

**Міністерство освіти і науки України
Тернопільський національний економічний університет
Факультет економіки та управління**

**Кафедра менеджменту, публічного управління
та персоналу**

Кваліфікаційна робота

Сутність вищої освіти - Бакалавр

ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОЦЕСІВ УПРАВЛІННЯ В МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ

*Лебедик Софія Василівна
студентка групи ПУА-41*

Тернопіль - 2020

ЗМІСТ

Вступ.....	3
Розділ 1. Теоретичні засади організації процесів управління в медичному закладі.....	6
1.1. Сутність та основні завдання управлінської діяльності в медичному закладі.....	6
1.2. Нормативні основи організації управлінських процесів в медичних установах	18
Висновки до розділу 1.....	26
Розділ 2. Системний аналіз організації процесів управління в досліджуваному медичному закладі.....	28
2.1. Оцінка діяльності досліджуваного медичного закладу	28
2.2. Аналіз організаційного забезпечення управлінських процесів в закладі охорони здоров'я в умовах змін зовнішнього та внутрішнього середовища.....	38
Висновки до розділу 2	46
Розділ 3. Удосконалення організації управлінських процесів в медичному закладі.....	47
Висновки до розділу 3.....	58
Висновки.....	60
Список використаних джерел.....	63

ВСТУП

Актуальність теми. Нині економічне середовище характеризується значною нестабільністю. Зростає рівень невизначеності і ризику, що ускладнює діяльність медичних установ на внутрішньому та зовнішньому ринках. Нейтралізацію дії негативних факторів впливу здійснює та медична організація, яка своєчасно адаптується до змін зовнішнього середовища, має чіткі орієнтири розвитку і спрямовує свої зусилля на пошук довгострокових конкурентних переваг. Для формування стратегії розвитку медичної установи слід сформувати ефективний процес управління в частині системи моніторингу й аналізу факторів зовнішнього та внутрішнього середовища, адже виявлені в результаті аналізу можливості та загрози щодо діяльності медичної установи, а також сильні та слабкі сторони слугують інформаційною основою для встановлення і коригування стратегічних цілей, шляхів і методів їх досягнення.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Значний внесок у розвиток теорії та практики управління в сфері охорони здоров'я та впровадження у сферу охорони здоров'я нових управлінських механізмів зробили такі науковці як Бірюков В.С., Журавель В.І., Парфьонова І.І., Пащенко В.М., Желюк Т. Л., зарубіжні дослідники Дуїч Ф., Хантлер Д., Шеффлер Р.

Проте до сьогодні управління медичними закладами в Україні характеризується наявністю низки нерозв'язаних проблем, що потребує негайного вирішення. Існуючі механізми управління не повною мірою враховують особливості територіальної організації медичних установ і не забезпечують повноцінний розвиток медичних закладів в умовах конкуренції на ринку медичних послуг. Невирішеними залишаються питання реалізації єдиних підходів до управління, функціонування і фінансування медичних закладів в Україні. Зазначені проблеми вимагають наукового аналізу можливих інструментів, шляхів та напрямів удосконалення організаційно-економічного механізму управління медичними закладами, а особливо в контексті медичної реформи.

Мета і завдання дослідження. Метою роботи є подальший розвиток теоретичних положень, розробка інструментарію та удосконалення процесів управління медичними закладами в Україні.

Виходячи із поставленої мети дослідження, **основними завданнями** є:

- 1) висвітлити теоретичні основи управління у медичних закладах України;
- 2) дослідити основи організації управлінських процесів у медичних закладах;
- 3) проаналізувати практичні аспекти управління медичними закладами та виокремити проблеми організації даного процесу;
- 4) здійснити аналіз організаційного забезпечення управлінських процесів в закладах охорони здоров'я;
- 5) обґрунтувати напрями удосконалення управлінських процесів в медичних закладах України;
- 6) розробити стратегію управління медичними закладами в сучасних умовах за реалізації стратегічного планування.

Об'єктом дослідження є процес управління медичним закладом.

Предметом дослідження є теоретичні засади та практичне забезпечення організації процесів управління медичним закладом.

Методи дослідження. У роботі використано сукупність наукових методів дослідження: аналізу і синтезу, абстрагування, узагальнення (для розкриття економічної суті явищ та обґрунтування категоріального апарату), статистичний, моделювання, порівняння, індукції, дедукції (при розробленні стратегії управління медичними закладами) тощо.

Теоретичною й методологічною основою роботи є класичні положення економічної теорії, фундаментальні праці вітчизняних і зарубіжних вчених з питань здійснення управління медичними закладами та сферою охорони здоров'я.

Інформаційною базою дослідження є нормативно-законодавчі акти Верховної Ради України, постанови Міністерства охорони здоров'я України,

матеріали міжнародних та всеукраїнських науково-практичних конференцій, публікації в друкованих та електронних виданнях, монографії, посібники і підручники з досліджуваної проблематики.

Наукова новизна отриманих результатів полягає в аналізі зарубіжного досвіду державного управління в галузі охорони здоров'я та виокремлення пропозицій щодо його імплементації у вітчизняну практику.

Апробація результатів роботи. За основними положеннями та науковими результатами роботи опубліковано тези у збірнику наукових праць, який видано кафедрою менеджменту, публічного управління та персоналу.

Структура роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОЦЕСІВ УПРАВЛІННЯ В МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ

1.1. Сутність та основні завдання управлінської діяльності в медичному закладі

Концепція управління в медичній установі виникла як відповідь на виклики і загрози зовнішнього середовища: розвиток нових технологій, глобалізація, запровадження організаційних і управлінських перетворень в медичних закладах та кардинальна зміна конкурентної боротьби в даній галузі. В результаті еволюції систем управління з'являється менеджмент медичних закладів. Спершу його методи застосовувалися, в основному, великими установами, що працювали нестабільних умовах зовнішнього середовища і мали засоби на дослідження і розробку систем управління. Надалі ж ідеї і методи були імплементовані у діяльність кожної медичної установи, для забезпечення конкурентної переваги в ринкових умовах.

Переходячи до розгляду та обговорення категорії “управління медичними закладами”, слід вказати, що дискусії з даного питання тривають і досі. Так, управління медичними закладами лежить в площині управління системою охорони здоров'я в державі та забезпечується спеціальними діями та заходами щодо управління, організації та забезпечення діяльності всіх медичних установ цієї системи з метою найбільш повного задоволення потреб громадян у збереженні та зміцненні здоров'я.

У ст. 49 Основного Закону України визначено: „Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не

може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності. Держава дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя” [6].

Аналіз цих положень Основного Закону України є принципово важливим для подальших міркувань та висновків. З першого речення статті: „Кожен має право на охорону здоров’я, медичну допомогу та медичне страхування.” можна переконатися, що законодавець поділив поняття „охорона здоров’я”, „медична допомога” та „медичне страхування”. Зміст поняття „медична допомога” в Конституції України не розкривається.

Проведений аналіз джерел літератури та нормативних актів різних органів влади свідчить, що єдиної точки зору щодо сутності поняття „медична допомога” немає. Вперше Постановою Кабінету Міністрів України від 11 липня 2002 р. № 955 зазначено, що „Медична допомога – це вид діяльності, який включає комплекс заходів, спрямованих на оздоровлення та лікування пацієнтів, що перебувають у стані, який на час надання допомоги загрожує життю, здоров’ю та працездатності, і який здійснюється професійно підготовленими працівниками, що мають на це право у відповідності до закону”.

В ст. 49 Конституції України також зазначено, що охорона здоров’я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Тож, окреслені конституційні обов’язки держави щодо здійснення державного фінансування охорони здоров’я. І тут також виникають як теоретичні, так і практичні проблеми механізмів державного управління. Теоретичні полягають у тому, що ст. 49 гарантовані: медична допомога та державне фінансування охорони здоров’я для всіх без обмежень – тоді як відповідно до ст. 95 Основного Закону України бюджетна система України будується на засадах справедливого і неупередженого розподілу суспільного багатства між громадянами і територіальними громадами. Виключно законом про Державний бюджет України визначаються будь-які видатки держави на загальносуспільні потреби,

розмір і цільове спрямування цих видатків. Держава прагне до збалансованості бюджету України. Таким чином, присутні суттєві протиріччя між положеннями ст.ст. 49 та 95 Основного Закону України [6].

Практичний аспект проблеми уявляє собою складність визначення реальних для держави можливостей фінансувати сферу охорони здоров'я для забезпечення виконання останньою своїх функцій та завдань через ефективне управління медичними закладами, які надають медичні послуги й медичну допомогу і здійснюють медичне обслуговування. Так, ст. 49 декларує таке: „Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування.” [6].

Наведений вище аналіз проблеми уточнення визначень „медична допомога” та „медична послуга” дозволяє з'ясувати, що ці поняття відображають складові частини більш загальної категорії – „медичного обслуговування”. На підставі проведеного дослідження доведено, що саме „медичне обслуговування” є більш загальною категорією і включає до себе „медичну допомогу”, „медичні послуги” та інші послуги, що можуть супроводжувати надання медичної допомоги та медичних послуг. Терміни „медичне обслуговування” та „медична допомога” використовуються в сучасних документах державної влади в Україні, проте не отримали подальшого роз'яснення.

В тексті Міжгалузевої комплексної програми „Здоров'я нації” на 2002 – 2011 р.р., затвердженої Постановою кабінету Міністрів України від 14 січня 2002 р. №14, мова йде про забезпечення гарантованого державою безоплатного обсягу медичної допомоги і наводиться словосполучення „державні і комунальні заклади охорони здоров'я”. У пункті 9 розділу, присвяченого питанням децентралізації управління у сфері охорони здоров'я, розвитку підприємництва, створенню і впровадженню ринкових механізмів та конкуренції, використовується дефініція „заклади охорони здоров'я всіх форм власності” [7].

Нагадаємо, що в Основах законодавства України про охорону здоров'я поняття „установа” є більш вузькою і входить до складу більш широкої категорії „заклади” (до якої, як вже відзначалось, за цим законом входить і „підприємство”) [8].

У ст. 2 Бюджетного Кодексу України наводиться таке визначення: „бюджетна установа – орган, установа чи організація, визначена Конституцією України, а також установа чи організація, створена у встановленому порядку органами державної влади, органами влади Автономної Республіки Крим чи органами місцевого самоврядування, яка повністю утримується за рахунок відповідно державного бюджету чи місцевих бюджетів. Бюджетні установи є неприбутковими”. Визначення „мережа бюджетних установ” в чинному Бюджетному Кодексі не дається і не розкривається. Тобто, ці нормативні акти передбачають, що ознака бюджетного утримання та фінансування притаманна саме установам [9].

Наведений вище аналіз чинної нормативної бази щодо використання дефініцій „заклад”, „установа” та „підприємство” дозволяє зробити висновок про те, що за своєю сутністю вони є різними поняттями. Уявляється, що категорія „заклад” в нормативних актах є більш ширшою й включає у себе „установу” та „підприємство”. Описане начебто теоретичне й термінологічне протиріччя має, між іншим, реальне практичне значення і є чинником виникнення ще однієї проблеми організаційно-економічного механізму державного управління. За вимогами ст. 22 Бюджетного Кодексу України головними розпорядниками коштів місцевих бюджетів мають бути керівники місцевих державних адміністрацій, виконавчих органів рад та їх секретаріатів, керівники головних управлінь, управлінь, відділів та інших самостійних структурних підрозділів місцевих державних адміністрацій, виконавчих органів рад. Бюджетні ж установи відповідно до ст. 21 Бюджетного Кодексу України є розпорядниками бюджетних коштів нижчого рівня і не наділені правами фінансувати інші бюджетні установи. Тобто, вони не можуть бути органом та

суб'єктом управління, не маючи можливостей використовувати фінансові механізми управління [9].

В наказі Міністерства охорони здоров'я України до переліку лікувально-профілактичних закладів віднесені: центральна міська лікарня, центральна районна лікарня, територіальне медичне об'єднання. За цим наказом ці заклади призначені для надання медичної допомоги населенню. У той же час, в наказі дається визначення центральної міської лікарні, центральної районної лікарні та територіального медичного об'єднання як закладів, на які покладено функції органів управління охороною здоров'я району чи міста.

Аналогічна ситуація виникла в подальшому з територіальними медичними об'єднаннями у великих містах, які, як лікарняні або амбулаторно-поліклінічні заклади з обслуговування населення, водночас виконували функції відділів охорони здоров'я районів у містах.

У розділі 4 „Реорганізація системи управління у сфері охорони здоров'я” вже згаданої Концепції розвитку охорони здоров'я населення України визначено, що на районному та міському рівні управлінські функції виконують районні та міські лікарні (або інші заклади охорони здоров'я), які визначені центральними для району, міста [11].

Таким чином, це положення так і не змінилося і залишається прикладом невідповідності суб'єктно-об'єктних відносин, коли і центральна районна лікарня (центральна міська лікарня, територіальне медичне об'єднання тощо), і лікарні, якими вона управляє, є закладами охорони здоров'я, входять до мережі таких закладів і відповідно до науки державного управління повинні управлятися спеціальним органом управління.

У той же час, у багатьох містах відповідно до чинного законодавства створені управління та відділи охорони здоров'я у складі виконавчих органів міських та районних у місті рад. Вони і є спеціальними органами управління сферою охорони здоров'я та виконують функції суб'єкта управління на місцевому рівні [12].

Щодо безоплатності медичної допомоги, яка має надаватись у державних і комунальних закладах охорони здоров'я. Дія положення ст. 49 Конституції України поширюється на всі такі заклади, які перебувають у державній (незалежно від відомчого підпорядкування) або комунальній власності і фінансуються з бюджетів будь-якого рівня. Зміст безоплатної медичної допомоги полягає у відсутності для всіх громадян обов'язку сплачувати за надану їм у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медичну допомогу як у момент, так і до чи після її отримання. Словосполучення „безоплатність медичної допомоги” означає неможливість стягувати за неї з громадян плату в державних і комунальних закладах охорони здоров'я у будь-яких варіантах розрахунків.

Важливим поняттям, яке також використовується в ст. 49 Основного Закону України, є „мережа”. Там же зазначається, що мережа не може бути скорочена. Це поняття використовується і в інших нормативних актах державної влади та місцевого самоврядування. Проте, остаточного тлумачення його змісту не дається. Як вже відзначалося, мережа є одним з чинників доступності медичного обслуговування, що сприяє забезпеченню постійної можливості отримати медичну допомогу та медичні послуги. Також було відзначено, що лише чисельність закладів не може бути вирішальним чинником при забезпеченні доступності. У зв'язку з цим уявляється, що поняття „мережа” слід розглядати з більш широких позицій, ніж просто чисельність закладів або їх перелік [1; 11].

З урахуванням проведеного аналізу можна дати таке визначення мережі. Мережа закладів охорони здоров'я – це сукупність об'єктів управління, розташованих на певній території, основним видом діяльності яких є медичне обслуговування мешканців цієї території, з урахуванням кадрових, матеріальних та фінансових ресурсів, що є в їх розпорядженні, а також фактичних обсягів медичної допомоги, медичних та супутніх послуг відповідної якості, які вони здатні надати населенню.

