадах працювали 56 осіб. Керівних посад у медичному закладі виділили 3, а спеціалістів з вищою немедичною освітою заклад також потребував у обсязі 3 посад, які були зайняті у повному обсязі. Потреба у середньому медичному персоналі у закладі була закрита на 98,13% (зайнято 131,25 із 133,75 посад). При цьому у поліклініці були зайняті всі із наявних посад, а вакантними залишались власне посади в лікарні. Потреба у молодшому медичному персоналі закрита на 100%, зайнято 79,5 посад. Що виокремлені у штатному розписі. Певну нестачу заклад відчував у наборі персоналу за іншими категоріями, окрім зазначених. Так, у 2018 році потреба в означених категоріях становила 89 посад, а зайнято було 85,75 (96,35%).

При цьому загалом, по медичному закладу в штатному розписі було виділено 378,5 посад, серед яких зайнято було 371,25 посад, що складає 98,08% від потреби. По поліклініці було закрито 99,07% від потреби.

У 2019 році спостерігаємо скорочення кількості зайнятих на усіх найменуваннях посад, при незмінному штатному розкладі, окрім молодшого медичного медперсоналу (укомплектованість становить 100%). Так, фактично зайнято у 2019 р. було 63,5 посад лікарів (27,75 посад у поліклініці), що становило 87,89% від планової потреби (80,43% від потреби в поліклініці). Укомплектованість штату середнім медичним персоналом у 2019 році становила 95,51% (зайнято 127,75 посад), при цьому забезпеченість даною категорією працівників в поліклініці становила 100%. Зауважимо, що власне медсестр у закладі працювало на 98,25 штатних посадах (із 101,25 планових), що складало 97,04% від потреби. Забезпеченість іншими категоріями персоналу у КНП «КЦРЛ» складала 91,29% (81,25 посад із 89 передбачених). Загалом, заклад був укомплектований персоналом на 93,66% (зайнято 354,5 посад).

Маємо відзначити, що у 2020 відбулось суттєве скорочення штату лікарів. Так, зокрема із 72,75 посад лікарів у штаті залишилась потреба на 57,5 посадах. Знизилось число керівних посад (з 3 до 2)., Потреба у середньому медичному персоналі скоротилась до 91 з 133,75, при цьому кількість медсестер знизилась із 101,25 посад до 72. Зменшилась і потреба у молодшому медичному персоналі. У 2020 році в штаті потребували 59 посад даної категорії проти 79,5 у 2019 р.

Потреба у працівниках інших категорій знизилась із 89 посад до 63. Загалом чисельність штату скоротилась із 378,5 посад до 275,0, що становить 27,3%.

При цьому зауважимо, що укомплектованість штатів навіть за умови їх скорочення не була повною. Зокрема, забезпеченість лікарями у КНП «КЦРЛ» у 2020 році складала 76,52%, а середнім медичним персоналом – на 85,99%. Нестача молодшого персоналу у лікарні становила 10 посад, тобто

16,94% від потреби, а іншого персоналу – 1 посада (1,59%). В цілому штат лікарні був укомплектований на 85,91%.

У 2021 році штатний розклад лікарні дещо змінився – збільшилась кількість посад лікарів (на 0,5), а кількість середнього медперсоналу зменшилась (на 0,5), при цьому загальна кількість посад не змінилась. Нестача лікарів дещо зменшилась – зайнято було 46 посад з 58 (у 2020 році – 44), однак кількість штатних працівників на цих посадах зменшилась із 36 осіб у 2020 році до 31 в 2021, що свідчить про неефективну кадрову політику в медичному закладі та суттєву плінність кадрів.

Кількість зайнятих посад середнього медичного персоналу дещо виросла – із 78,25 у 2020 році до 78,75 у 2021 році, тож укомплектованість кадрів склала 87,02%. Кількість зайнятих посад молодшого медичного персоналу виросла на 1,0 ставку, тож забезпеченість кадрами цього профілю склала 84,75%. Штат іншого персоналу був укомплектований повністю. Загалом штат лікарні був укомплектований на 87,54%.

У 2022 році констатуємо різке скорочення кількості зайнятих посад лікарів. Зокрема, зайнято було 38,5 посад і 58. Нестача лікарів КНП «КЦРЛ» складала 33,62%, що досить негативно позначається на якості обслуговування пацієнтів.

Нестача середнього медичного персоналу склала 14,75 посад, тобто 16,29% (серед них медичних сестер – 18,97%), а молодшого медичного персоналу – цілих 28,39%, що свідчить про катастрофічну нестачу медичних кадрів у закладу. Загальна укомплектованість штатів при повному забезпеченні посад інших категорій склала 80,55%.

Приходимо до висновку, що загальну якість послуг медичного характеру в КНП «КЦРЛ» впливає забезпеченість медичними кадрами. Як нами було виявлено під час аналізу катастрофічно не вистачає лікарів, медичних сестер та молодшого медичного персоналу. Більшість лікарів та медичних сестер працює на умовах сумісництва, посідаючи більш ніж 1 ставку, що також впливає на якість обслуговування через надмірне

навантаження та вигорання персоналу.

Аналізу потребує і кваліфікаційний склад персоналу, позаяк від якості набутих компетенцій залежить і рівень медичного обслуговування пацієнтів. Відобразимо дану інформацію у табл. 2.3.

Таблиця 2.3

**Якісний склад персоналу КНП «КЦРЛ» у 2018-2022 рр.**

| Найменування посад                                             | Облікова кількість осіб | Із загальної кількості осіб мають категорію: |    |    |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------|----|----|
|                                                                |                         | вищу                                         | I  | II |
| 1                                                              | 2                       | 3                                            | 4  | 5  |
| 2018 рік                                                       |                         |                                              |    |    |
| лікарі                                                         | 58                      | 16                                           | 20 | 4  |
| у т.ч. жінок                                                   | 33                      | 7                                            | 11 | 2  |
| середній медперсонал                                           | 120                     | 60                                           | 15 | 11 |
| у т. числі фельдшери                                           | 3                       | 1                                            |    |    |
| акушерки                                                       | 4                       | 4                                            |    |    |
| медичні сестри                                                 | 103                     | 52                                           | 13 | 9  |
| у.т.ч. жінок із всієї кількості середнього медичного персоналу | 117                     | 59                                           | 14 | 11 |
| 2019 рік                                                       |                         |                                              |    |    |
| лікарі                                                         | 52                      | 14                                           | 17 | 8  |
| у т.ч. жінок                                                   | 31                      | 6                                            | 10 | 6  |
| середній медперсонал                                           | 110                     | 56                                           | 19 | 10 |
| у т. числі фельдшери                                           | 2                       | 1                                            |    |    |
| акушерки                                                       | 4                       | 4                                            |    |    |
| медичні сестри                                                 | 95                      | 48                                           | 16 | 8  |
| у.т.ч. жінок із всієї кількості середнього медичного персоналу | 106                     | 55                                           | 18 | 10 |
| 2020 рік                                                       |                         |                                              |    |    |
| лікарі                                                         | 36                      | 10                                           | 11 | 6  |
| у т.ч. жінок                                                   | 21                      | 6                                            | 6  | 4  |
| середній медперсонал                                           | 73                      | 35                                           | 10 | 7  |
| у т. числі фельдшери                                           | 1                       |                                              |    |    |
| акушерки                                                       |                         |                                              |    |    |
| медичні сестри                                                 | 61                      | 32                                           | 8  | 5  |
| у.т.ч. жінок із всієї кількості середнього медичного персоналу | 72                      | 34                                           | 10 | 7  |
| 2021 рік                                                       |                         |                                              |    |    |
| лікарі                                                         | 31                      | 9                                            | 16 | 8  |
| у т.ч. жінок                                                   | 16                      | 5                                            | 3  | 6  |
| середній медперсонал                                           | 69                      | 38                                           | 13 | 8  |

Продовж. табл. 2.3

| 1                                                              | 2  | 3  | 4  | 5 |
|----------------------------------------------------------------|----|----|----|---|
| у т. числі фельдшери                                           | 1  |    |    |   |
| акушерки                                                       |    |    |    |   |
| медичні сестри                                                 | 60 | 36 | 11 | 7 |
| у.т.ч. жінок із всієї кількості середнього медичного персоналу | 68 | 37 | 13 | 8 |
| 2022 рік                                                       |    |    |    |   |
| лікарі                                                         | 28 | 6  | 8  | 6 |
| у т.ч. жінок                                                   | 13 | 2  | 1  | 5 |
| середній медперсонал                                           | 61 | 26 | 10 | 3 |
| у т. числі фельдшери                                           | 1  |    |    |   |
| акушерки                                                       |    |    |    |   |
| медичні сестри                                                 | 52 | 24 | 8  | 2 |
| у.т.ч. жінок із всієї кількості середнього медичного персоналу | 60 | 25 | 10 | 3 |

Джерело: [складено на основі додатків А-Е]

Фіксуємо в кожній категорії працівників зниження чисельності працюючих. Загалом, кількість лікарів зменшилась із 58 осіб до 28 осіб із 2018 р. по 2022 р. Тобто, загальне зниження працюючих лікарів становило 51,72%. При цьому, кількість лікарів жіночої статті зменшилась із 33 до 13 осіб, тобто на 60,61%. Якщо, у 2018 році в КНП «КЦРЛ» працювало 16 лікарів вищої категорії, то у 2022 їх кількість становила 6 осіб, тобто на 62,5% менше, I категорії – 20 осіб у 2018 р., а у 2022 – 8 осіб (на 60,0% менше), II категорії – 4 особи у 2018 р. та 6 осіб у 2022 р. (на 50,0% більше). Тобто, приходимо до висновку, що кваліфікований персонал залишає роботу у медзакладі, натомість відбувається оновлення персоналу молодими фахівцями, які ще напрацьовують досвід. Відповідно, приходимо до висновку, про певне зниження якості обслуговування населення.

Зменшилась і кількість середнього медичного персоналу у КНП «КЦРЛ». Так, за аналізований період воно склало 49,16%. Зокрема, спостерігаємо скорочення даних працівників вищої кваліфікаційної категорії на 56,67%, I категорії на 33,33%, II – на 72,73%. Кількість фельдшерів

зменшилась із 3 осіб до 1, а посади акушерок, кількість яких у 2018 році внаслідок реформування лікарні було ліквідовано. Зменшилось відповідно і кількість медичних сестер (із 103 у 2018 р. до 52 у 2022 р., тобто на 49,51%). Загалом, кількість жінок серед працівників середнього медперсоналу зменшилась за даний період на 48,72%. В даній категорії персоналу теж спостерігаємо відтік кваліфікованих кадрів, що висуває питання якості наданих послуг на передній план.

Проведемо аналіз основних показників господарської діяльності для розуміння її ефективності, а дані відобразимо в табл. 2.4.

Таблиця 2.4

### Основні показники господарської діяльності КНП «КЦРЛ»

| Показник                                                                      | 2018 рік  | 2019 рік  | 2020 рік  | 2021 рік  | 2022 рік   | Відн. відх.<br>кін.пер./<br>поч.пер. |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|--------------------------------------|
| 1                                                                             | 2         | 3         | 4         | 5         | 6          | 7                                    |
| Основні засоби                                                                | 2 400 870 | 2 143 394 | 5 727 004 | 9 250 247 | 8 864 398  | 269,22                               |
| Запаси                                                                        | 1 777 197 | 1 500 798 | 1 859 473 | 3 735 792 | 9 803 467  | 451,63                               |
| Поточна дебіторська заборгованість за розрахунками із соціального страхування | 11 033    | 23 567    | 56 786    | 45 501    | 0          | 0                                    |
| Грошові кошти та їх еквіваленти в національній валюті, з них:                 | 496 760   | 439 652   | 1 871 658 | 1 662 329 | 4 045 633  | 714,40                               |
| в касі                                                                        | 21 769    | 29 432    | 23 313    | 29 224    | 0          | 0                                    |
| в казначействі                                                                | 474 991   | 410 220   | 0         | 0         | 0          | 0                                    |
| в установах банку                                                             |           |           | 1 848 345 | 1 633 105 | 4 045 633  | 118,88                               |
| Внесений капітал                                                              | 2 356 914 | 1 496 332 | 1 496 332 | 4 773 843 | 15 334 648 | 550,62                               |
| Фінансовий результат                                                          | 1 823 028 | 2 289 301 | 7 509 123 | 7 509 123 | 6 630 652  | 263,72                               |
| Поточні зобов'язання:                                                         |           |           |           |           |            |                                      |
| за платежами до бюджету                                                       | 2 074     | 3 620     | 11 020    | 1 711     | 0          | -17,50                               |
| за розрахунками з оплати праці                                                | 8 959     | 19 947    | 45 766    | 43 790    | 0          | 388,78                               |
| за внутрішніми розрахунками                                                   | 494 885   | 298 211   | 452 680   | 2 365 402 | 960 899    | 94,17                                |
| Фінансовий результат діяльності                                               | 95 592    | 18 432    | 23 313    | 29 224    | 2 099 041  | 2095,83                              |

Джерело: [складено на основі додатків А-Е]

Здебільшого фіксуємо зростання показників основної діяльності. Зокрема за статтею вартість основних засобів бачимо динаміку до зростання. Так, за 2018-2021 рік їх вартість зросла із 2 400 870 грн до 9 250 247 грн, а в 2022 зменшилась до 8 864 398 грн, тобто за п'ять років зростання склало 269,22%.

Виросла і вартість запасів із 1 777 197 грн у 2018 р. до 9 803 467 грн у 2022 р., що складає в цілому 451,63%.

Маємо зауважити про ріст показника дебіторської заборгованості у період 2018-2021 рр., із 11 033 грн до 45 501 грн. У 2022 році не відображено даної статті у фінансовій звітності, то робимо висновок про оптимізацію боргових зобов'язань дебіторів КНП «КЦРЛ» на кінець періоду.

Зросла і величина грошових коштів та їх еквівалентів в національній валюті за означений період більш ніж у 7 разів. При цьому, якщо здебільшого кошти зосереджувались на рахунках в казначействі і лише невелика їх частка перебувала безпосередньо у касі лікарняного закладу, то із 2020 року із зміною фінансування, грошові кошти опинились на рахунках банківських установ, що значно спростила доступ до них та полегшило здійснення операційної діяльності. Із 2022 року бачимо повний перехід від утримання коштів у касі закладу до банківських рахунків.

Фіксуємо і зростання вартості внесеного капіталу із 2 356 914 грн у 2018 р. до 15 334 648 грн у 2022 р., що становить 550,62%, а також фінансового результату, який зріс за аналізований період на 263,72%.

Маємо звернути увагу і на відсутність поточних зобов'язань КНП «КЦРЛ» за платежами до бюджету та за розрахунками з оплати праці у 2022 р., а ось сума зобов'язань за внутрішніми розрахунками за 2018-2022 рр. виросла на 94,17%.