Структурно-логічна схема здійснення медичного обслуговування населення проілюстрована на рисунку 1.1 (рис. 1.1).

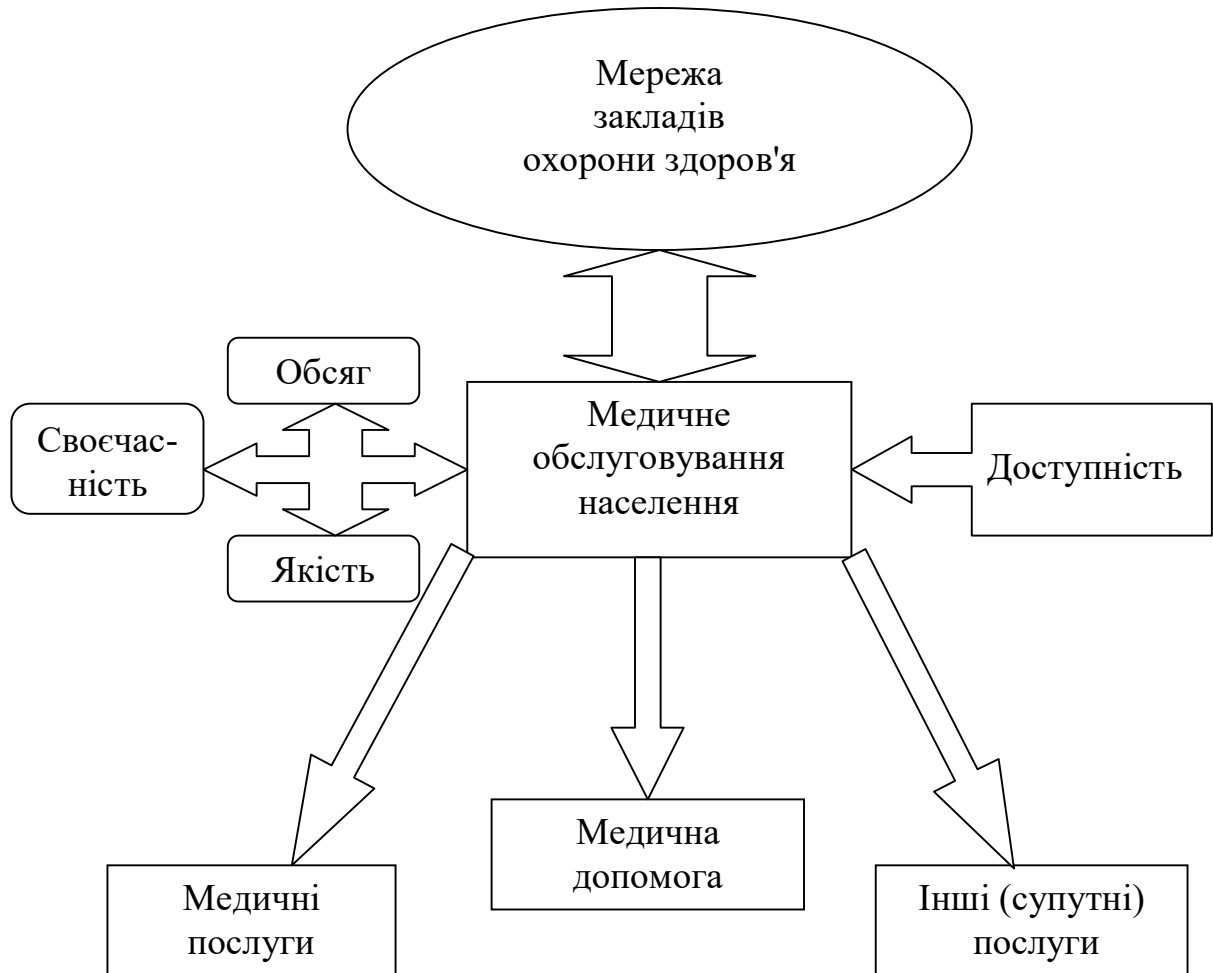


Рис. 1.1. Структурно-логічна схема здійснення медичного обслуговування населення

Щодо конституційного припису „У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена”, уявляється, що мова йде лише про частину визначеної нами вище загальної сукупності об'єктів управління у сфері охорони здоров'я. Цю частину загальної сукупності складає також сукупність – закладів державної і комунальної форми власності з тими ж самими ознаками: наявність певних кадрових, матеріальних та фінансових ресурсів, що є в їх

розпорядженні, а також фактичні обсяги медичної допомоги, медичних та супутніх послуг належної якості, які вони спроможні надавати громадянам.

Слід проаналізувати також й зміст наступного положення ст. 49: „Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності.” З урахуванням викладеного вище та проведеного уточнення деяких понять можна звернути увагу на певну вузькість категорії закладів, розвитку яких за Конституцією України має сприяти держава.

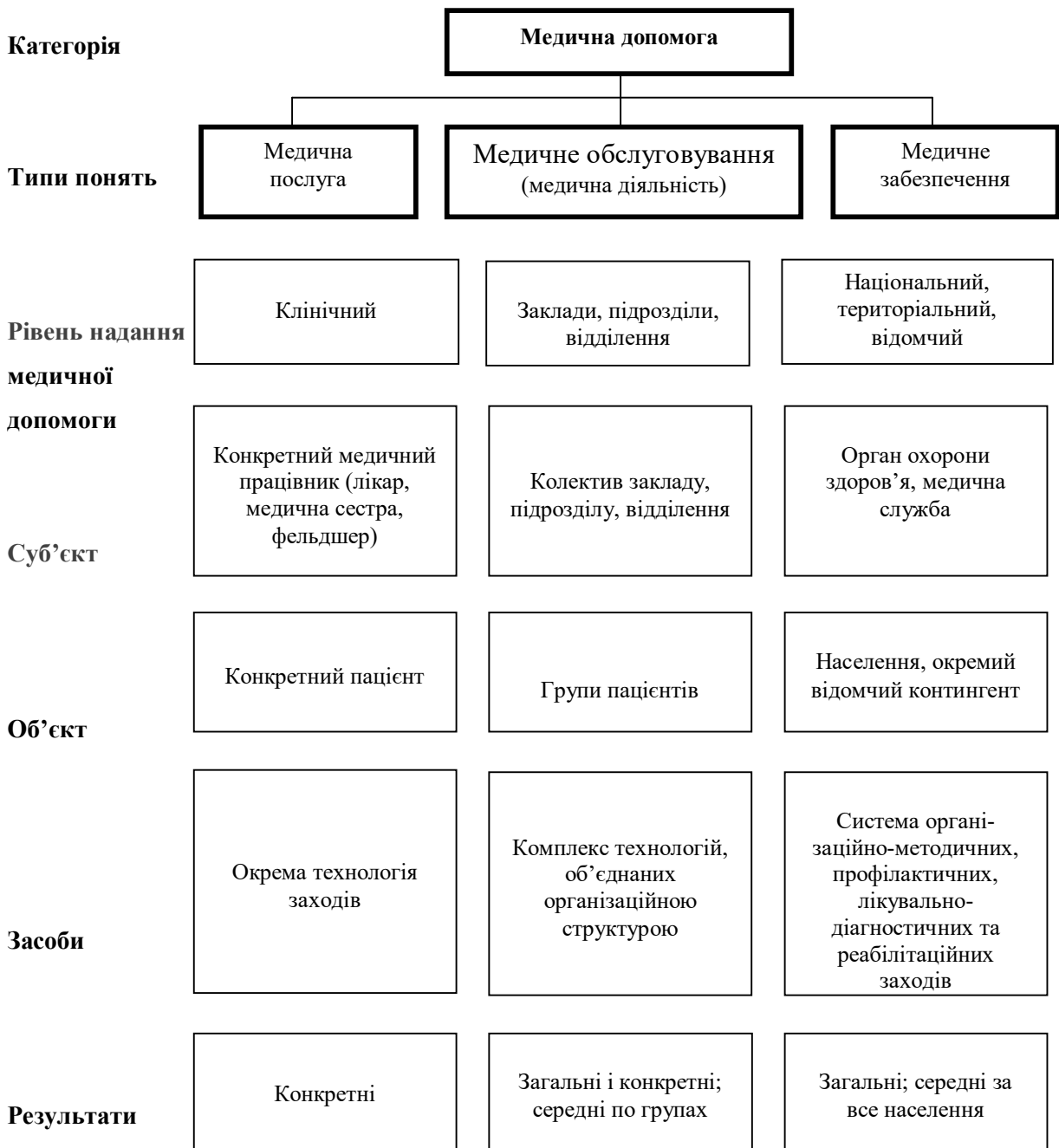


Рис. 1.2. Взаємозв'язок між рівнями надання медичної допомоги та цілями, завданнями, засобами і результатами медичної діяльності

У статті зазначені лише лікувальні заклади всіх форм власності і навіть не згадуються інші категорії закладів охорони здоров'я (профілактичні, санітарно-профілактичні, фізкультурно-оздоровчі, санаторно-курортні, аптечні, науково-медичні та інші).

Тим більше, що кінцеве положення ст. 49 визначає: „Держава дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя”.

На рівні лікувально–профілактичних закладів та підрозділів, що входять до їх складу, процес надання медичної допомоги можна характеризувати як медичне обслуговування певного контингенту хворих (медична діяльність закладу, відділення). На територіальному (національному, відомчому) рівні медична допомога має певні ознаки самоорганізуючої системи і повинна визначатися терміном медичне забезпечення (населення). Зрозуміло, що залежно від рівня надання медичної допомоги змінюються мета, завдання, суб'єкти, об'єкти, засоби, технологічні процеси та результати медичної діяльності. Схематично це показано на рис. 1.2 [31].

Перелічені вище визначення та дискусії щодо основних дефінітивних понять дають змогу сформулювати такі особливості управління в медичній установі [4, с. 26]:

1. Медичний заклад є «відкритою» системою, успіх якої залежить від того, наскільки він пристосований до наявного середовища. Відповідно необхідно змінювати тип управління в напрямі більшої демократизації та пристосовувати організаційні механізми до виявлення нових проблем і формування нових рішень, ніж до контролю вже прийнятих.

2. Новим чинником в розвитку медичної установи є перетворення чисто виробничої системи у виробничо-соціальну. Тобто формування у працівників відчуття причетності до загальної справи та заохочення висловлення власної думки на управлінські рішення керівників. Отже, особливого значення

набувають організаційна культура, ділова етика та мораль.

3. Медичну установу доцільно перетворювати у сукупність різних підрозділів, об'єднаних для досягнення однієї загальної мети розвитку, проте які самостійно визначають власну стратегію (в межах узгоджених умов) і самостійно її здійснюють, несуть відповідальність за результати своєї діяльності. Управління такими підрозділами характеризується відкритими діловими стосунками, як внутрішніми, так і зовнішніми.

4. Під час управління відбувається докорінна зміна психології планування. При плануванні медична установа повинна відштовхуватись від бачення того, якою вона повинна бути в майбутньому та сформулювати шлях теперішнього стану і рухатись згідно нього, а не від минулого до майбутнього.

5. Планування характеризується посиленням гнучкості управління медичним закладом. Термін, на який розробляють прогноз, не є строго визначеним, а залежить від характеру стратегічної мети. Планування може охоплювати тривалі періоди часу, хоча переважно воно є середньостроковим. Вище керівництво медичної установи має запропонувати оптимальний шлях переходу від існуючого стану до бажаного.

Отже, управління в медичній установі можна розглядати як сукупність елементів, взаємодія між якими забезпечує формування і досягнення цілей; це процес, націлений на досягнення відповідності між закладом та зовнішнім середовищем; галузь наукових знань, яка вивчає прийоми та інструменти, методологію прийняття управлінських рішень і способи їх практичної реалізації.

Ефективність управління в медичній установі залежить від трьох макроустановок: на зростання, захист і розвиток [5]. Залежно від середовища можливо переважання тієї або іншої установки. В сучасних умовах реформування галузі медицини переважачого значення можуть отримати установки на розвиток самої організації.

Теорія менеджменту ґрунтується на загальних підходах до управління: системному, організаційному, процесному і інших.

Системний підхід розглядається як сукупність взаємозв'язаних елементів (відділень медичного закладу), що мають ресурси (пацієнтів), вихід (послуги, які надаються установою), зв'язок із зовнішнім середовищем [6]. При системному підході медична установа розглядається як частина зовнішнього середовища.

При організаційному підході в за основу беруться людські, соціальні чинники і необхідність горизонтальної і вертикальної стратегічної координації їх діяльності. Організації, як і системи, можуть диференціюватися по рівнях.

Управління як процес можна представити у вигляді послідовності декількох етапів (рис. 1.3) [7].

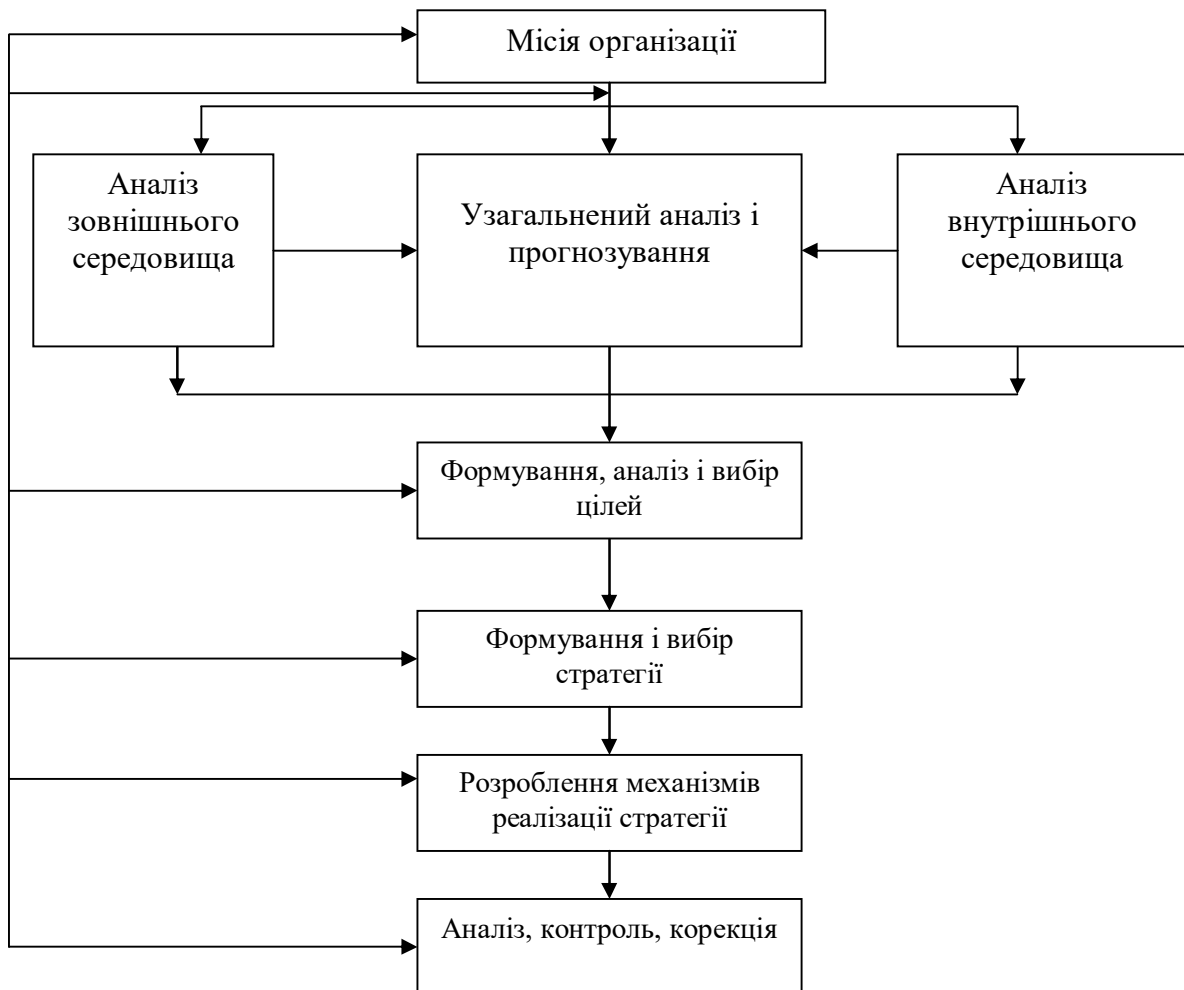


Рис. 1.3. Процес управління медичною установою

Примітка. Складено авторами

Один з класичних підходів до управління в медичній установі передбачає

наступні етапи цього процесу:

- 1) визначення місії медичної установи в системі більш високого рівня;
- 2) аналіз зовнішнього і внутрішнього середовища медичної установи;
- 3) прогнозування параметрів розвитку медичної установи;
- 4) розробка мети медичної установи;
- 5) формування і вибір стратегії медичної установи;
- 6) реалізація стратегій медичної установи;
- 7) контроль, коректування і регулювання.