Загалом, фінансовий результат від діяльності КНП «КЦРЛ» попри скорочення показників загальної діяльності виріс у 20 разів, що відбулося за рахунок скорочення витрат та проведення обмінних операцій.

### РОЗДІЛ 3

## ПРОПОЗИЦІЇ ЩОДО ВДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕНЕДЖМЕНТУ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ В УМОВАХ ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ

### **3.1. Удосконалення системи інновативного менеджменту організаціями охорони здоров'я**

Інноваційна діяльність у сфері охорони здоров'я переважно пов'язана з науковими дослідженнями, розробкою медичних технологій та впровадженням найкращих практик, що дозволяє місцевому сектору охорони здоров'я розробляти нові та інноваційні ідеї для покращення здоров'я, лікування, управлінських процесів у секторі охорони здоров'я та конкурентоспроможних медичних продуктів, технологій та послуг на ринку охорони здоров'я.

Інноваційний процес у секторі охорони здоров'я - це покроковий план дій у сфері охорони здоров'я, в якому інновації переходять від ідей до реальних продуктів, технологій та послуг, що впроваджуються та поширюються у сфері охорони здоров'я. Варто зазначити, що інновації стосуються не тільки надання медичних послуг, але й організації співпраці персоналу, що вимагає перебудови процесів управління організаціями охорони здоров'я.

На думку вітчизняних науковців, найбільш перспективним підходом до управління організаціями охорони здоров'я є процесно-орієнтований підхід. Управління на основі цього підходу має певні цілі. А саме, реструктуризація бізнес-процесів у сфері охорони здоров'я є ефективною не лише за умови відсутності проблем з управлінням людськими ресурсами, а й за наявності певної ресурсної та компетентнісної бази. Незалежно від рівня управління, департаменту чи типу закладу, перед кожним керівником мають бути поставлені завдання та цілі, а також визначені критерії ефективності роботи.

Відсутність розуміння основних цілей діяльності заважає керівникам організацій охорони здоров'я чітко формулювати цілі, завдання та визначати напрямки розвитку.

Використання процесних підходів в управлінні організаціями охорони здоров'я не сприяє вирішенню існуючих проблем та розвитку перспективних напрямів діяльності організацій охорони здоров'я. Але застосування цих методик в організаціях охорони здоров'я ускладнене через низку факторів, які перешкоджають більш широкому використанню процесного підходу в управлінні, насамперед, небажання працівників розширювати свою вузьку сферу компетенції. Проблеми, які виникають під час реінжинірингу, можна вирішити, зосередившись на потребах пацієнтів і персоналу. Більшість організацій охорони здоров'я не мають необхідних ресурсів для розробки та впровадження сучасних бізнес-практик і тому використовують методи безперервного вдосконалення, а не реінжинірингу бізнес-процесів.

Управління приватними медичними організаціями є більш гнучким, ніж управління державними, оскільки вони не повинні звітувати перед державними органами. Тому приватні медичні організації сьогодні є сильними конкурентами державних закладів охорони здоров'я завдяки своїй здатності надавати не тільки якісні послуги, але й кращий сервіс.

Інновації в системі охорони здоров'я є результатом такої інноваційної діяльності, як оновлення матеріально-технічної бази, застосування передових методів медичної практики, медичних технологій, медичного обладнання та виробів медичного призначення, впровадження сучасних методів діагностики та медичних інновацій, розробка сучасного програмного забезпечення, створення сучасних моделей управління закладом охорони здоров'я, удосконалення кадрового потенціалу та медичних послуг, що реалізується у формі навчання, що має вплив на покращення здоров'я громадян та економічний розвиток закладів охорони здоров'я. Узагальнено характеристики інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я наведено в табл. 3.1.

Таблиця 3.1

## Основні риси інновативного розвитку закладів охорони здоров'я

| № | Критерії                                              | Характеристика                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Елементи соціальної функції                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>– створення системи стратегічного управління інноваційним розвитком закладами охорони здоров'я України;</li> <li>– збільшення обсягу наукових розробок за рахунок коштів комерційних структур;</li> <li>– проведення соціологічних та статистичних досліджень із метою оцінки потреб суспільства в інноваціях, зокрема лікарських засобах;</li> <li>– державний контроль забезпечення необхідними якісними медичними послугами всього населення;</li> <li>– визначення законодавчо чіткого переліку медичної допомоги, що повинна надаватися у державних закладах охорони здоров'я безкоштовно та за відповідного фінансування цих закладів;</li> <li>– створення зв'язків між фінансуванням державних закладів охорони здоров'я і кінцевими результатами їхньої роботи;</li> <li>– підвищення рівня фінансування закладів охорони здоров'я за рахунок розроблення та реалізації механізму державно-приватного партнерства;</li> <li>– нормативне розроблення українських медичних стандартів згідно з міжнародними стандартами якості надання медичних послуг;</li> <li>– впровадження обов'язкового медичного страхування громадян</li> </ul> |
| 2 | Ознаки інноваційної діяльності сфери охорони здоров'я | <ul style="list-style-type: none"> <li>– основним предметом є впровадження, використання та комерціалізація результатів наукових досліджень і розробок у виробництві та соціальній сфері;</li> <li>– об'єктом виступають нематеріальні блага – результати інтелектуальної діяльності, які доводяться до стану інноваційного продукту та впроваджуються як інновації;</li> <li>– результати мають довгостроковий характер;</li> <li>– властивий високий ступінь непередбачуваності наслідків та результатів, що свідчить про її ризиковий характер;</li> <li>– передбачає фінансування робіт із реалізації інноваційного проекту щодо впровадження та використання результатів наукових досліджень і розробок, тобто супроводжується інвестуванням грошових коштів у нематеріальні об'єкти, що фактично становить інший елемент предмета інноваційної діяльності;</li> <li>– викликає позитивні соціально-економічні зміни;</li> <li>– одним із результатів її здійснення є підвищення конкурентоспроможності суб'єктів господарювання сфери охорони здоров'я та продукції чи медичних послуг, що ними випускається чи надається на основі реалізації інновацій</li> </ul>              |

Джерело: [49]

Трансформація базових економічних засад інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я має бути спрямована на створення чіткого та збалансованого фінансово-економічного механізму акумулювання та цільового використання фінансових ресурсів [43].

Інноваційний розвиток організацій охорони здоров'я - це нова модель, яка гарантує надання населенню доступних медичних послуг на основі стратегічних рішень щодо впровадження інновацій на всіх рівнях національної економіки. Це динамічний процес, який докорінно покращує сферу охорони здоров'я шляхом використання інновацій для підвищення якості медичних послуг та конкурентоспроможності організацій охорони здоров'я за рахунок фокусування на інноваціях. Інноваційний розвиток організацій охорони здоров'я є важливою статтею державних витрат, яка потребує постійного оновлення для покращення їх функціонування та забезпечення виконання ними своїх соціальних функцій, що може бути практично реалізовано через низку державних заходів та програм [49].

У цьому контексті існує нагальна потреба в удосконаленні управління людськими ресурсами та інноваційного менеджменту для підвищення ефективності використання інноваційного потенціалу організацій охорони здоров'я.

Використання проектного менеджменту у сфері охорони здоров'я необхідне для забезпечення розвитку державно-приватного партнерства, раціонального управління інвестиціями, певних показників громадського здоров'я та якості управління медичними організаціями і системами охорони здоров'я [38].

Сам інноваційний процес вимагає стратегічного планування та управління з урахуванням потреб ринку [23]. Тому характеристики проектного менеджменту визначають його поширеність серед методів управління завдяки його універсальності, адаптивності до змін та здатності швидко і адекватно реагувати на зовнішні та внутрішні фактори [35].

Тому, враховуючи швидкозмінні умови зовнішнього середовища,

організаціям охорони здоров'я необхідно створювати та впроваджувати стратегічне управління інноваційним розвитком. Ця модель дозволяє забезпечити ефективну взаємодію багатогранного комплексу сучасних економічних, організаційних, технологічних та особистісних змін, створення та зміцнення науково-технічного потенціалу, необхідного для дослідження та впровадження новітніх медичних технологій, а її практична реалізація дозволяє організаціям охорони здоров'я вийти на якісно новий рівень конкурентоспроможності. Практична реалізація цієї системи дозволяє організаціям охорони здоров'я вийти на якісно новий рівень конкурентоспроможності.

Сучасна ситуація в управлінні закладами охорони здоров'я в Україні складається в умовах конкурентних відносин та обмеженості матеріальних, фінансових і трудових ресурсів, що вимагає розробки програм дій для підвищення ефективності їх використання. Таким чином, перед закладами охорони здоров'я постають організаційно-економічні проблеми, зокрема, планування та управління процесами виявлення та використання інновацій у сфері охорони здоров'я з метою задоволення потреб пацієнтів щодо якості новітніх медичних технологій та підвищення ефективності діяльності закладів охорони здоров'я.

Безумовно, орієнтація на найбільш досяжні реальні кінцеві ефекти повинна поєднуватися з акцентом на оптимальне використання наявних ресурсів. В рамках системно інтегрованого інноваційного циклу слід приділяти увагу якості як кінцевій меті управління процесами розробки та впровадження новітніх медичних технологій. Для реалізації цих заходів необхідно розробити чіткий і раціональний алгоритм дій з управління впровадженням новітніх інноваційних технологій у господарську діяльність закладів охорони здоров'я, а також практичні рекомендації для керівництва закладів охорони здоров'я. Складність розробки такого комплексу заходів полягає у відсутності інформації щодо застосування тих чи інших технологій у закладах охорони здоров'я для управління цим процесом відповідно до

вимог ринку. Тому нами було розроблено механізм впровадження конкурентних стратегій у безпосередню діяльність закладів охорони здоров'я.

Цей механізм передбачає аналіз умов і факторів, що передують вибору стратегії та оцінку придатності стратегії для забезпечення конкурентних переваг закладу охорони здоров'я на ринку, тобто зв'язок між організаційною структурою закладу охорони здоров'я та впровадженням стратегічного управління, створення матриці відповідальності між структурними елементами організації та їх взаємозв'язків, заохочення використання творчого підходу виконавцями програм, вміння працівників різних підрозділів організації визначати можливі варіанти забезпечення запланованої стратегії тощо.

Розробка конкурентної стратегії дозволяє організаціям охорони здоров'я брати участь у конкурентній боротьбі та задовольняти потреби населення на вищому рівні, ніж їхні конкуренти, у наданні медичних послуг на основі інноваційних технологій.

Важливо, що системна модель впровадження медичних інновацій на рівні первинної медичної допомоги базується на інтегрованому підході до охорони здоров'я, що ґрунтується на комплексній, довготривалій, організованій, профілактичній допомозі та зміцненні здоров'я, орієнтованій на потреби пацієнтів, їхніх родин та населення в цілому.

З огляду на вищезазначене, основними елементами моделі системи ПМСД, орієнтованої на громаду, є єдина організаційно-функціональна структура, що базується на принципах надання медичної допомоги конкретним пацієнтам, їх сім'ям та місцевому населенню, із залученням необхідних фахівців, установ та закладів, а лікарі загальної практики - сімейні лікарі здійснюють підготовку кадрів, використовують необхідні матеріально-технічні та трудові ресурси, а також виконують регуляторну роль у наданні медичної допомоги.

Слід зазначити, що в міжнародній практиці в рамках впровадження інноваційних методів профілактики, обстеження та лікування особлива увага

приділяється процесу відбору відповідних медичних технологій на основі наявних доказів їх клінічної ефективності та економічної доцільності [31]. Клінічна ефективність медичної технології визначається за допомогою доказової медицини, що базується на наявності доказів ефективності та безпеки медичних втручань. Економічна доцільність медичної технології повинна визначатися, перш за все, шляхом застосування оцінки економічної ефективності, аналізу рентабельності та аналізу "витрати-вигоди".

Слід зазначити, що реалізація інноваційних проектів вимагає фінансових витрат. Для ефективного управління інноваціями у сфері охорони здоров'я варто застосовувати методи бюджетування, орієнтованого на результат, де планування витрат безпосередньо пов'язане із запланованими результатами.

Використання інноваційних технологій складається з трьох основних етапів: первинне інформування, зокрема доступ до знань і навичок щодо деталей технології; координація впровадження технології стосовно вирішення різних проблем охорони здоров'я; завершальний етап - забезпечення організаційних дій для отримання державних замовлень на надання медичних послуг на основі впровадженої технології.

При аналізі показників діяльності закладів первинної медичної допомоги та індикаторів громадського здоров'я, які можуть показати стан ефективності впровадження інноваційних технологій в системі ПМД, було виділено дві групи показників, які показують кінцевий результат надання медичної допомоги. До індикаторів, пов'язаних з якістю надання первинної медичної допомоги, віднесено рівень задоволення потреб населення в медичній допомозі, раціональне використання ресурсів, профілактика захворювань, безперервність спостереження за пацієнтами, ефективність лікувальних заходів, використання новітніх медичних технологій, своєчасність та ефективність надання медичної допомоги та розширення послуг сімейних лікарів. Використовуються наступні індикатори. Показниками ефективності надання медичних послуг є: зниження

захворюваності за віковими групами, зміна способу життя, зниження смертності, зниження ймовірності ускладнень захворювань, одужання, стійка ремісія, зниження втрат, пов'язаних з тимчасовою втратою працездатності, зниження інвалідності та збільшення "тривалості здорового життя".

Виділяють такі рівні інноваційного розвитку організацій охорони здоров'я:

1. стартовий рівень;
2. рівень стандартизації;
3. рівень, орієнтований на модернізацію;
4. рівень впровадження інновацій.

Така класифікація рівнів інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я дозволяє комплексно оцінити досягнення закладів охорони здоров'я за такими напрямками, як результати лікувально-діагностичних процесів та адекватність інституційної та управлінської інформації, виявити сильні та слабкі сторони інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я, розробити та впровадити заходи щодо посилення інноваційної діяльності [23].

Інновації в Україні наразі генеруються у вищих медичних навчальних закладах та науково-дослідних установах, де інноваційна діяльність зазвичай оцінюється за публікаційною активністю, кількістю патентів, кількістю винаходів та ноу-хау. Проте для розвитку медичної діяльності більше уваги слід приділяти критеріям ефективності впровадження новітніх медичних технологій у господарську діяльність та великій частці медичних закладів, що використовують медичні інновації, тобто розробці та впровадженню інноваційних або удосконалених медичних продуктів, інноваційних операцій, послуг та здійсненню інших видів інноваційних процесів. Тому, оцінюючи фактичний інноваційний розвиток організацій охорони здоров'я, слід орієнтуватися не на встановлені показники ефективності наукових досліджень в цілому, оскільки на них неможливо вплинути на показники громадського здоров'я, а на медико-демографічні показники, на які впливають інновації, або на кількісні показники ефективності використання

медичних інновацій в закладах охорони здоров'я, та економічні показники. Важливим фактором ефективності впровадження інноваційних технологій в охороні здоров'я є розробка основних принципів і технологій використання сучасних ІКТ та медичних інформаційних систем, які при оптимальному застосуванні дозволять використовувати системи дослідження та аналізу показників якості охорони здоров'я, планування та управління ресурсами, а якість і доступність медичних послуг для населення можуть бути значно підвищені. Без сучасних комп'ютерних і програмних систем неможливий ефективний моніторинг стану здоров'я населення, регулювання і контроль потоку пацієнтів, зворотний зв'язок і координація дотримання стандартів і норм в лікувальному процесі, а також застосування сучасних методів економічного управління в секторі охорони здоров'я.