Функціями управління в медичній установі є: аналіз, прогнозування, планування, організація і мотивація, контроль і регулювання. Кожна функція закінчується певним результатом:

- аналіз середовища – оцінкою існуючого положення установи, її конкурентоспроможності;
- прогнозування – прогнозом її майбутнього стану;
- вибір місії, мети і стратегій – запланованою і адаптивною стратегією, стратегічним планом, програмою;
- реалізація управлінських процесів, контроль і коректування пов'язана з розробкою програм, механізмів функціонування, мотивації, фінансування, організаційного і інвестиційного проектування, контролю, регулювання.

Відповідно, основними завданнями управління в медичному закладі є:

- надання належної медичної допомоги населенню;
- здійснення оплати праці медичних працівників у відповідності до обсягів і якості надання медичних послуг;
- обґрунтована система мотивації медичних працівників;
- раціональне використання фінансових, матеріальних, енергетичних, інформаційних і кадрових ресурсів;
- активна реалізація інноваційних проектів у сфері охорони здоров'я.

Саме ці завдання, на нашу думку, покликана виконувати ефективно побудована система менеджменту в медичних закладах.

1.2. Нормативні основи організації управлінських процесів в медичних установах

Реформування застарілої та неефективної системи охорони здоров'я, успадковану від радянського минулого, яка не здатна надавати задовільні послуги та потерпає від корупції, реалізується паралельно з впровадженням децентралізації влади в Україні. Показники здоров'я в Україні, такі як середня тривалість життя, залишаються одними з найгірших у Європі, у той же час витрати є порівняно високими. Медична реформа спрямована на переорієнтацію фінансової підтримки на надання послуг, а не на фінансування надмірно пропорційної та частково застарілої інфраструктури. Мережа закладів охорони здоров'я повинна бути оптимізована: малопотужні, погано оснащені і головне – мало завантажені лікарні, в яких просто небезпечно лікуватись, будуть перепрофільовані під реальні потреби населення, наприклад, на реабілітаційні, діагностичні центри, хоспіси, які отримуватимуть кошти за конкретні послуги. Впорядкуванням мережі лікувальних закладів опікуватиметься місцева влада.

У зв'язку з цим, запроваджено зміни у системі охорони здоров'я для того, щоб зробити її доступною для всіх громадян, одночасно підвищуючи її прозорість та ефективність. Так, Верховна Рада України прийняла Закон про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості (№ 7117). Закон спрямований на покращення стану первинної ланки медицини в селах, підвищення якості та доступності медичних послуг. Закон регулює створення телеметричних мереж, які надаватимуть можливість використовувати такі інструменти телемедицини як телемедичне консультування, телемедичний консилиум, телеметрію, домашнє телеконсультування. Ці інструменти дозволять застосовувати електронну діагностику та лікування з використанням дистанційного зв'язку. Усі законодавчі ініціативи спрямовані на те, щоб сформувати дієву модель медицини первинного рівня. Насамперед, через формування мережі сільських

медичних закладів, впровадження сучасних технічних рішень і системи мотивації для лікарів. Серед першочергових кроків розбудови медицини в сільській місцевості: максимальне посилення існуючих закладів первинної медицини – реконструкція, обладнання; кадрове забезпечення із одночасним будівництвом нових, де існує критична необхідність. Також взято за основу принцип, що «гроші ходять за пацієнтом». Так, держава переходить від утримування мережі медичних закладів, які надають безоплатні послуги (як відомо, цей варіант у нас працював, і не надто добре), до стратегічної закупівлі послуг у цієї мережі. Держава більше не виділятиме грошей згідно з кошторисом на утримання того чи іншого закладу охорони здоров'я, державного чи комунального. Натомість медичні заклади мають перетворитися на автономні суб'єкти господарської діяльності, що отримуватимуть оплату за результатами своєї діяльності, тобто за фактично надану ними пацієнтам медичну допомогу. До початку 2019 року всі заклади надання первинної медичної допомоги мають перейти на нову систему фінансування шляхом укладання договорів із НСЗУ. А з 2020 року вже заклади всіх рівнів медичної допомоги перейдуть на фінансування через Нацслужбу. Держава бере на себе чіткі зобов'язання щодо фінансування медичних послуг. Бюджет починають розподіляти за медичними послугами, необхідними пацієнтам, на рівних для всіх громадян умовах. Пакет медичної допомоги, гарантований державою, визначатимуть, виходячи з пріоритетів охорони здоров'я в Україні у обсязі можливостей державного фінансування.

Державний гарантований пакет медичної допомоги (програма медичних гарантій) включатиме доволі широкий спектр амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги, а також лікарських засобів. Вартість відповідних послуг буде повністю оплачена Національною службою здоров'я України. Згідно із законом, ухваленим Верховною Радою, існуватиме перелік медичних послуг, що їх повністю оплачуватиме держава. Конкретний список буде формуватися щороку, виходячи з потреб населення в медичному обслуговуванні, пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я та обсягу доступних коштів у

Державному бюджеті. Послуги екстреної, первинної, амбулаторної, госпітальної та паліативної допомоги будуть фінансовані державою в межах програми медичних гарантій. Самостійно пацієнтам доведеться сплачувати за такі послуги як неекстрена стоматологія, звернення до лікаря без направлення, естетична медицина тощо. Запровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я потребує принципової зміни характеру відносин між медичним закладом (постачальником послуг) та розпорядником бюджетних коштів – Нацслужбою здоров'я (замовником послуг). На зміну командно-адміністративній моделі відносин має прийти контрактна. Це означає, що відносини регулюватимуться договорами про медичне обслуговування населення з чітко визначеними параметрами фінансування результату. В межах зазначених договорів Національна служба здоров'я України діятиме в інтересах пацієнтів (платників податків) як третя сторона-платник, а заклад охорони здоров'я або індивідуальний лікар приватної практики виступатимуть як постачальники послуг. До кінця 2018 року автономізувалися всі заклади первинної медичної допомоги, щоб з наступного року отримувати фінансування від Національної служби здоров'я. Це одне з завдань місцевої влади. Також необхідно закупити комп'ютери для лікарів, адже для повноцінної роботи лікаря комп'ютери є необхідною умовою.

Також домінантною є передача в контексті децентралізації органам місцевого самоврядування усіх управлінських функцій в контексті формування стратегії розвитку системи охорони здоров'я територіальних громад із залученням зацікавлених сторін та визначенням місця кожного постачальника медичних послуг на їх території. Відповідно до цієї стратегії громада формує запит до медичних закладів первинного рівня та надає фінансування ініціативам, пов'язаним з охороною здоров'я.

Громада також виконує контрольну функцію, зокрема представник громади має брати участь в роботі опікунських рад при медичних закладах (формується при комунальних підприємствах).

Громада є власником інфраструктури медичних закладів та інвестує в її підтримку та розвиток.

Окремим завданням розвитку сімейної медицини в громадах є оновлення кадрового складу, зокрема, залучення молодих сімейних лікарів до роботи в громаді. Рішення цього питання виходить за межі можливостей окремого медичного закладу, тому громада в рамках реалізації стратегії може створювати умови для комфортного проживання фахівця (житло, інфраструктура для молоді родини (дитячий садок, школа тощо)), фінансувати переселення фахівця, (спів)фінансувати навчання студентів з числа мешканців громади на спеціальності «сімейна медицина» (за умов роботи в громаді після завершення навчання).

Для виконання всіх цих функцій в адміністрації громади має сформуватись підрозділ або посада (наприклад, заступник голови громади з питань охорони здоров'я). Посадові особи цих підрозділів не обов'язково мають бути лікарями за фахом, але мають розумітися на питаннях стратегічного планування, комунікації, розуміти нову систему відносин в системі охорони здоров'я населення.

Часто новостворені громади засновують власний ЦПМСД або амбулаторію сімейної медицини, хоча, на думку експертів, таке рішення не завжди є економічно обґрунтованим. Громада йде на це через відсутність альтернатив.

У новій системі з'являться альтернативи: власний заклад охорони здоров'я – комунальне підприємство; приватний заклад охорони здоров'я; приватний практикуючий лікар – фізична особа підприємець. Тому в ОТГ є вибір: 1. Створити власне КП.

2. Домовитись з КП сусідньої громади, уклавши про це договір про співробітництво територіальних громад. Це дозволить зменшити адміністративні витрати на утримання майна та збільшити зарплати лікарів.

3. Домовитись із приватним закладом охорони здоров'я. Наприклад громада надасть в оренду приміщення для розміщення лікарів на пільгових

умовах, а приватний медичний заклад – надаватиме медичні послуги населенню громадаи.

4. Домовитись із лікарем або лікарями ФОП, які будуть опікуватись процесом надання первинної медичної допомоги та її якістю. Громада, наприклад, крім пільгової оренди приміщень може в рамках місцевої цільової програми виділити кошти на профілактику захворювання або вакцинацію проти грипу.

Наведеній перелік варіантів не є вичерпним. Можливе їх поєднання. Так, громада може створити власне КП, а для обслуговування частини населення це КП може укласти договір з лікарем (лікарями) ФОП. У процесі обрання варіанту треба враховувати географічні особливості громади, вік населення та його потреби, а також підготовку адміністративної команди громади. Такі адміністративні заходи, на думку законотворців, дозволять суттєво поліпшити надання медичної допомоги в Україні.

В контексті дослідження наголосимо, що на практиці ситуація кардинально відрізняється. Так, управління медичним закладом ґрунтується на наданні ефективних медичних послуг населенню. Особливістю системи надання медичних послуг є відсутність виробництва в технічному розумінні цього слова. Процес надання медичної послуги є комбінацією з праці медичного персоналу і медичного обладнання, необхідного для надання цієї послуги.. Під обладнанням ми розуміємо будь-які матеріальні речі, що необхідні для надання медичної послуги. Медичні послуги складаються з двох великих підгруп: індивідуальних і загального користування.

Під індивідуальною медичною послугою розуміємо будь-який контакт споживача послуги з її надавачем, який здобув медичну освіту, обізнаний з медичних питань, діяльність якого приносить пряму користь виключно користувачеві. Медичні послуги загального користування – це будь-який контакт споживача з надавачем, який здобув медичну освіту, обізнаний з медико-санітарних питань, діяльність якого приносить пряму користь суспільству в цілому.

Перша модель системи управління наданням медичних послуг медичними закладами базується на наступних етапах.

1. Здійснення управління власником закладу.
2. Суб'єктом управління є адміністрація закладу.
3. Об'єктом управління є медичний персонал закладу.
4. Блоком науково-інформаційного забезпечення є інформаційно-аналітичний відділ.
5. Вхід: медичний персонал, обладнання, інформація.
6. Вихід: надання медичної послуги, інформація.

Для забезпечення конкурентоспроможності медичної послуги необхідно звернути увагу на таке:

1) результати проведених маркетингових досліджень мають гарантувати кращі світові досягнення під час надання конкретної медичної послуги (параметри виходу мають бути якісними);

2) вхід системи має бути високої якості:

– кваліфікований, добре навчений персонал, з позитивними психоемоційними характеристиками. У процесі оцінювання персоналу необхідно враховувати його професійні складові (спеціальність, освіта за фахом, наявність наукового ступеня, додаткова освіта, спеціальна підготовка, володіння обладнанням, комп'ютером, знання іноземних мов, систематичне підвищення рівня професійних знань) та особисті якості (усна мова – здатність чітко викладати свої думки під час спілкування із співробітниками та відвідувачами), уміння самостійно працювати з документами, знання основ діловодства, уміння приймати самостійні рішення, організаційні здібності;

– сучасне обладнання, що відповідає сучасним параметрам якості надання медичних послуг;

– відповідний стан будівель та приміщень;

3) зовнішнє середовище має сприяти нормальному перебігу процесів у системі. Таким чином, ця модель описує медичний заклад як систему, що складається з медичного персоналу та обладнання будівлі, інформації. Чим

вищий їх рівень якості, тим більша вірогідність отримання якісної медичної послуги.

Друга модель системи управління наданням медичних послуг медичними закладами базується на наступних етапах.

1. Здійснення управління власником закладу.
2. Суб'єктом управління є керівний склад закладу. 3. Об'єктом управління є медичний персонал закладу.
4. Блоком науково-інформаційного забезпечення є інформаційно-аналітичний відділ.
5. Вхід: хвора людина (з порушеними параметрами життєдіяльності).
6. Вихід: здорова людина (з відновленими параметрами життєдіяльності).

Ця модель передбачає добре організовану роботу об'єкта управління, оскільки вхід (хворий) має змінні параметри й ефективність роботи об'єкта управління буде залежати від:

- якості виміру параметрів хворого;
- часу, що витрачений на вимір параметрів;
- часу, що витрачений на інтерпретацію параметрів (установлення діагнозу);
- часу, від установлення діагнозу до початку лікування;
- часу, витраченого на лікування;
- кількості повторних вимірів параметрів;
- відповідності кінцевих вимірів параметрів установленим стандартам;
- наявності інформації про хворого до його звернення до закладу (особисті параметри).

Таким чином, стає очевидним, що постійне, систематичне спостереження за станом здоров'я людини є необхідною умовою для отримання швидкого та якісного результату: нормалізації параметрів життєдіяльності організму. Потрібно врахувати, що ці параметри індивідуальні і змінюються з віком, залежать від впливу зовнішнього середовища тощо. Параметри життєдіяльності організму можуть відрізнятися від стандартизованих показників, що викладені

в підручниках із медицини. Тільки систематичні спостереження за здоров'ям споживача можуть дати точну відповідь. Систематичний нагляд за параметрами життєдіяльності організму необхідно проводити протягом певного часу і чим довший проміжок спостереження, тим кращу інтерпретацію результатів можливо отримати. Усе це бажано робити одному лікарю, який спостерігає за станом здоров'я пацієнта. Разом з цим можна описати медичний заклад як систему з інших точок зору. Це приведе до більш широкого висвітлення всіх аспектів функціонування закладу охорони здоров'я та системи надання медичних послуг.

З метою запобігання проблемам функціонування медичного закладу необхідне чітке розуміння того, що будь-який медичний заклад складається з підсистем, які є самостійними системами, меншими за структурами: реєстратура, приймальне відділення, діагностичні відділи, лабораторія, рентгенологічний відділ, лікувальні відділення, операційний блок та ін. Отже, медичний заклад є складною системою.

У функціонуванні складного об'єкта існують небезпечні моменти. Небезпека полягає в тому, що складні системи схильні до невпорядкованості, тобто мають відцентрові тенденції. Наприклад, діагностичні відділення часто беруть на себе лікувальні функції, які не належать до них за функціональними обов'язками. Окремі фахівці бажують взяти на себе всі функції медичного закладу. Негативним тенденціям, пов'язаним з невпорядкованістю складних систем, запобігти можна, застосовуючи екстраполяцію поведінки системи, тобто поширенням висновків, отриманих щодо однієї частини якоїсь системи, на іншу частину тієї самої системи, скороченням циклу управління, створенням нормативної бази взаємодії між підсистемами медичного закладу.

Отже, на основі зазначеного, можна зробити висновок, що управління медичними закладами як складними системами необхідно проводити в кілька етапів.

На першому етапі слід сформулювати мету, визначивши бажані показники, наприклад збільшення переліку медичних послуг, що надаються в

лікувальній установі через відкриття відділення нових методів діагностики, які потрібно опанувати під час прийняття управлінського рішення.

На другому етапі потрібно визначити об'єкт, виділивши його із середовища, з'ясувати управляючий вплив та реакцію на нього, виявити обмеження. На цьому етапі виникає проблема керованості системи – здатності системи змінюватися під впливом управлінських дій.

На третьому етапі необхідно провести структурний синтез моделі: визначення структури, зв'язків.

На четвертому етапі проводиться ідентифікація параметрів моделі: чітке розуміння складових системи, які функції передбачається виконувати, чи є для цього необхідні матеріальні, людські, фінансові можливості, які додаткові функції вони могли б виконати за певних умов.

На п'ятому етапі – планування – застосовуються різні види моделювання для прогнозування отриманого результату і зменшення вірогідності отримання небажаних результатів.

На шостому етапі проводиться синтез управління: підготовка виконавчих дій, нормативних документів і чіткий їх розподіл між виконавцями.

Останній, сьомий, етап – безпосереднє здійснення управління: організація виконавчих дій, контроль за ними, за необхідності їх коригування. Висновки та перспективи подальших досліджень.

Переконані, що ефективне управління медичним закладом повинно базуватися на вищеописаних етапах. Їх послідовне виконання і дотримання дозволять сформувати ефективну систему менеджменту лікувальними установами в Україні.

Висновки до розділу 1

Таким чином, узагальнюючи результати проведеного у першому розділі роботи дослідження, можна зробити такі висновки.

1. Управління медичним закладом, який є складною системою, має ґрунтуватися на загальних принципах теорії систем.
2. Застосування системного підходу до управління медичним закладом дає змогу покращити процеси керівництва, а відтак позитивно впливає на розвиток системи охорони здоров'я в цілому.
3. Чим вищий рівень якості складових системи управління надання медичних послуг (медичний персонал, обладнання, будівлі, інформація тощо), тим більша вірогідність отримання якісної медичної послуги.
4. Надання медичної послуги залежить від двох важливих факторів: людських ресурсів та обладнання. Під час надання медичних послуг людський фактор є вирішальним.
5. Описуючи медичний заклад як відкриту систему можливо створити моделі, які висвітлюють її в різних аспектах.
6. Кожна підсистема лікувального закладу має бути керована, пов'язана з іншими відповідними нормативними документами. Відсутність цих документів є ознакою некерованої системи.

РОЗДІЛ 2

СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЇ ПРОЦЕСІВ УПРАВЛІННЯ В ДОСЛІДЖУВАНОМУ МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ

2.1. Оцінка діяльності досліджуваного медичного закладу

На практиці оцінку діяльності медичних закладів здійснюють на основі даних фінансової та статистичної звітності. Для аналізу нами обрано медичні заклади охорони репродуктивного здоров'я. Фінансова звітність державних і комунальних закладів охорони репродуктивного здоров'я містить дані про джерела коштів та напрями їх використання за статтями економічної класифікації бюджетних видатків. Державна та відомча статистика збирає дані про інші види ресурсів закладів охорони репродуктивного здоров'я: чисельність працівників, кількість ліжок; показники діяльності закладів охорони репродуктивного здоров'я (кількість ліжко-днів, чисельність пролікованих хворих тощо).

Проблема полягає в тому, що принципи збору даних щодо витрат і результатів у поєднанні з особливостями діяльності закладів охорони репродуктивного здоров'я не дозволяють коректно порівнювати ці показники. Дані про витрати фінансових ресурсів, які повинен надати органам статистики кожен заклад охорони репродуктивного здоров'я, стосуються діяльності закладу загалом і не диференціюються за її складовими. Якщо допустити, що розмежування фінансових витрат, відповідно до видів наданої медичної допомоги, буде коректно виконано у процесі спеціального дослідження чи буде входити в показники обов'язкової звітності, то й у цьому випадку коректність порівняння різних закладів охорони здоров'я за найпростішим показником витрат фінансових ресурсів у розрахунку на одного пролікованого хворого буде сумнівною. Тому можна сказати, що існуюча система фінансової і статистичної звітності не пристосована для проведення об'єктивного порівняльного аналізу затратної ефективності фінансування закладів охорони репродуктивного здоров'я державної і комунальної форм власності.

В описаній ситуації кількісними індикаторами ефективності роботи державних і комунальних закладів охорони репродуктивного здоров'я можуть виступати лише показники оцінки використання ліжкового фонду:

- середньорічна кількість днів використання ліжка;
- оборот ліжка;
- середня тривалість перебування хворого на ліжку в стаціонарі;
- середній час, протягом якого ліжко не було зайнятим.

Тому пріоритетного значення потрібно надавати заходам, спрямованим на підвищення ефективності використання ліжкового фонду.

Середньорічна кількість днів використання ліжка – це показник, який характеризує використання хворими ліжок в стаціонарі протягом календарного року. Він розраховується у днях шляхом ділення кількості ліжко-днів, проведених усіма хворими у лікарні (відділенні), на відповідну середньорічну кількість ліжок. Розрахуємо цей показник для Тернопільського обласного клінічного перинатального центру «Мати і дитина» за період 2016 – 2019 рр. (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

**Динаміка середньорічної кількості днів використання ліжка
у Тернопільському обласному клінічному перинатальному центрі
«Мати і дитина» за період 2016 – 2019 рр.**

Показники	СКДВЛ* в 2016 р.	у % до року попере- нього року	СКДВЛ в 2017 р.	у % до року попере- днього року	СКДВЛ в 2018 р.	у % до року попере- днього року	СКДВЛ в 2019 р.	у % до року попере- днього року
Тернопіль- ський обласний клінічний пеританальний центр «Мати і дитина»	352	-	416	118	392	94	421	107

*СКДВЛ – середньорічна кількість днів використання ліжка

Як видно з табл. 2.1, у 2016 р. в Тернопільському обласному клінічному перинатальному центрі «Мати і дитина» кожне ліжко використовувалось в

середньому 352 дні, а 13 днів простоювало. В період з 2017 р. по 2019 р. кожне ліжко використовувалось з повним навантаженням. Відповідно, спостерігається тенденція до зростання інтенсивності використання ліжкового фонду.

Показник обороту ліжка показує середню кількість хворих, що перебували на кожному лікарняному ліжку протягом року. Він визначається відношенням кількості хворих, що перебували на лікарняних ліжках, до середньорічної кількості ліжок. Також цей показник можна визначити шляхом ділення кількості днів використання ліжка на середню тривалість перебування хворого.

Кількість хворих, що перебували на лікарняних ліжках, можна обчислити як середньоарифметичне значення суми усіх хворих, які поступили, виписались і померли у лікарні (за календарний рік).

Наприклад, у 2019 р. в акушерсько-гінекологічних закладах м. Тернополя (Тернопільському обласному клінічному перинатальному центрі «Мати і дитина» та перинатальному центрі на базі Тернопільської комунальної міської лікарні № 2) при використанні ліжка 360 днів на рік і середній тривалості перебування хворого протягом 12-ти днів оборот ліжка становитиме: 30 (360 /12).

Розрахунок загальної потреби у ліжковому фонді міста, району на практиці здійснюється за формулою:

$$ПЛ = \frac{ВГ \times ЧН}{ОЛ \times 100},$$

де $ПЛ$ – середньорічне число ліжок;

$ВГ$ – відсоток госпіталізації;

$ЧН$ – чисельність населення;

$ОЛ$ – оборот ліжка.

Пропонуємо цей підхід застосувати для обчислення потреби у ліжковому фонді акушерсько-гінекологічної служби м. Тернополя. При цьому наведена формула дещо трансформується і матиме вигляд:

$$ПЛ_1 = \frac{ВГ_1 \times ЧЖ_1}{ОЛ_1 \times 100},$$

де $ПЛ_1$ – середньорічна кількість ліжок в акушерсько-гінекологічних закладах;

$ВГ_1$ – відсоток госпіталізації жінок дітородного віку;

$ЧЖ_1$ – чисельність жінок дітородного віку;

$ОЛ_1$ – середній оборот ліжка в акушерсько-гінекологічних закладах.

Отже, розрахована на підставі скорегованої формули потреба в ліжковому фонді акушерсько-гінекологічних закладів у м. Тернополі становитиме 285 ліжок $(15,5 \times 55125) / (30 \times 100)$.

Фактично, станом на 01.01.2020 р. акушерсько-гінекологічна служба у м. Тернополі (Тернопільський обласний клінічний перинатальний центр «Мати і дитина» та перинатальний центр на базі Тернопільської комунальної міської лікарні № 2) має 270 ліжок, тобто на 15 менше від розрахованого нами показника.

Натомість у контексті дослідження варто наголосити, що Наказом Міністерства охорони здоров'я України встановлено, що на десять тисяч жителів повинно припадати п'ять акушерських ліжок. Виходячи з того, що станом на 01.01.2019 р. чисельність населення у м. Тернополі становила 221,8 тис. осіб, акушерсько-гінекологічна служба повинна мати лише 112 ліжок, тобто відповідно на 158 і 163 менше від реальної кількості та розрахованої потреби. З одного боку, це можна пояснити тим, що для підтримання бюджету керівники медичних закладів повідомляють завищені дані щодо кількості днів, проведених пацієнтами у стаціонарних відділеннях, і не мають стимулів для скорочення тривалості госпіталізації, а з іншого – тим, що нормативи не відповідають реальним потребам акушерсько-гінекологічної служби, про що свідчать проведені нами розрахунки.

Правильна оцінка функціонального призначення лікарняного ліжка вимагає обчислення показника середньої тривалості перебування хворого у стаціонарі. Він розраховується шляхом ділення кількості ліжко-днів, проведених усіма хворими в стаціонарі, на кількість хворих, які вибули.

Матеріали звітних даних показують, що середня тривалість перебування хворого у стаціонарі в Україні в останні роки має тенденцію до зростання. На збільшення цього показника впливають різні фактори. Наприклад, зміни вікової структури хворих, пов'язані з постарінням населення, призводять до того, що у стаціонари госпіталізують більше осіб похилого віку, захворювання яких вимагають тривалого лікування. Одним із факторів впливу на збільшення середньої тривалості перебування хворого у стаціонарі є диференціація спеціалізованої медичної допомоги, зокрема довготривале лікування (наприклад, лікування безпліддя) і тривале спостереження за видужанням хворого у стаціонарі (наприклад, під час загрози переривання вагітності).

Збільшення середньої тривалості перебування хворого у стаціонарі призводить до зменшення обороту ліжка. Зберегти високий показник обороту ліжка у стаціонарі, враховуючи зростання середньої тривалості лікування, можна лише в умовах інтенсивнішого використання ліжкового фонду, тобто збільшення середньої зайнятості ліжка протягом року і скорочення часу його простою.

Середній час, протягом якого ліжко не було зайнятим, показує кількість днів, в які ліжко не використовується з моменту виписки до прийняття нового хворого. Цей показник можна отримати, поділивши кількість днів простою ліжка на величину його обороту:

$$СЧЛНЗ = \frac{365 - СКДВЛ}{ОЛ},$$

де *СЧЛНЗ* – середній час, протягом якого ліжко не було зайнятим (у днях);

СКДВЛ – середня кількість днів використання ліжка в рік;

ОЛ – оборот ліжка.

Оскільки Накази Міністерства охорони здоров'я України пов'язують ліжковий фонд закладу охорони репродуктивного здоров'я з кількістю штатних одиниць, незалежно від фактичного використання ліжок, то заклад утримує більше, ніж потрібно, штатних одиниць. Фінансові ресурси, витрачені на

утримання надмірного штату працівників, могли б використовуватись на надання послуг вищої якості, поліпшення доступу до медичної допомоги з репродуктивного здоров'я, на оплату необхідних ліків і розхідних матеріалів, на проведення ремонту обладнання тощо.

Таким чином, згадані та інші законодавчі та підзаконні акти треба переглянути на предмет визначення можливої їх модифікації для забезпечення більш раціонального витрачання бюджетних коштів на основі реальних потреб. Вважаємо, що за умови не постатейного формування бюджету закладів охорони репродуктивного здоров'я державної і комунальної форм власності, а виділення певного обсягу фінансових ресурсів, який залежить не від кількості ліжок, а від чисельності пацієнтів та складності захворювань, кількість ліжко-днів не завищуватиметься, а кошти витрачатимуться раціональніше. Наприклад, такий порядок фінансування доцільно застосовувати для лікування та оперування тих категорій населення, які не мають змоги укласти угоду на добровільне медичне страхування чи зробити благодійний внесок на користь відповідного медичного закладу.