### **3.2. Покращення системи якості медичної допомоги населенню регіонів як метод вдосконалення управління закладами охорони здоров'я**

Функціонування системи якості охорони здоров'я зумовлене низкою чинників, які визначають можливі напрями вдосконалення у цій сфері. На рис. 3.1. наведено основні фактори, що формують систему якості медичної допомоги в Україні:

- 1) ресурсні фактори (фінансові ресурси, медичні кадри, основні фонди та обладнання, медичні умови, ефективність використання цих ресурсів);
- 2) управління на державному рівні
- 3) управління на рівні медичних закладів
- 4) поведінка громадян у суспільстві щодо способу життя.

Враховуючи вищезазначені фактори, створюється система стратегій забезпечення якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я та її оптимальної інтеграції в практику в Україні, зокрема:



**Рис. 3.1. Основні фактори формування процедури забезпечення якості медичних послуг в регіональних медичних закладах**

Джерело:[50]

1) ресурсні стратегії, що передбачають інтенсивне використання факторів виробництва (обладнання, технологій, людських ресурсів, коштів) у сфері охорони здоров'я, зокрема, стратегії кількісного та якісного збільшення

основних фондів, збільшення чисельності медичного персоналу та підвищення його кваліфікації, збільшення фінансування. Ці стратегії повинні реалізовуватися за наявності достатніх фінансових ресурсів, а деякі з них можуть бути використані для реалізації інших стратегічних напрямів;

2) стратегії управління на національному рівні, спрямовані на вдосконалення системи охорони здоров'я в частині зміни фінансових, управлінських та медико-технологічних механізмів;

3) стратегії зміни поведінки населення (пацієнтів) з метою формування здорового способу життя і, головним чином, заходи, спрямовані на заохочення населення до відповідальності за власне здоров'я;

4) стратегії управління на рівні закладу охорони здоров'я. Перш за все, для підвищення ефективності управління якістю медичної допомоги використовуються процеси внутрішнього аудиту, стандартизація процесів, бенчмаркінг та системи мотивації.

Аналіз цих чотирьох груп факторів виявив наступне:

1) фактори групи "управління на державному рівні" активно розвиваються і впливають на формування систем якості в секторі охорони здоров'я. Зокрема, використовуються механізми управління якістю, до яких залучаються керівники всіх рівнів - від Міністерства охорони здоров'я до окремих закладів охорони здоров'я. Прийнято низку програм і методик, спрямованих на використання досвіду доказової медицини та забезпечення стандартизації медичної допомоги [45, 50];

2) сучасна економічна ситуація не сприяє збільшенню ресурсного потенціалу для надання якісної медичної допомоги, тому питання ефективності використання ресурсів стає все більш важливим;

3) для того, щоб суттєво змінити менталітет суспільства в бік здорового способу життя, знадобиться щонайменше 10-20 років;

4) впровадження механізмів підвищення якості медичних послуг на рівні конкретних закладів охорони здоров'я наразі є найбільш доцільним напрямом таких удосконалень, оскільки має потенціал для розвитку та здатне

швидко реагувати на зміни у зовнішньому середовищі.

Ми рекомендуємо впроваджувати в практику сучасних закладів охорони здоров'я управлінські механізми підвищення якості медичних послуг на основі циклічної оцінки якості медичних послуг (див. рис. 3.2).

Основними структурними частинами моделі є нормативно-правова база управління якістю медичних послуг, яка розглядається як умовний і постійний елемент, середовище для створення системи якості медичних послуг в ЗОЗ та цикл аудиту, який розглядається як умовний і змінний елемент.

Поточний рівень якості медичних послуг в організації охорони здоров'я є основою для предметного аналізу внутрішніх аудитів якості. Водночас ефективність циклу внутрішнього аудиту якості залежить від існуючого середовища забезпечення якості медичних послуг, тобто стимулів та структурних елементів, які мають тенденцію змінюватися під впливом управлінських рішень, що приймаються під час кожного циклу аудиту, а також від нормативно-правового забезпечення управління якістю медичних послуг в ЗОЗ.

З огляду на вищевикладене, процес внутрішнього аудиту організації системи управління якістю медичних послуг в закладі охорони здоров'я пропонується здійснювати в такій послідовності.

По-перше, необхідно створити належне нормативно-правове забезпечення управління якістю медичних послуг в ЗОЗ, що базується на стандартизації медичної документації (зокрема, локальних планів впровадження, інструкцій, стандартів, рекомендацій тощо).

Водночас необхідно створити сприятливе середовище для покращення якості медичних послуг, що вимагає:

- лідерство управлінської команди
- проведення загальних зборів персоналу для роз'яснення цілей та принципів системи безперервного поліпшення якості медичних послуг