Щодо забезпеченості основними засобами та медикаментами, то зазначимо наступне. Так, в Тернопільському обласному клінічному перинатальному центрі «Мати і дитина» у 2018–2019 роках витрати на придбання обладнання та інвентарю, медикаментів і перев'язувальних матеріалів, продуктів харчування (в тому числі на безкоштовне харчування дітей із малозабезпечених сімей та на харчування в стаціонарі), м'якого інвентарю, оплату транспортних послуг та утримання транспортних засобів, поточний ремонт обладнання і приміщень профінансовано в середньому на 63 % від потреби (табл. 2.2).

Більша частина бюджетних коштів медичними закладами використовується на заробітну плату з нарахуваннями та оплату комунальних послуг і енергоносіїв. А кошти, що розподіляються на медикаменти та необхідні матеріали, потрібні для надання типової медичної допомоги,

покривають вартість лише окремих видів ліків, які держава повинна виділяти для забезпечення найменш захищених верств населення.

Таблиця 2.2

Стан фінансування Тернопільського обласного клінічного перинатального центру «Мати і дитина» у 2018 – 2019 рр.

Показники	2018			2019		
	Потреба, тис. грн.	Профінансовано, тис. грн.	Відхилення, %	Потреба, тис. грн.	Профінансовано, тис. грн.	Відхилення, %
Надходження загалом	4679,7	2982,0	36,3	5680,3	3510,3	38,2
Медикаменти та перев'язувальні матеріали	884,0	112,0	87,3	900,0	101,7	88,7
Продукти харчування	556,0	130,0	76,6	610,0	90,0	85,2
М'який інвентар	80,0	40,0	50	85,0	20,0	76,5
Оплата транспортних послуг та утримання транспортних засобів	60,0	33,0	45	60,0	35,0	41,7
Поточний ремонт обладнання, інвентарю, будівель, приміщень	170,0	160,0	5,9	170,0	44,7	73,7

У Тернопільському обласному клінічному перинатальному центрі «Мати і дитина» (рис. 2.1) за аналогічний період асигнування на заробітну плату з нарахуваннями становили в середньому 78 % від загальних видатків бюджету закладу (відповідно, інші видатки – 22 %).

Видатки на заробітну плату працівників закладів охорони репродуктивного здоров'я розраховують на основі чисельності цих працівників і ставок їхньої заробітної плати. Ставки заробітної плати медичним працівникам встановлені спільним наказом Міністерства соціальної політики України і Міністерства охорони здоров'я України. Ставки заробітної плати медичним працівникам диференціюються за основними групами медичних працівників: лікарі, середній і молодший медичний персонал, а всередині кожної із цих груп – за займаною посадою, типом установи, типом роботи і

кваліфікації. Застосовуються надбавки до заробітної плати окремим категоріям медичних працівників. Так, лікарям – керівникам структурних підрозділів схемні посадові оклади встановлюються із врахуванням кваліфікаційної категорії з підвищенням їх розмірів на:

- 10 відсотків при кількості лікарських посад до 3-ох одиниць;
- 20 відсотків при кількості лікарських посад від 3-ох до 6-ти одиниць;
- 25 відсотків при кількості лікарських посад понад 6 одиниць.

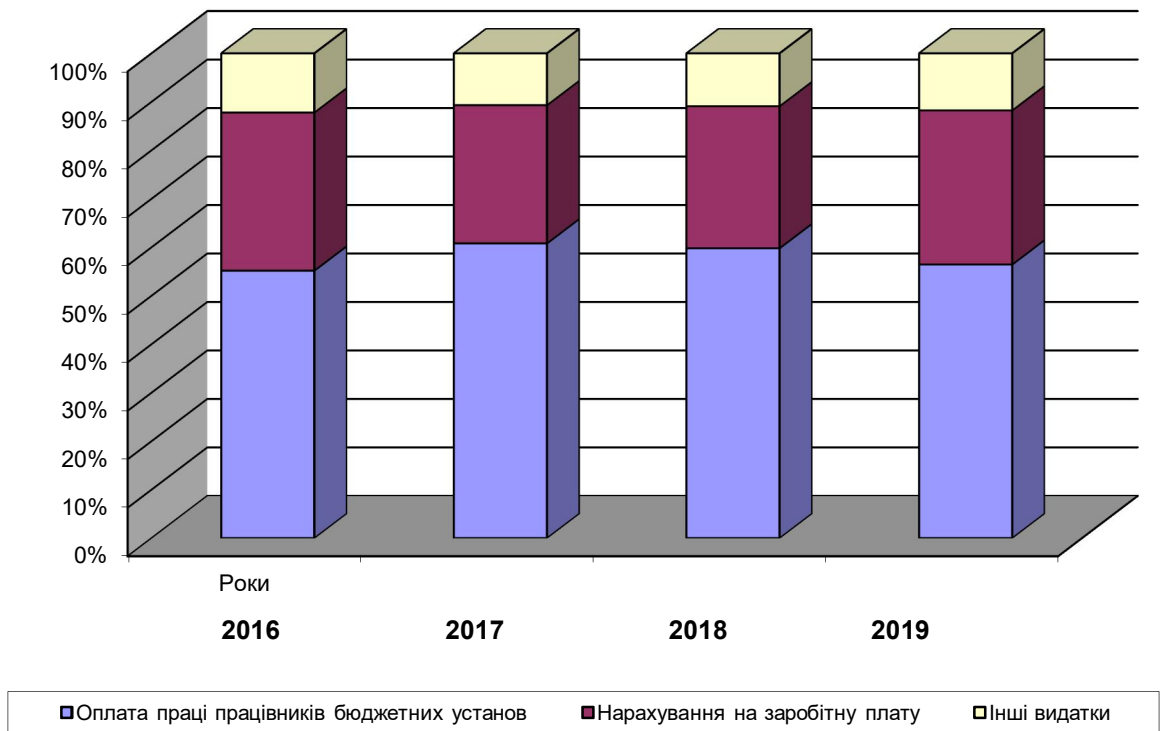


Рис. 2.1. Структура використання бюджетних коштів на утримання Тернопільського обласного клінічного перинатального центру «Мати і дитина» у 2016 – 2019 рр.

Розміри ставок середнього медичного персоналу враховують рівень середньої медичної й іншої середньої спеціальної освіти, а також кваліфікацію. Старшим медичним сестрам, фельдшерам, акушеркам та іншими фахівцям схемні посадові оклади встановлюються з урахуванням відповідної кваліфікаційної категорії з підвищенням на 10 відсотків.

Керівникам закладів охорони здоров'я та їх структурних підрозділів із числа середнього медичного персоналу схемні посадові оклади встановлюються з урахуванням відповідної кваліфікаційної категорії з підвищенням їх розміру на:

– 10 відсотків при кількості посад середнього медичного персоналу згідно зі штатним розписом з урахуванням посади керівника до 3-х одиниць (включно);

– 15 відсотків – від 3-ох до 10-ти одиниць (включно);

– 20 відсотків – понад 10 одиниць.

Схемні посадові оклади молодшого медичного персоналу залежать від займаної посади.

Усі медичні заклади щорічно складають тарифікаційні списки, що додаються до кошторису доходів і видатків. У них вказуються дані, які необхідні для встановлення посадових окладів кожному працівникові. Однак такий порядок встановлення посадових окладів медичних працівників не враховує показників інтенсивності діяльності, до яких можна віднести чисельність пролікованих хворих за певний період часу і відсоток пацієнтів, у яких суттєво поліпшився якісний стан репродуктивного здоров'я.

Фінансування установ сфери охорони репродуктивного здоров'я проводиться на основі затвердженого кошторису видатків на утримання закладів охорони здоров'я. Кошторис є основним плановим документом, який надає повноваження медичному закладу щодо отримання доходів і здійснення видатків, визначає обсяг і спрямування коштів для виконання бюджетною установою своїх функцій та досягнення цілей, визначених на рік відповідно до бюджетних призначень.

Кошторис медичного закладу складається із:

– загальний фонд, який містить обсяг надходжень із загального фонду бюджету та розподіл видатків за повною економічною класифікацією на виконання основних функцій;

– спеціальний фонд, який містить обсяг надходжень зі спеціального фонду бюджету на конкретну мету та їх розподіл за повною економічною класифікацією на здійснення відповідних видатків згідно із законодавством, а також на реалізацію пріоритетних заходів, пов'язаних із виконанням установою основних функцій.

Загальновідомо, що розрахунок показника обсягу видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я здійснюється залежно від чисельності населення адміністративно-територіальної одиниці та співвідношень між обласними бюджетами, бюджетами міст обласного значення, бюджетами районів, з урахуванням коригувальних коефіцієнтів та специфічних видатків.

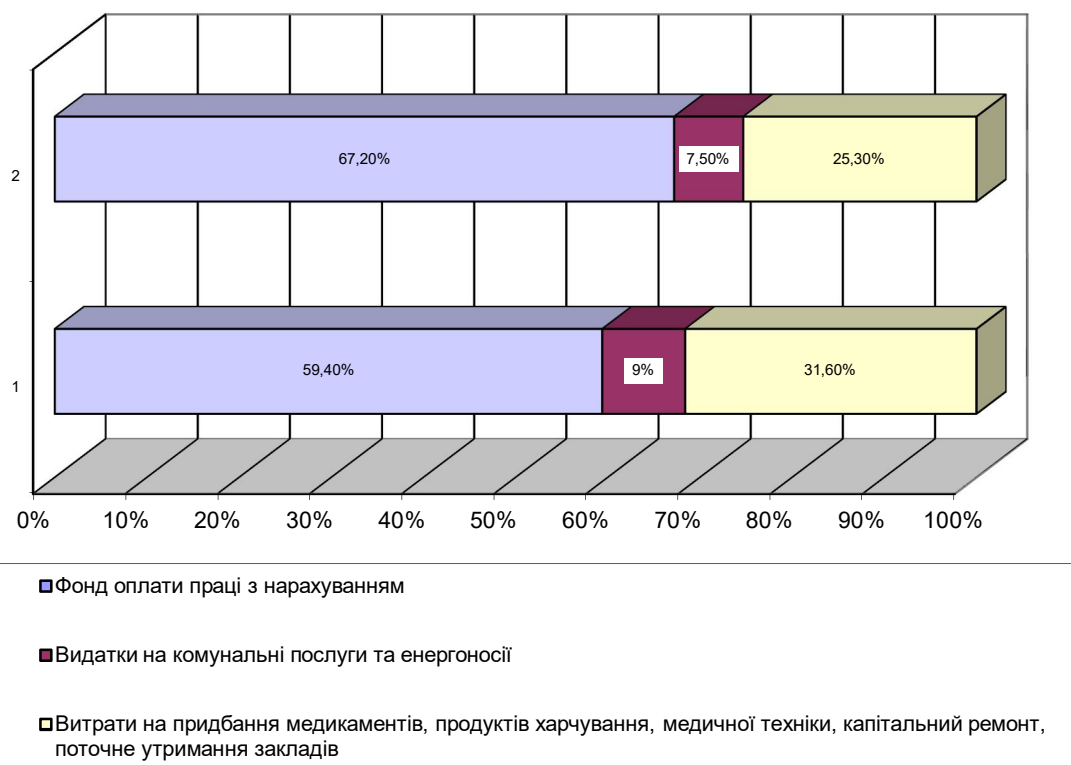


Рис. 2.2. Структура видатків на охорону здоров'я в Україні та охорону репродуктивного здоров'я у м. Тернополі в 2019 р.:

- 1 – видатки на охорону здоров'я в Україні;
- 2 – видатки на охорону репродуктивного здоров'я у м. Тернополі.

Враховуючи зазначене, розглянемо структуру видатків на охорону здоров'я України у 2019 році (рис. 2.2). Фонд оплати праці з нарахуваннями становив 59,4 %, видатки на комунальні послуги та енергоносії – 9 %, а витрати

на придбання медикаментів, продуктів харчування, медичної техніки, капітальний ремонт, поточне утримання закладів – лише 31,6 % від загальних видатків.

У структурі видатків на охорону репродуктивного здоров'я у м. Тернополі в 2019 році (рис. 2.2) показник питомої ваги видатків на заробітну плату з нарахуваннями перевищував середній показник по Україні на 7,8 %, а частка витрат на придбання медикаментів, продуктів харчування, медичної техніки, капітальний ремонт, поточне утримання закладів була меншою на 6,3 % від аналогічної середньої по Україні. Отже, можна зробити висновок, що медичні заклади репродуктивного здоров'я в Тернополі здебільшого використовують кошти на власне поточне утримання, що є негативною тенденцією, яка засвідчує недофінансування сфери в цілому та є загрозовою для репродуктивного здоров'я мешканців Тернополя.

2.2. Аналіз організаційного забезпечення управлінських процесів в закладі охорони здоров'я в умовах змін зовнішнього та внутрішнього середовища

В умовах трансформації системи охорони здоров'я України особливого значення набуває організаційне забезпечення управлінських процесів у медичних закладах, покликане ефективно забезпечити потреби населення в медичних послугах. Це, з одного боку, сприяє розвитку плюралізму в наданні медичних послуг: в охороні здоров'я діють заклади, що належать до різних секторів і несуть відповідну культуру управління. З другого боку, під впливом згаданих процесів змінюється характер управління в закладах охорони репродуктивного здоров'я державної і комунальної форм власності. Державні управлінці починають проявляти інтерес до досвіду роботи менеджерів у приватних медичних установах, які надають аналогічні, подекуди навіть якісніші медичні послуги. Основний акцент, при цьому робиться на

організаційну структуру та аналіз діяльності впливу факторів внутрішнього та зовнішнього середовища на діяльність медичного закладу.

Суб'єкт управління, тобто організаційна структура згідно ієрархії включає групу посадових осіб, у тому числі й тих, які мають спеціальну фінансову підготовку і можуть здійснювати ефективне управління закладом охорони репродуктивного здоров'я за допомогою різних форм і методів.

Об'єкт управління – це сукупність ресурсів, умов для здійснення їхнього обороту, а також супровідних фінансових відносин, що виникають у процесі такого руху. З погляду теорії управління, об'єкт управління можна розглядати як складну соціально-економічну систему. Головною властивістю цієї системи та відмінністю від інших складних систем (наприклад, технічних) є те, що в основі її функціонування лежать економічні й соціальні інтереси людей. Сукупність зазначених інтересів, що зумовлюють мотивацію трудового процесу, впливає на стан фінансової системи і динаміку її розвитку.

Складність організаційного забезпечення управління медичними закладами визначається неоднорідністю його елементів, великою кількістю зв'язків, що виникають у процесі функціонування. У кінцевому підсумку складність призводить до формування сукупності взаємопов'язаних цілей, а також до появи численних критеріїв оцінки стану і тенденцій управління медичними закладами.

У результаті впливу суб'єктів управління на об'єкт формується система медичних послуг, надання яких створює додану вартість, формуючи доходи закладу охорони репродуктивного здоров'я та забезпечуючи фінансову стійкість закладу охорони репродуктивного здоров'я загалом, а не лише окремих його структурних підрозділів. До структурних підрозділів Тернопільського обласного клінічного перинатального центру «Мати і дитина» входить приймальне відділення, спеціалізована жіноча консультація, консультативно-діагностичний блок, пологове відділення, відділення сумісного перебування матері і дитини, відділення патології вагітності, відділення другого етапу виходжування недоношених дітей, гінекологічне відділення,

відділення анестезіології та інтенсивної терапії, клінічно-діагностична лабораторія.

Враховуючи таку розгалужену організаційну структуру медичні заклади повинні спрямовувати діяльність на підвищення ефективності виконання своїх завдань саме шляхом професійного управління. Ефективність визначається тим, наскільки якісно налагоджена адміністративна та допоміжна робота, яка впливає на остаточний результат діяльності медичного закладу. Особливістю сучасного менеджменту у галузі охорони здоров'я є потреба у двох типах керівників: менеджерах та управлінцях, що пов'язано з функціонуванням декількох типів лікувальних установ. Перший тип – державні заклади охорони здоров'я (лікарні, пологові будинки, поліклініки, клініки при медичних науково-дослідних інститутах, санітарно-епідеміологічні станції, центри здоров'я, планування сім'ї тощо), які не є самостійними суб'єктами господарювання і отримують фінансування з державного бюджету, держава чітко визначає і контролює всі статті витрат. Згідно з Конституцією України медична допомога у нашій державі надається населенню безкоштовно, і державні лікувально-профілактичні заклади не установлюють за неї плату. Перелік медичних послуг, які можуть сплачуватися пацієнтами, незначний. Тому керівників державного лікувально-профілактичного закладу доцільно називати управлінцями, а не менеджерами. Також до цієї категорії управлінців у сфері медицини належать державні службовці, працівники органів державної влади, керівники органів управління охороною здоров'я. Вони формують державну політику та стратегію у галузі охорони здоров'я, організують соціальне управління охороною громадського здоров'я тощо.

Другий тип – заклади охорони здоров'я недержавної форми власності, що функціонують як самостійні суб'єкти господарювання в умовах ринку. Управління такими закладами забезпечують менеджери в галузі охорони здоров'я, а сам процес управління, відповідно, має більш персоніфікований характер. Прийняття управлінських рішень диктують насамперед економічні параметри, виявляється особлива чутливість до витрат, тобто у приватних

зкладах чітко дотримуються принципу прямого взаємозв'язку між доходами і витратами. Усе це дає приватному сектору змогу ліпше задовольняти індивідуальні запити населення на більш високому технологічному рівні, забезпечуючи високу якість обслуговування.

Окрім цього повинна здійснюватися робота щодо ефективного фінансового менеджменту, що має на меті забезпечення фінансової стійкості закладів охорони репродуктивного здоров'я в частині:

1) стратегічного і поточного планування фінансових ресурсів:

- аналіз економічних факторів, що впливають на мобілізацію фінансових ресурсів;

- аналіз надходження і витрачання фінансових ресурсів;

- визначення пріоритетів при виділенні поточного фінансування;

- визначення пріоритетів при виділенні перспективного фінансування: запровадження нових медичних технологій, створення й оновлення основних фондів, навчання спеціалістів;

- програмування ефективного використання ресурсів;

2) мобілізації фінансових ресурсів:

- управління фінансовими ресурсами (готівковими, безготівковими, дебіторською і кредиторською заборгованістю);

- використання різних форм надходження фінансових ресурсів;

- визначення адекватної політики (методики ціноутворення для платних медичних послуг) і прогнозування динаміки обсягу наданих платних медичних послуг (протягом року, протягом кількох років – залежно від запровадження нових медичних технологій, реорганізації структури ліжкового фонду та ін.);

3) аудиту використання фінансових ресурсів:

- фінансовий контроль;

- оцінка обґрунтованості фінансових планів (бюджету);

- забезпечення управлінського обліку. Неоднорідність фінансових ресурсів і їх джерел значно ускладнює процес управління. Різнобічний характер джерел фінансування вимагає багатоваріантності фінансового менеджменту, що

передбачає як використання стандартних прийомів, так і вміння оцінити конкретну фінансову ситуацію, прийняти неординарне управлінське рішення.

Функція організації зводиться до побудови оптимальної структури, в якій досягається найкраща відповідність суб'єкта та об'єкта управління.

Раціональна організація діяльності закладу охорони репродуктивного здоров'я передбачає мінімальну кількість управлінського персоналу, автоматизацію фінансових розрахунків і т. п. У кінцевому підсумку оптимально організована система повинна забезпечувати необхідний запас фінансової стійкості у процесі функціонування закладу.

В свою чергу, регулювання передбачає наявність регулюючих впливів суб'єкта управління на об'єкт управління через механізм зворотного зв'язку. Ці впливи здійснюються з метою ліквідації можливих відхилень фактичного стану фінансової системи від запланованого (бюджетного) рівня.

Погодженість функціонування всіх ланок забезпечується функцією координування. Крім цього, її реалізація неможлива без функції контролю, в ході виконання якої перевіряються:

- а) дотримання відповідних законодавчих та нормативних документів;
- б) економічна обґрунтованість й ефективність заходів із залучення, розподілу та використання фінансових, матеріальних й інформаційних ресурсів.

Акцент робиться на фінансовому контролі та контролі за ефективністю надання медичних послуг. Суть фінансового контролю у закладах охорони репродуктивного здоров'я полягає у:

- 1) перевірці виконання фінансових зобов'язань перед державою;
- 2) перевірці правильності використання грошових коштів закладу охорони репродуктивного здоров'я (бюджетних та позабюджетних);
- 3) перевірці дотримання правил здійснення фінансових операцій, розрахунків і зберігання грошових коштів;
- 4) виявленні внутрішніх резервів і можливостей більш ефективного та економного використання матеріальних і грошових коштів, проведенні поглибленого економічного аналізу фінансово-господарської діяльності;

5) усуненні та попередженні порушень фінансової дисципліни.

Нормативне забезпечення організації менеджменту у медичних закладах складається з різних інструкцій, рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я, норм і нормативів, методичних вказівок із розрахунку фінансових показників для зазначеного закладу. Інформаційне забезпечення формується за рахунок різноманітної інформації, в тому числі економічної, фінансової, комерційної, медичної, яка циркулює у системі об'єкта охорони репродуктивного здоров'я. Така інформація за своєю суттю є одним із видів інтелектуальної власності і може претендувати на “ноу-хау” закладу охорони репродуктивного здоров'я.

Загальновідомо, що медичний заклад як відкрита система залежить від зовнішнього світу відносно поставок ресурсів, енергії, кадрів, споживачів тощо. Оскільки від керівництва залежить виживання закладу, менеджер зобов'язаний вміти виявляти істотні чинники в оточенні, які вплинуть на його організацію. Він повинен також запропонувати відповідні способи реагування на зовнішні дії. Аналіз зовнішнього середовища — це процес, за допомогою якого розробники стратегічного плану контролюють зовнішні по відношенню до закладу фактори, щоб оцінити можливості та загрози для закладу.

Зовнішнє середовище оцінюється за трьома параметрами.

1. Оцінка змін, які впливають на різні аспекти поточної стратегії медичного закладу.

2. Визначення факторів, які представляють найбільшу загрозу для поточної стратегії.

3. Визначення факторів, які представляють більше можливостей для досягнення загальних для медичного закладу цілей шляхом коректування плану.

Отже, здійснимо аналіз діяльності медичної установи в контексті впливу зовнішнього середовища сфери медичних послуг. В свою чергу зовнішнє середовище поділяється на макросередовище та безпосереднє середовище.

Поняття макросередовища медичної установи складається із відносин бюро із зовнішнім оточення. Розгляд здійснюється з урахуванням основних чинників економічних, демографічних, політичних, природних, науково-технічних, чинників. Тільки внаслідок ретельного аналізу мікросередовища бюро з обов'язковим урахуванням усіх чинників макросередовища можна скласти уявлення про підприємницьке середовище комунального підприємства.

Розглянемо фактори макросередовища, які справляли визначальний вплив на діяльність досліджуваного медичного закладу у 2014-2019 рр. Результати аналізу факторів впливу на діяльність Тернопільського обласного клінічного перинатального центру «Мати і дитина» та їхню оцінку наведено у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

**Оцінка факторів впливу макросередовища на діяльність
Тернопільського обласного клінічного перинатального центру «Мати і
дитина» у 2014-2019 році**

Група факторів	Фактор	Тенденція до зміни фактору	Характер впливу фактору на діяльність банку (+,-)
1. Політичні	1. Рівень політичної стабільності в суспільстві	Політична нестабільність Громадське невдоволення	Зниження попиту на послуги Негативний вплив
	2. Характер політичної боротьби	Жорстка	Негативний вплив
2. Економічні	1. Рівень економічного розвитку держави.	Зростання	Позитивний вплив
	2. Темп інфляції.	Зниження	Позитивний вплив
	3. Рівень безробіття.	Зростання	Негативний вплив
	4. Рівень оподаткування.	Зростання	Негативний вплив
	5. Рівень доходів населення.	Низький	Негативний вплив
	6. Борги по заробітній платі.	Високі	Нейтральний з нахилом до негативного
	7. Можливості отримання міжнародних кредитів	Середній	Нейтральний з нахилом до негативного
3. Правові	1. Закони, що регулюють діяльність гістологічної служби.	Відсутні	Нейтральний вплив
4. Екологічні	1. Стан природних ресурсів країни.	Погіршення	нейтральний з нахилом до негативного
	2. Величина витрат на підтримку екологічної безпеки.	Зростання	нейтральний з нахилом до негативного

Продовж. табл. 2.3

5. Науково-технічні	1. Інновації в галузі.	Зростання	Позитивний вплив
	2. Інновації в медичних технологіях .	Зростання	Позитивний вплив
	3. Інновації в менеджменті.	Зростання	Позитивний вплив
	4. Інновації в маркетингу.	Зростання	Позитивний вплив
6. Демографічні	1. Чисельність населення держави.	Скорочення	Негативний вплив
	2. Вікова структура населення.	Старіння	Негативний вплив
	3. Рівень народжуваності.	Низький	Негативний вплив
	4. Рівень смертності.	Високий	Негативний вплив
	5. Чисельність працездатного населення країни	Без значних змін	Негативний вплив
7. Соціально-	1. Освітній рівень.	Зниження	Негативний вплив
	2. Соціальна забезпеченість (співвідношення середня пенсія /прожитковий мінімум).	Зниження	Негативний вплив
	3. Криміналізація суспільства.	Зростання	Негативний вплив

Таким чином, фактори макросередовища на діяльність Тернопільського обласного клінічного перинатального центру «Мати і дитина» здійснюють, переважно, негативний вплив. Як бачимо, розвиток та функціонування медичної сфери відбувається на фоні постійно змінюваної загальноекономічної та соціально-політичної ситуації, що впливає на надійність та ефективність функціонування галузі. Тому подальший розвиток залежить від % ВВП виділеного на охорону здоров'я та від економічно-правових можливостей розвитку конкретної установи.

Вивчення і аналіз демографічних факторів буде мати суттєве значення для медичних установ, які працюють в медичному просторі. Врахування факторів науково-технічного характеру дозволяє з однієї сторони постійно вдосконалювати рівень технічного оснащення медичних установ. Вплив природних факторів макросередовища може бути достатньо відсутнім для закладів охорони здоров'я.

Аналіз і врахування факторів середовища буде сприяти зміцненню позицій Тернопільського обласного клінічного перинатального центру «Мати і дитина».

Висновки до розділу 2

Проведене у другому розділі роботи дослідження дозволяє зробити наступні висновки:

1. Медичні заклади репродуктивного здоров'я, які функціонують в Тернополі використовують кошти на власне поточне утримання, оскільки недофінансовується галузь охорони здоров'я, що є загрозовою тенденцією не тільки для закладів репродуктивного здоров'я м. Тернополя, а й в цілому для медичних установ.

2. Основою успішного функціонування закладів охорони репродуктивного здоров'я є вибір ефективних методів управління медичною діяльністю, у тому числі й фінансовими ресурсами. Адже провідне місце серед чинників, що визначають рівень якості медичної допомоги, посідають організаційно-управлінські фактори. Тому в сучасних умовах фінансовий і організаційний менеджмент як складова процесу управління об'єктом охорони репродуктивного здоров'я набуває пріоритетного значення.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ УПРАВЛІНСЬКИХ ПРОЦЕСІВ В МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ

Відповідно до визначення ВООЗ, стратегічне управління включає такі найважливіші напрями як формування стратегічних завдань, підготовку відповідних законів, норм, інструментів, моніторингу, контролю за їх виконанням, забезпечення підзвітності та прозорості результатів

Стратегія – це детальний всебічний комплексний план, який розробляється з точки зору перспективи діяльності певного сектору економіки, а не конкретних осіб або підрозділів. Стратегічний план повинен ґрунтуватися на масштабних дослідженнях та фактичних даних. Тому необхідними є збір та аналіз значних обсягів інформації про діяльність сфери охорони здоров'я [1].

Існує багато моделей процесу стратегічного планування, які тією або іншою мірою деталізують послідовність кроків цього процесу, проте чотири ключових етапи є загальними для всіх моделей:

- визначення цілей;
- стратегічний аналіз або діагностичний етап;
- стратегічний вибір;
- реалізація стратегії [1].

Класичним є представлення процесу стратегічного планування у вигляді 8 взаємопов'язаних компонентів (рис. 3.1)

Одним із найважливіших рішень при плануванні є вибір загальної мети або чітко визначеної причини її існування – місії. Місія є точкою відліку для керівника при виборі найкращої для закладу альтернативи.

Для того, щоб внести істотний вклад в успіх, цілі повинні відповідати низці вимог:

- бути конкретними і вимірюваними (що дозволяє створити чітку базу відліку для наступних рішень і оцінки діяльності);

- бути орієнтованими у часі (тобто необхідно визначити не лише, що хоче заклад, але й коли повинен бути досягнутий результат);

- бути досяжними (служити підвищенню ефективності закладу, встановлення важко досяжних цілей може бути негативним для розвитку закладу).



Рис. 3.1. Процес стратегічного планування медичним закладом

Будь-який медичний заклад – це складна система з багатьма цілями. До основних видів цілей закладу належать виробничі цілі (наприклад, показники результативності медичної допомоги), підвищення продуктивності, розширення / зменшення асортименту медичних послуг, забезпечення фінансовими ресурсами, зміни в структурі закладу, поліпшення компетентності людських ресурсів та ін. Діагностичний етап розпочинається з аналізу та оцінки зовнішнього середовища. Медичний заклад як відкрита система залежить від зовнішнього світу відносно поставок ресурсів, енергії, кадрів, споживачів тощо.

Оскільки від керівництва залежить виживання закладу, менеджер зобов'язаний вміти виявляти істотні чинники в оточенні, які вплинуть на його організацію. Він повинен також запропонувати відповідні способи реагування на зовнішні дії. Аналіз зовнішнього середовища — це процес, за допомогою якого розробники стратегічного плану контролюють зовнішні по відношенню до закладу фактори, щоб оцінити можливості та загрози для закладу.