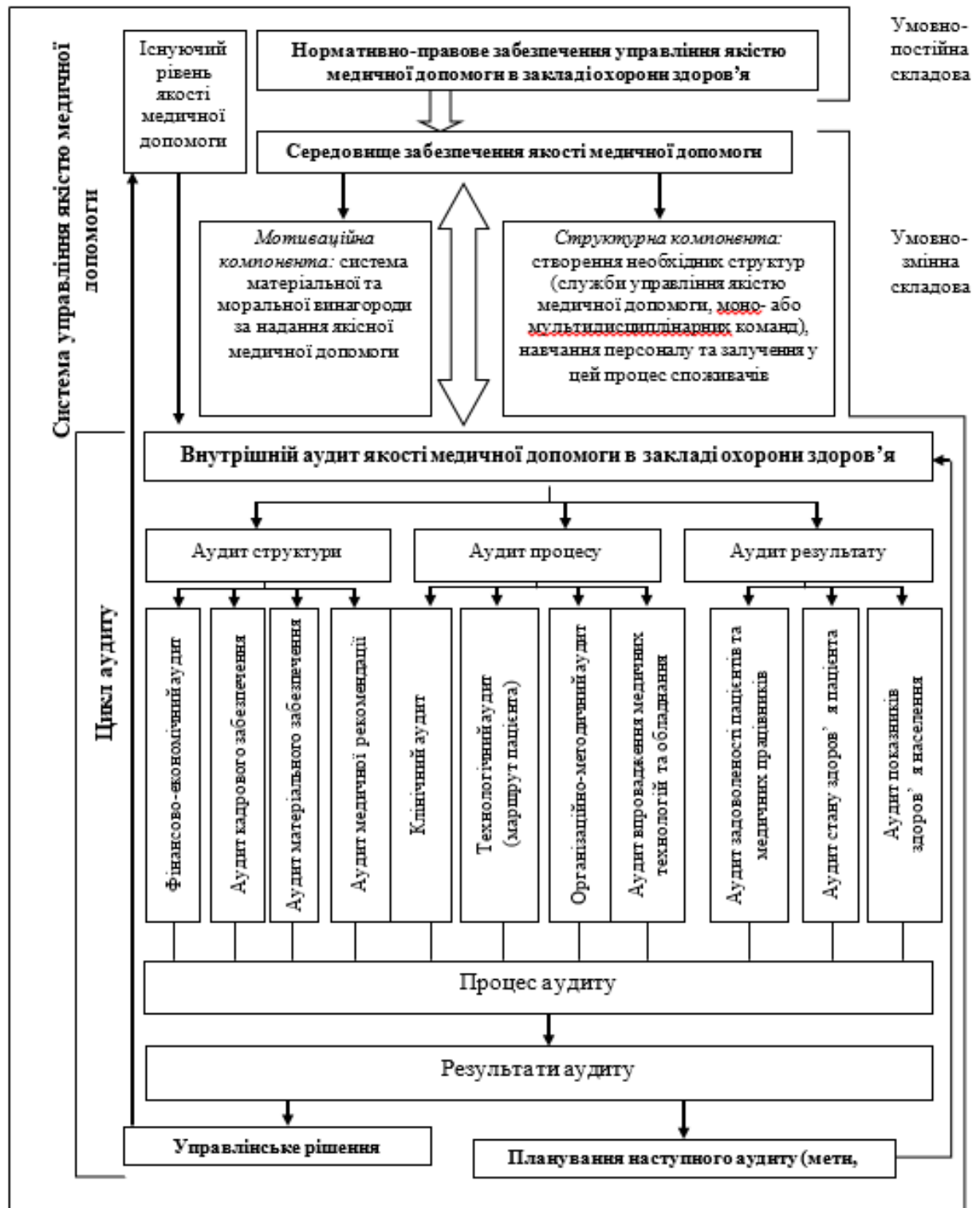


Рис. 3.2. Механізм підвищення якості медичних послуг в регіонах

Джерело:[28]

- формування комплексу компонентів для безперервного поліпшення якості медичних послуг: необхідних однопрофільних або багатoproфільних груп (за наказом лікуючого лікаря до них можуть входити працівники різних

підрозділів конкретного закладу охорони здоров'я, а також споживачі медичних послуг); організацію навчання персоналу; організацію навчання персоналу;

- функціонування заохочувальної складової системи безперервного поліпшення якості медичних послуг: матеріальна і моральна мотивація та заохочення участі в діяльності мультидисциплінарної команди.

Створення середовища, сприятливого для безперервного поліпшення якості медичних послуг у ЗОЗ, вимагає дій, спрямованих на зміну ставлення персоналу до питань якості (наприклад, обговорення керівництвом і адміністративним персоналом шляхом проведення конференцій і семінарів, ранкових нарад щодо визначення пріоритетності питань управління якістю в кожному відділенні, медичних конференцій, засідань медичної ради та поширення інших традиційних методів роботи) [37].

Мотивація персоналу закладу охорони здоров'я до якісного виконання своїх обов'язків та активної участі в процесі управління якістю забезпечить успішну реалізацію політики у сфері якості.

Зазначене вище явище сприяє впровадженню процесів внутрішнього аудиту в закладах охорони здоров'я.

З метою підвищення ефективності практичної реалізації механізмів внутрішнього аудиту в організаціях охорони здоров'я ми пропонуємо класифікувати види внутрішнього аудиту наступним чином.

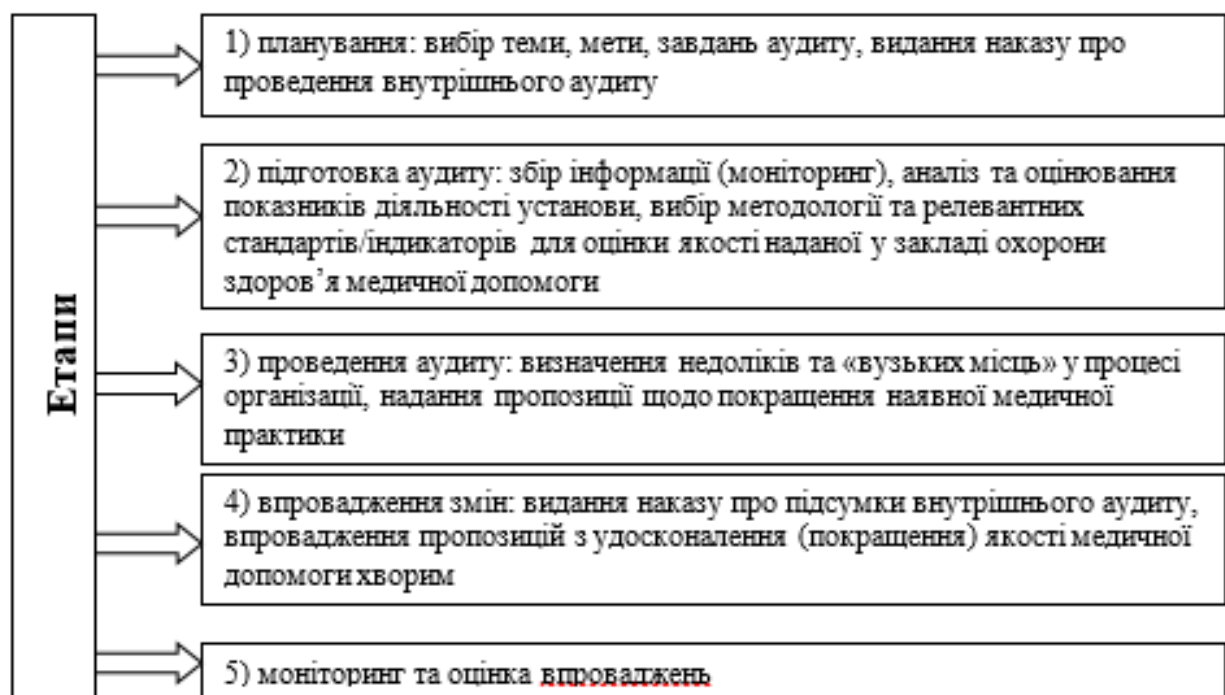
Перша група - структурний аудит, який включає фінансово-економічний, аудит медичної документації, аудит персоналу та матеріального забезпечення.

Друга група - аудит процесів, що включає аудит клінічної, технічної, організаційної та методологічної практики, а також аудит використання новітніх медичних технологій та обладнання.

Третя група - аудити результатів, які включають аудит задоволеності пацієнтів і медичного персоналу (на основі опитувань), аудит стану здоров'я пацієнтів та аудит індикаторів громадського здоров'я [41]. Необхідність

вибору виду внутрішнього аудиту визначається специфікою впровадження, тобто вибором фахівців у робочу групу, обсягом первинної документації для узагальнення інформації та складовими внутрішнього середовища організації охорони здоров'я, які потребують змін. Ми дійшли висновку, що ефективність внутрішнього аудиту можна визначити, використовуючи існуючі моделі системи управління якістю медичної допомоги в організаціях охорони здоров'я.

Процес внутрішнього аудиту якості медичних послуг відбувається у п'ять етапів: планування, процес підготовки до аудиту, безпосередній аудит, впровадження змін, моніторинг та аналіз впровадження, кожен з яких вимагає використання певних інструментів управління якістю (див. рис. 3.3).



**Рис. 3.3. Етапи проведення процедури внутрішнього аудиту в медичних установах**

Джерело:[28]

Перший етап внутрішнього аудиту, тобто планування в організаціях охорони здоров'я, включає в себе замовлення внутрішнього аудиту та

визначення цілей і завдань аудиту.