Зовнішнє середовище оцінюється за трьома параметрами.

1. Оцінка змін, які впливають на різні аспекти поточної стратегії медичного закладу.

2. Визначення факторів, які представляють найбільшу загрозу для поточної стратегії.

3. Визначення факторів, які представляють більше можливостей для досягнення загальних для медичного закладу цілей шляхом коректування плану.

Другу частину діагностичного етапу складає управлінське обстеження медичного закладу. Управлінське обстеження — це методична оцінка функціональних зон системи, яка призначена для виявлення її стратегічно сильних та слабких сторін. Управлінське обстеження включає аналіз управління медичним процесом, аналіз маркетингової ситуації, фінансів, бухгалтерського обліку, людських ресурсів, культури медичного закладу тощо. Необхідним є ретельний аналіз людських ресурсів як ключової складової успішності медичної закладу. Доцільно висвітлити питання компетентності персоналу, включаючи керівництво, плинності персоналу та її причини; ефективності використання можливостей підвищення кваліфікації персоналу, ефективності та конкурентоздатності системи його винагородження та ін. Важливе значення для конкурентоздатності закладу мають її культура та імідж. Доцільно провести аналіз психологічного клімату, звичаїв та очікувань закладу; вивчити, яку репутацію має заклад серед споживачів послуг, співробітників, яка громадська думка. Управлінське обстеження завершується складанням переліку та ранжуванням сильних та слабких сторін закладу.

Для узагальнення отриманої в процесі діагностики інформації та обґрунтування прийняття рішень стосовно вибору стратегії рекомендується застосування спеціальної техніки – SWOT аналізу: S – strengths (сильні сторони); W – weaknesses (слабкі сторони); O – opportunities (можливості); T – threats (загрози). В результаті SWOT-аналізу визначаються оптимальні напрямки досягнення прогресу шляхом використання сильних сторін, використання можливостей, а також усунення слабких сторін та загроз. SWOT-аналіз допомагає визначитися з ситуацією та ясно сформулювати проблеми; порівняти альтернативи; визначити можливості максимізувати результат залучення адміністративних ресурсів; проаналізувати минулі невдачі; визначити ключові позиції, на яких слід зосередитися; впорядкувати і систематизувати весь процес прийняття рішень; професійно проаналізувати складні проблеми; логічно вибудувати систему управління.

Наступний етап – це стратегічний вибір, який включає компоненти виявлення стратегічних альтернатив, оцінку варіантів та вибір стратегії. Виявлення та аналіз стратегічних альтернатив проводиться, виходячи з основних варіантів очікуваних результатів: зростання, обмежене зростання, скорочення, сполучення різних варіантів. Головною вимогою при виборі стратегічної альтернативи є підвищення ефективності закладу в довгостроковій перспективі. Слід підкреслити, що вибір повинен сприйматися всіма співробітниками закладу.

Існують різні рівні стратегічного планування: рівень закладу, регіональний рівень, рівень галузі. Стратегічне планування діяльності медичного закладу повинно бути тісно пов'язаним зі стратегією розвитку галузі, яка визначає напрямки розвитку і використання ресурсного потенціалу для поліпшення здоров'я населення в країні в цілому, та зі стратегією розвитку охорони здоров'я в регіоні та на муніципальному рівні з урахуванням специфічних потреб його населення в медичній допомозі та особливостей розвитку інфраструктури та ресурсного забезпечення. Робота щодо впровадження стратегічного планування в систему охорони здоров'я потребує

єдиного розуміння, погодженості дій, підтримки владних структур усіх рівнів. Одним із основних принципів стратегічного планування є ув'язка обсягів та структури медичної допомоги з очікуваними фінансовими ресурсами на основі максимально чіткого визначення державних гарантій щодо медичної допомоги населенню. Для забезпечення погодженості стратегічних планів різних рівнів необхідний розвиток механізмів координації діяльності всіх ланок системи управління охороною здоров'я. Завершальним і найбільш тривалим етапом стратегічного процесу є реалізація стратегії.

Особливо значущими заходами при реалізації стратегії є наступні.

1. Розробка варіанту дій при непередбачених обставинах. Стратегічний план розробляється для ідеальної ситуації, проте реальність може більшою чи меншою мірою відрізнятись від неї. Тому важливим елементом будь-якого стратегічного плану є розробка варіанту дій при ситуації, коли такі відмінності стануть дуже значними. Звичайно такі варіанти дій переглядають кожен рік.

2. Розробка організаційної структури. Для успіху впровадження прийнятої стратегії заклад повинна мати певну структуру, що забезпечує максимальні можливості для її реалізації. Вироблення структури включає розподіл відповідальності за виконання задач і прав за прийняття рішень в закладу.

3. Вибір системи управління медичним закладом. Особливістю медичної системи є той факт, що саме кадри визначають успішне впровадження стратегії, тому стержневим елементом такої системи управління стає персонал.

4. Реалізація стратегії включає вибір організаційного об'єднання і систем контролю, що вимагає сумісних дій і координації між різними підрозділами.

Заклад повинна вирішити, які обрати критерії і як краще аналізувати показники підрозділів і управляти їх діями. Стадія реалізації перетворює стратегічний план у дії. Обрана стратегія є важливим компонентом ефективного управління. Успішна реалізація плану потребує розробки довгострокових і короткострокових програм, політики, процедур та правил. Вона також передбачає інтеграцію стратегічного плану в структуру закладу

через бюджети та цільове управління. Важливе значення має постійна оцінка реалізації плану для визначення його правильності та виявлення проблем.

Стратегічне управління є безперервним процесом. Після того, як стратегії впроваджені, необхідно їх відстежувати і здійснювати в певні періоди оцінку їх реалізації. Важливою умовою при цьому є вибір відповідних критеріїв, які визначають, наскільки вдало вибрана стратегія з погляду стратегічного аналізу, і досягнення її цілей. Виділяють чотири підходи до розробки стратегії: Це, перш за все, її здійсненність, тобто ступінь труднощів і об'єм зусиль для того, щоб дана стратегія була застосована на практиці, а також її прийнятність, тобто визначення того, якою мірою результати застосування конкретного стратегічного варіанту направлені на виконання місії закладу

1. Головний стратегічний підхід. Керівник медичної закладу виступає як головний стратег, справляючи сильний вплив на оцінку стану, аналіз альтернативних стратегій і на різні деталі розробки стратегії.

2. Підхід «делегування повноважень». Керівник медичної закладу передає повноваження, що стосуються розробки стратегії, іншим підрозділам або менеджерам.

3. Спільний (колабораціоністський) підхід — це проміжний варіант між попередніми двома підходами. Керівник медичної закладу залучає до розробки стратегії своїх підлеглих. Запропонований ними варіант стратегії повинен бути підтриманий основними учасниками.

4. Ініціативний підхід. Керівник особисто не зацікавлений ані у розробці деталей стратегії, ані в тому, щоб очолювати групу «генераторів ідей» для розробки погодженої стратегії. Усі чотири підходи мають свої переваги та недоліки і можуть привести до успішної розробки і реалізації чи до провалу стратегії. Ті чи інші наслідки залежать від ефективності управління використовуваним підходом, уміння організувати сам процес розробки стратегії і від компетентності суджень учасників, які залучені до процесу. На нашу думку, практичними аспектами втілення стратегічного управління в сфері

охорони здоров'я мають стати зміни в засадах фінансово-економічної діяльності галузі.

В існуючій системі зазначені проблеми є ключовими, в той же час вони є основоположними елементами зв'язку між надавачами медичних послуг і їхніми споживачами. Завдання, які спрямовані на зміцнення і відновлення здоров'я людини, як ніколи, набувають особливої актуальності. Це пов'язано з тим, що здоров'я стало одним із найважливіших макроекономічних і політичних факторів у всіх сферах життя суспільства. Актуальною є думка щодо аналізу результатів ходу реформ в пілотних регіонах із залученням експертів ВООЗ.

В процесі стратегічного планування значною є роль керівника медичного закладу. Менеджеру необхідно постійно організовувати, аналізувати, проводити оцінку та вносити відповідні корективи. Адекватне виконання такої ролі вимагає нових навичок та компетентності у лідерстві та створенні команди, вміння впровадження державної стратегії та розробки власної для закладу, забезпечення та контролю якості, вміння зіставляти вартість та якість медичних послуг, чутливості до питань підвищення рентабельності, впровадження інновацій, вміння розв'язувати проблеми. Як наступний приклад щодо стратегічного управління у сфері охорони здоров'я можна навести той факт, що розпочато системну роботу щодо освіти і підготовки керівників закладів охорони здоров'я, яка б відповідала світовим освітнім стандартам. Це сприятиме отриманню сучасних теоретичних знань та формуванню практичних навиків у сфері управління медичним закладом.

В останні роки реформування національної системи охорони здоров'я та зміни у світовій системі, що, передусім, пов'язані із фінансуванням, розвитком приватного сектору охорони здоров'я, підвищенням рівня конкуренції на ринку медичних послуг та пошуком нових шляхів підвищення ефективності та результативності закладів охорони здоров'я, призвели до нових викликів для цих закладів та їхніх керівників. Основним таким викликом є те, що спочатку XXI століття із демографічним зростанням росте попит на медичні послуги та

виникає потреба в реструктуризації діяльності медичних закладів та формуванні більш розвиненої медичної інфраструктури. Це призводить до того, що виникає потреба в комплексному оновленні медичного менеджменту. Заклади охорони здоров'я працюють як у державному, так і в приватному секторі, отже, незважаючи на соціальну місію, що має на меті покращення стану здоров'я громадян України, вони мають дотримуватися принципу економічної доцільності та ефективності діяльності. Отже, постає проблема успішного управління цими закладами, що потребує застосування принципів стратегічного менеджменту: з одного боку, вони мають формувати успішні бізнес моделі, а з іншого – належним чином реалізовувати їх завдяки стратегії. Перенесення принципів менеджменту від комерційних підприємств приватного сектору економіки до некомерційних, а в нашому випадку – до закладів охорони здоров'я, має тривалу історію, починаючи з ХХ століття. Усе розпочалося з пропаганди використання принципів менеджменту в закладах охорони здоров'я, а наразі ще тривають процеси впровадження практики стратегічного менеджменту, менеджменту якості (Total quality management – TQM), управління об'єктами (maintenance management) та управління показниками діяльності (performance management). Незважаючи на те, що методи та підходи до менеджменту змінюються, проте їхня імплементація в практику управління медичними закладами спрямована на підвищення якості та ефективності управлінського процесу, а навіть інколи й на забезпечення виживання цих закладів. Сьогодні в галузі охорони здоров'я України відбуваються значні трансформації, які ознаменувалися переходом до нової моделі фінансування закладів, їхньої автономізації, а отже, й пошуком нових механізмів управління. У результаті, як приватні, так і державні медичні заклади діють в умовах зовнішнього середовища, що швидко змінюється та на яке впливає багато чинників (інституційні, правові, економічні, демографічні, технікотехнологічні тощо) (рис. 3.2).

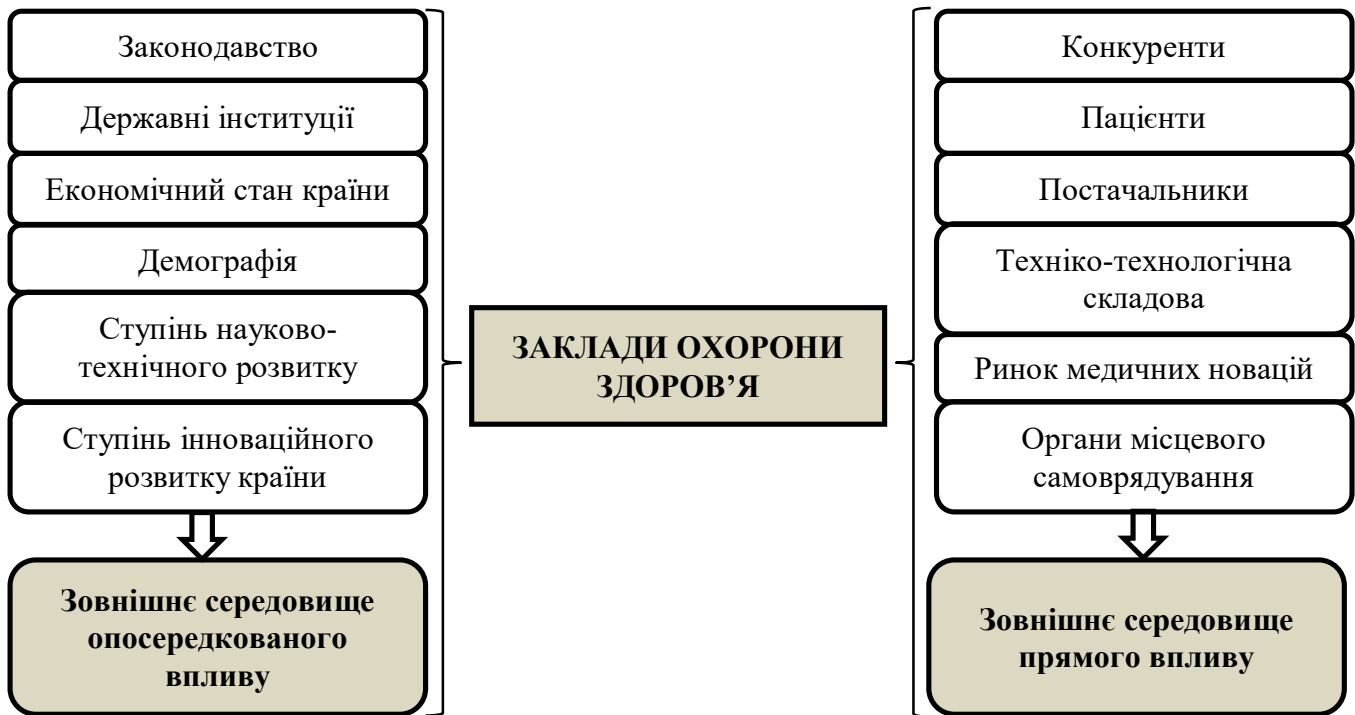


Рис. 3.2. Чинники зовнішнього середовища, що впливають на діяльність закладів охорони здоров'я

Основною вимогою впровадження стратегічного менеджменту в закладах охорони здоров'я є залучення вищого лікарського складу до трансформації системи менеджменту з зосередженням уваги на спільній меті та застосуванням якісного механізму їхньої мотивації та стимулювання. Відповідно, ефективний процес формування та реалізації стратегії вимагає каскадного підходу, що направлено на забезпечення єдності та підпорядкованості, з одного боку, стратегічних, оперативних і тактичних цілей, а з іншого – інтересів керівників, структурних підрозділів та персоналу для досягнення загально організаційної мети закладу. Впровадження принципів стратегічного менеджменту в практику управління закладами охорони здоров'я передбачає: 1. Впровадження організаційних змін: зменшення жорсткості та ієрархічності структур управління, розвиток програмно-цільового управління, гнучкість організаційної структури (увага до автономізації діяльності, делегуванню повноважень, командної роботи та проектного менеджменту). 2. Зосередження уваги на координаційній функції менеджменту, що пов'язана із прогнозуванням проблем, процесом прийняття управлінських рішень, координацією робіт із

забезпеченням взаємодії між різними структурними підрозділами – усередині та медичним закладом і афілійованими особами – ззовні, стимулюванням діяльності. 3. Імплементация механізмів управління ризиками та ризик-менеджменту. 4. Управління інноваціями та стимулювання інноваційної діяльності закладів охорони здоров'я із наданням індивідуальної ініціативи та розвитком лідерських якостей. 5. Стимулювання постійного процесу розвитку персоналу медичного закладу та перехід до моделі самоосвітньої організації. 6. Зосередження уваги на підвищення якості всіх видів діяльності закладу, а також його ефективності із забезпеченням формування та розвитку культури результативності медичного закладу. 7. Тенденція до підвищення ролі та значення організаційної культури закладу охорони здоров'я із залученням персоналу до формування стратегії розвитку, управління закладом, формування нової якості медичної послуги тощо. 8. Спрямування операційної діяльності закладу охорони здоров'я на створення медичної послуги більш високої якості чи з новими властивостями за умови зменшення її собівартості. 9. Запровадження принципів інтелектуального та інноваційного лідерства, що базується на розвитку емоційного та практичного інтелекту в працівників, компетентнісному підході, критичному мисленні, креативному менеджменті. 10. Формування управлінського капіталу, що забезпечує ефективність системи управління закладом охорони здоров'я. Отже, сучасний менеджмент медичного закладу має орієнтуватися не лише на застосуванні принципів та інструментів стратегічного менеджменту, проте має зосереджуватися на культивуванні у своїх управлінців стратегічного мислення.