Важливим етапом внутрішнього аудиту є вибір теми. Тема повинна відповідати вимогам актуальності та локальності і бути спрямована на покращення різних аспектів діяльності організації охорони здоров'я. Тому теми аудиту визначаються головним лікарем і зосереджуються на статистичних даних, результатах опитування задоволеності пацієнтів, протоколах, скаргах тощо.

На етапі підготовки до аудиту обирається метод оцінки первинних документів і звітів та аналізується відповідність лікувального процесу вимогам локальних протоколів і стандартів, думкам пацієнтів, а також підтвердження критеріїв та індикаторів якості медичної допомоги.

Індикаторами зазвичай є офіційні протоколи або індикатори, самостійно розроблені медичними закладами.

До еталонних методів належать практичні настанови щодо лікувальних процесів, клінічні протоколи та індикатори результатів найкращих практик.

Етап аудиту характеризується оцінкою зібраної інформації, виявленням недоліків і вузьких місць в організації медичної допомоги в закладі охорони здоров'я, розробкою рекомендацій щодо поліпшення фактичного надання медичних послуг та їх підтвердження протоколами засідань мультидисциплінарної команди.

Найкращим способом перегляду процесу, що підлягає аудиту, та відбору членів мультидисциплінарної команди є схема основних етапів діяльності, що підлягає вдосконаленню, яка дозволяє ефективно дослідити етапи надання медичних послуг та їх взаємозв'язок. Ефективним є також визначення часу виконання заходів у логічній послідовності.

На нашу думку, бажано також відстежувати час і покращувати управління міжетапною тривалістю процесу. Це пов'язано з тим, що більшість пацієнтів не задоволені організацією міжетапних часових інтервалів у закладах охорони здоров'я (особливо чергами, часом очікування початку лікування, довгою паперовою тяганиною тощо).

Створення маршруту пацієнта може допомогти визначити, хто є відповідальним за його реалізацію, кого слід включити до складу мультидисциплінарного комітету, а також виявити проблеми з якістю медичної допомоги.

Під час впровадження необхідно визначити наступні кроки: дублювання, неточність (відсутність інформації про стан пацієнта після лікування), ефект "м'яча", коли пацієнт може спостерігатися в одного лікаря, але змушений відвідувати різних лікарів, ефект "вузької шиї", коли багато людей перебувають в одному місці, усунення непотрібних тестів (дій) [41].

Після того, як дані зібрані мультидисциплінарною командою, команда оцінює та інтерпретує їх.

Наступний етап називається "впровадження змін". Відповідно, організація охорони здоров'я отримує наказ із зазначенням кінцевого терміну для перегляду даних бухгалтерського обліку та результатів фінансової звітності організації та впровадження рекомендацій щодо покращення якості медичних послуг. Після цього відбувається перевірка виконання рекомендацій і фіксуються будь-які проблеми.

Заключний етап аудиту передбачає спостереження та аналіз вжитих заходів для формування остаточної оцінки результатів внутрішнього аудиту та забезпечення поліпшень в організації охорони здоров'я.

Розглядаючи результати аналізу, мультидисциплінарна команда координує процес вдосконалення, впроваджує заплановані зміни, оцінює результати, якщо позитивних результатів не досягнуто, і вивчає можливості їх утримання і поширення в організації охорони здоров'я, якщо досягнуто позитивних результатів.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, узагальнюючи результати проведеного дослідження, можна зробити наступні висновки.

1. На сучасному етапі розвитку вітчизняної охорони здоров'я в умовах децентралізації організація діяльності медичних установ набуває особливої значущості. При цьому необхідно враховувати, що заклади охорони здоров'я є виробниками особливого товару в формі медичних послуг – збереження здоров'я нації. Функціональна діяльність медичних закладів на сучасному ринку медичних послуг повинна враховувати внутрішні та зовнішні виклики, пов'язані з реалізацією реформи охорони здоров'я та процесом децентралізації.

2. У процесі організації діяльності медичних закладів використовуються різні методи, підходи та техніки. У сукупності вони називаються методами управління і являють собою способи здійснення управлінської діяльності, що використовуються для постановки та досягнення цілей. Методи управління - це сукупність способів і прийомів впливу на роботу колективів та окремих медичних працівників. Методи управління у сфері охорони здоров'я можна поділити на організаційно-розпорядчі (або адміністративні), економічні, соціально-психологічні та колективні (або соціальні).

3. Основною метою КНП "Кропивницька центральна районна лікарня" є надання послуг у сфері охорони здоров'я та медичної допомоги населенню в порядку та обсязі, передбачених законодавством. У виконанні своєї місії вона базується на цінностях суспільства, клієнтів, партнерів, персоналу та розвитку.

4. Аналіз діяльності медичного закладу дозволив виділити основні проблеми діяльності закладів охорони здоров'я в рамках децентралізаційних змін, які були запроваджені в Україні. До них можна віднести нестачу медичного персоналу, низька якість обслуговування населення, у т.ч. через

втрату висококваліфікованих кадрів через їх виїзд до адміністративних центрів, або ж закордон, низький технологічний рівень наявного обладнання та медичних технологій, що застосовуються в сфері охорони здоров'я в регіонах. Перевагами впровадження медичної та децентралізаційної реформ можна назвати притік фінансування в регіони, що дозволило покращити результати діяльності медичних установ за рахунок надання їм певної фінансової автономії, а також можливості спрямовувати кошти на розвиток тих ланок, як потребують вдосконалення на думку керівництва. Окрім цього, за рахунок формування госпітальних рад відбулось налагодження співпраці медичних закладів із місцевими органами самоврядування та представниками громадських організацій, що дозволяє вирішувати нагальні проблеми у функціонуванні сфери охорони здоров'я в регіоні.

5. Важливим фактором ефективності впровадження інноваційних технологій в охороні здоров'я є розробка основних принципів і технологій використання сучасних ІКТ та медичних інформаційних систем, які при оптимальному застосуванні дозволять використовувати системи дослідження та аналізу показників якості охорони здоров'я, планування та управління ресурсами, а якість і доступність медичних послуг для населення можуть бути значно підвищені. Без сучасних комп'ютерних і програмних систем неможливий ефективний моніторинг стану здоров'я населення, регулювання і контроль потоку пацієнтів, зворотний зв'язок і координація дотримання стандартів і норм в лікувальному процесі, а також застосування сучасних методів економічного управління в секторі охорони здоров'я.

6. Основними чинниками розвитку організації діяльності медичних закладів у процесі децентралізації є: визначення основних особливостей децентралізації системи управління охороною здоров'я; визначення переваг та недоліків децентралізації; розробка нормативно-правового забезпечення процесу децентралізації; систематизація кращих практик діяльності комунальних підприємств у регіонах; запровадження систем фінансування відповідно до інституційних вимог децентралізації.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Вороненко Ю. В., Шекера О. Г., Горочук В. В., Краснов В. В. Інформаційна модель системи управління якістю закладу вищої освіти у сфері охорони. *Здоров'я суспільства*. 2018. Т. 7, № 1. С. 11-15
2. Бабінець Л. С., Богайчук В. Г., Боровик І. О., Ткач О. О., Матюк Л. М. Виклики системі охорони здоров'я в умовах децентралізації, пріоритету первинної медичної допомоги і утворення госпітальних округів: досвід Тернопільської області. *Сімейна медицина*. 2016. № 4. С. 125-127.
3. Баєва О. В. Основи менеджменту охорони здоров'я: Навч.-метод. посіб. Київ: МАУП. 2007. 328 с.
4. Герасимюк К. Х. Децентралізація влади: проблеми реформування медичної галузі. *Право та державне управління*. 2017. № 3. С. 185-189.
5. Горачук В.В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я : монографія. Вінниця: ТОВ «Меркьюрі-Поділля», 2012. 213 с.
6. Грабовський В. А., Клименко П. М. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. 2014. № 3. С. 136-142.
7. Дмитрук О.В. Управління адаптацією персоналу закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання. *Приазовський економічний вісник*. 2018. Вип. 5(10). С. 182-186.
8. Довженко В. А., Симоненко Л. І., Іванюк О. В. Проблеми медичного обслуговування сільського населення в умовах політики децентралізації влади. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 9. С. 83-89.
9. Дослідження практичної реалізації системи медичного обслуговування в Україні в умовах децентралізації/ К. М. Вергелес та ін. *Світ медицини та біології*. 2019. № 4. С. 30-34.
10. Ефективне управління медичними закладами. Можливості МІС. URL: <https://euromd.com.ua/post-8164-efektivne-upravlinnya-medichnimi->

zakladami-mozhливosti-mis (дата звернення: 11.11.2023).

11. Західна О. Р., Мидлик Ю. І. Медична реформа в умовах децентралізації влади в Україні. Молодий вчений. 2017. № 11. С. 1155-1158.
12. Іванчов П. В. Методологічні засади оцінки ефективності державного управління трансформацією медичної системи України. *Приазовський економічний вісник*. 2021. Вип. 1. С. 240-244.
13. Івашків Ю. Д., Медведєва Н. А., Музика В. П. Розроблення елементів системи управління якістю в умовах медичної установи. *Стандартизація. Сертифікація. Якість*. 2018. № 2. С. 22-26.
14. Камінська Т. В. Публічне управління наданням медичних послуг в Україні в контексті децентралізації влади. *Економічний вісник НТУУ «КПІ» : збірник наукових праць*. 2022. № 23. С. 83-89.
15. Костюк В. С. Проблема нерівності в доступі до якісного медичного обслуговування та шляхи її вирішення. *Збірник наукових праць Уманського національного університету садівництва*. 2020. Вип. 97(2). С. 75-87
16. Круть А. Г., Горачук В. В. Перспективи використання стандартів на системи управління якістю в закладах охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2019. № 3. С. 38–43.
17. Кульгінський Є. А. Європейська методологія механізмів децентралізації державного управління системою охорони здоров'я. *Право та державне управління*. 2016. № 4. С. 136-143
18. Мартинюк О. А., Курдибанська Н. Ф. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах. *Причорноморські економічні студії*. 2016. Вип. 6. С. 75-79.
19. Мартишин О. Госпітальні округи в Україні: проблеми та шляхи їх вирішення. *Укр. Мед. Часопис*, 24.05.2017. URL: [www.umj.com.ua/uk/publikatsia-108816-gospitalni-okrugi-v-ukrayini-problemi-ta-shlyahi-yih-virishennya](http://www.umj.com.ua/uk/publikatsia-108816-gospitalni-okrugi-v-ukrayini-problemi-ta-shlyahi-yih-virishennya)]
20. Менеджмент: навчальний посібник / Н.С. Краснокутська та ін. Харків: «Друкарня Мадрид», 2019. 231 с.
21. 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.

22. Мунько А. Ю. Децентралізація та стандартизація системи публічних послуг (на прикладі сфери охорони здоров'я). Державне управління: удосконалення та розвиток. 2020. № 8. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur\\_2020\\_8\\_5](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2020_8_5)

23. Надюк З. О. Державне управління інноваційним розвитком національної системи охорони здоров'я. *Державне будівництво*. 2019. № 1. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu\\_2019\\_1\\_15](http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu_2019_1_15)

24. Науковий Менеджмент в медицині. URL: <http://angio-veritas.com/innovatsiji/naukovo-innovatsijnyj-menedzhment> (дата звернення: 13.10.2023).

25. Осипенко М. В. Реформування системи надання медичних послуг в Україні в умовах децентралізації. *Наукові праці НДФІ*. 2015. Вип. 4. С. 69-76. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Npndfi\\_2015\\_4\\_7](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Npndfi_2015_4_7)

26. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 1993 р. № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

27. Пасмор М. С. Система управління якістю у сфері охорони здоров'я як чинник стабілізації та розвитку галузі. *Соціальна економіка*. 2017. № 1. С. 92-95.

28. Петрашик Ю. М. Якість медичних послуг: особливості, роль, фактори. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2014. № 3. С. 32-34.

29. Поворозник М. Ю. Інноваційне реформування національної медичної системи: імплементація європейських фінансових і економічних практик. *Ефективна економіка*. 2018. № 3. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/efek\\_2018\\_3\\_53](http://nbuv.gov.ua/UJRN/efek_2018_3_53)

30. Попченко Т. П. Щодо кадрової політики у реформуванні вітчизняної сфери охорони здоров'я. Аналітична записка Національного інституту стратегічних досліджень при Президентові України. URL:

<http://www.niss.gov.ua/articles/808/>

31. Постанова Кабінет Міністрів України «Деякі питання створення госпітальних округів» № 1074 від 27 листопада 2019 р. Київ. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/KP191074?an=1>

32. Розгон О. В. Особливості впровадження сервісних інновацій у сфері охорони здоров'я: стратегії та механізми. Економіка та право. 2022. № 2. С. 56-66.

33. Рудакова Л. О., Михальчук В. М. Децентралізація управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні (на прикладі київської області). *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 8. С. 105-112.

34. Савостенко Т. О., Шевченко Л. Г., Соломаха О. А. Інноваційний розвиток системи охорони здоров'я як об'єкта державного регулювання: стан і проблеми. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2022. Вип. 2. С. 38-45.

35. Степаненко А. В., Сміянов В. А. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я. *Східноєвроп. журн. громад. здоров'я*. 2012. № 2-3. С. 64-67.

36. Стефанишин Л.С. Теоретико-методичні основи застосування партисипативного управління закладом охорони здоров'я. Держава та регіони. Серія: Економіка та підприємництво. 2019. № 3. С. 160-166.

37. Стовбан М. П., Михальчук В. М., Толстанов О. К., Гбур З. В. Госпітальні округи: сучасна проблематика діяльності. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2020. Т. 5, № 5. С. 229-235.

38. Стовбан М. П., Толстанов О. К., Гбур З. В. Основні фактори впливу на розвиток ефективної взаємодії медичних закладів в межах одного госпітального округу. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2020. Т. 5, № 4. С. 248-255.

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

40. 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
41. Устінов О. В. Управління медичним закладом в процесі реформи: що необхідно і чого не слід робити. *Український медичний часопис*. URL: <https://www.umj.com.ua/article/127584> (дата звернення: 06.11.2023).
42. Юринець З.В., Петрух О.А. Напрями державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 22. С. 116-121.
43. Юрківська О.В. Сертифікація системи управління якістю закладу охорони здоров'я на відповідність вимогам стандарту ISO 9001. З чого розпочати? *Новости медицины и фармации*. 2015. № 15(509). С. 20-22.
44. Ямненко Т. М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід. *Юридичний вісник. Повітряне і космічне право*. 2018. № 2. С. 116-120.
45. Янчук А. О., Кузніченко С. О., Околович М. Є. До проблем управління охороною здоров'я в контексті децентралізації влади та просторового планування в об'єднаних територіальних громадах. *Запорізький медичний журнал*. 2018. Т. 20, № 5. С. 717-722.