Представлена на рис. 3.3 модель стратегічного мислення має стати основою для менеджерів закладів охорони здоров'я в процесі стратегічного планування та реалізації стратегії. Як ми бачимо, менеджери мають стати стратегічними мислителями, які здатні оцінювати зміни в зовнішньому середовищі, аналізувати інформацію, робити гіпотези та генерувати нові ідеї.

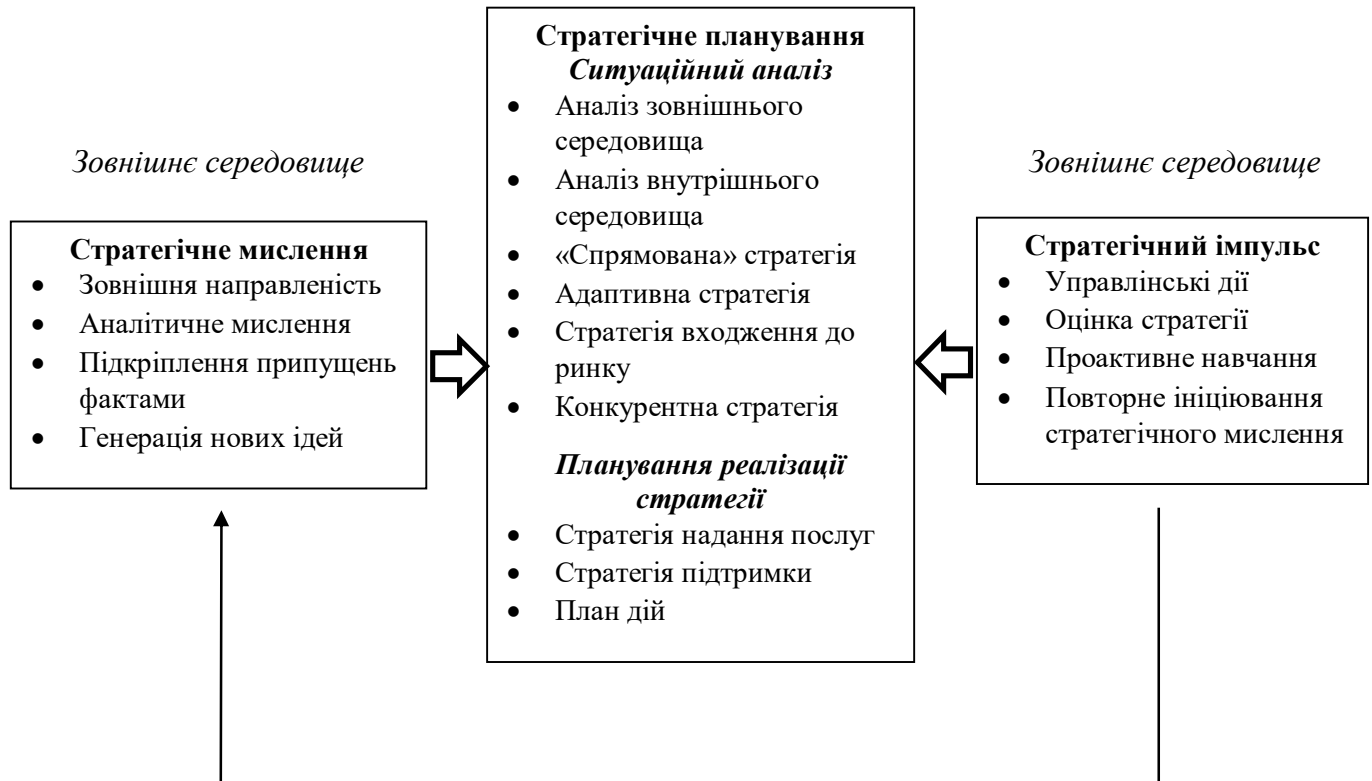


Рис. 3.3. Модель стратегічного мислення в процесі стратегічного менеджменту

Також вони мають формувати план дій для стратегічного планування, що складається з трьох етапів: 1) ситуаційний аналіз; 2) формування стратегії; та 3) реалізація стратегії. Стратегічне планування – це процес прийняття управлінських рішень, як структурованих, так і неструктурованих. Після розробки стратегії менеджери повинні управляти «стратегічним імпульсом» закладу: оцінювати його результат, аналізувати позитивні сторони та недоліки та стимулювати нове стратегічне мислення.

Потреба в стратегічному мисленні в рамках управління закладами охорони здоров'я є високою, проте його розвиток ускладнюється такими причинами:

- 1) недостатнім рівнем компетентності управлінських кадрів закладів охорони здоров'я;
- 2) відсутністю спеціальної освіти у сфері управління в керівників закладів охорони здоров'я;

- 3) небажанням управлінських кадрів та персоналу розвиватися та запроваджувати нові технології управління;
- 4) обмеженість фінансових ресурсів;
- 5) обмеженість організаційних ресурсів;
- 6) нерозвиненість корпоративної культури закладів охорони здоров'я (особливо це стосується державного сектору);
- 7) стагнацією галузі охорони здоров'я України.

Поява ефективних інноваційних, стратегічно активних закладів охорони здоров'я та підвищення рівня конкуренції на ринку медичних послуг призводить до необхідності розвитку механізмів застосування стратегічного менеджменту в управлінні цими закладами, а також до посилення ролі керівника медичного закладу як стратега й новатора.

Висновки до розділу 3

На основі проведеного дослідження можна зробити наступні висновки:

1. Динамічний процес стратегічного управління з його теоретичними і практичними аспектами є основою для всіх організаційних рішень і виглядає як своєрідна парасолька, під якою перебувають всі управлінські функції. Особливістю стратегічного управління в сфері охорони здоров'я є той факт, що стратегічні плани, які розробляються, є дуже часто придатними для ідеальної ситуації, проте дійсність, в якій реалізується стратегія, може більшою чи меншою мірою відрізнитися від неї. Тому важливим елементом будь-якого стратегічного плану є розробка варіантів дій при ситуаціях, коли такі відмінності стануть дуже значними. І саме такий елемент стратегічного управління сьогодні є «слабкою ланкою» під час планування роботи галузі. Обґрунтування і розробка мінімум трьох сценаріїв щодо всіх напрямків діяльності («базового», «песимістичного» і «оптимістичного») з урахуванням підходів ризик-менеджменту може стати запорукою покращення процесу стратегічного управління в сфері охорони здоров'я.

2. Сьогодні заклади охорони здоров'я працюють в умовах постійних динамічних змін. Тому керівникам необхідно впоратися з цими бурхливими змінами та зробити так, щоби заклади отримали конкурентні переваги від цих змін, уникаючи нових загроз. Сучасні керівники потребують нового типу мислення – проактивного та критичного, що і є стратегічним мисленням. Отже, сучасний медичний менеджмент потребує розробки науково обґрунтованої стратегії управління та розвитку закладами охорони здоров'я. Освоєння інструментів та методів стратегічного управління закладами охорони здоров'я на основі створення та розвитку відповідної наукової теоретико-методологічної бази, яка враховує специфіку галузі охорони здоров'я, є необхідною умовою подальшого реформування національної сфери охорони здоров'я та формування державної політики в цій галузі.

ВИСНОВКИ

Здоров'я нації є найважливішим фактором розвитку економіки будь-якої країни, рівня якості життя та добробуту населення. Система охорони здоров'я України повинна забезпечувати громадянам країни доступність медичних послуг, що їм найбільш потрібне, характеризуватися високою якістю й безпекою медичних послуг.

Одним із найважливіших напрямків реформування та удосконалення організації діяльності медичних установ є запровадження інноваційних підходів до планування їх функціональної та управлінської діяльності. У цілому, планування системи охорони здоров'я - це обґрунтування і розробка певного співвідношення потреб населення в медичній допомозі, лікарському забезпеченні і санітарно-протиепідемічному обслуговуванні з можливостями їх задоволення.

Основними принципами ефективно організації управлінських процесів в медичних установах повинні стати: функціонування і розвиток охорони здоров'я для забезпечення соціальних гарантій отримання населенням необхідної медико-соціальної допомоги; єдність цілей на національному, регіональному та муніципальному рівнях організації й управління, поєднання прогнозів розвитку на поточний і перспективний періоди; наукова обґрунтованість розвитку галузі охорони здоров'я; забезпечення ефективного використання матеріальних, фінансових, трудових та інших ресурсів; відповідність засобів та ресурсів, що виділені на потреби охорони здоров'я, потребам населення в отриманні медичної допомоги та послуг.

Сучасний медичний заклад є великою багатопрофільною лікувально-профілактичною, в багатьох випадках – інноваційною, науково-дослідною організацією, призначеною надавати спеціалізовану медичну допомогу, здійснювати комплекс профілактичних заходів з оздоровлення населення і попередження захворювань, забезпечувати дотримання державних соціальних гарантій в сфері охорони здоров'я та досягнення якості життя громадян.

В умовах динамічних процесів реформування системи охорони здоров'я України актуалізується потреба вироблення відповідної стратегії розвитку та застосування спеціального інструментарію стратегічного управління таким багатоаспектним об'єктом управління як заклад охорони здоров'я.

Стратегічне управління – це один з системоутворюючих інструментів менеджменту, який дозволяє забезпечувати ефективний розвиток закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) в напрямку досягнення обґрунтованих цілей та завдань в умовах змінюваного зовнішнього і внутрішнього середовища на основі раціонального використання конкурентних переваг та всіх складових його ресурсного потенціалу.

Впровадження стратегічного управління в систему менеджменту закладу охорони здоров'я потребує єдиного розуміння, погодженості дій, підтримки владних структур усіх рівнів, а також ув'язки обсягів та структури медичної допомоги з очікуваними фінансовими ресурсами на основі максимально чіткого визначення державних гарантій щодо медичної допомоги населенню.

В умовах посилення конкуренції медичних закладів успішно можуть розвиватись лише ті, для яких процес розробки і реалізації стратегії став реальним інструментом менеджменту.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агарков В.І. Макроорганізаційні принципи формування ринкових відносин у громадській охороні здоров'я / В.І. Агарков, С.В. Грищенко. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2016. № 4. С. 71 – 75.
2. Балусєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: навч. посібник / О.В. Балусєва. 2008. 354 с.
3. Бобровський А.Є. До проблем стратегічного управління закладами охорони здоров'я. *Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи* : збірник тез доповідей всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю Тернопіль–Кам'янець-Подільський, ТНЕУ, 12-13 грудня 2018 р. С.24-28.
4. Васюк Н.О. Мировой опыт подготовки современных менеджеров системы здравоохранения . *Главныйврач*. 2012 . №1. С.21 – 26.
5. Велещук С.С. Опорний конспект лекцій з дисципліни "Адміністративний менеджмент". Тернопіль: ТНЕУ, 2015.
6. Гладун З. Заклад охорони здоров'я: основи правового статусу. *Право України*. 2009. № 6. С. 56 – 62.
7. Голяченко О.М. Українська здоровоохорона: як вийти із кризи. Тернопіль: Лілея, 2012. 98 с.
8. Давидович Я.Є. Медико-соціальні аспекти проблеми здоров'я населення України. *Новостимедицины и фармации*. 2012. № 19 (227). С. 29-30.
9. Деякі питання організації первинної медико-санітарної допомоги у період реформи. *Управління закладом охорони здоров'я* . 2014. №8 . С .23.
10. Дудкіна О. П., Кривокульська Н.М. Опорний конспект лекцій з дисципліни «Адміністративний менеджмент» : навч.-метод. посібник. Тернопіль: ФОП Паляниця В. А., 2018. 101 с.
11. Жуков Г. М. Практичні та теоретичні аспекти управління здоров'ям населення. *Охорона здоров'я України*. 2012. № 1. С. 32-35.

12. Інформаційний центр сімейної медицини. URL. : <http://www.moz.gov.ua/ua/main/sitemap/>.
13. Іпатов А.В. Напрямки реформування первинної медико-санітарної допомоги в Україні: монографія. Дніпропетровськ, ПОРОГИ, 2010. 260 с.
14. Карамішев Д.В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я (державно-управлінські аспекти): Монографія. Х.: Вид-во ХарПІ НАДУ "Магістр", 2014. 304 с.
15. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України / затверджена Указом Президента України від 7.12.2000 р. – № 1313/2000.
16. Куценко В. І. Сфера охорони здоров'я: соціально-економічні та регіональні аспекти: монографія. / В.І. Куценко, Г. І. Трілленберг. К., 2005. 367 с.
17. Лаврів Л.А. Планування діяльності організації : навч.посібник. Тернопіль: Крок, 2013. 320 с.
18. Лепський. В. В. Стратегічне управління сучасними медичними закладами.*Вісник Черкаського державного технологічного університету.* Серія: технічні науки, 2016. № 4. С.62-67
19. Лехан В.М. Нові підходи до організації первинної медико-санітарної допомоги. *Главныйврач.* 2012. №1(9). С. 33–41.
20. Лебедик С. В. Підходи до визначення поняття «охорона здоров'я» :*Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки:* збірник тез доповідей всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю. Тернопіль, ТНЕУ, 15 травня 2020 р.
21. Мельник А.Ф. Менеджмент державних установ і організацій: навч. посіб. / А.Ф. Мельник, А.Ю. Васіна, Н.М. Кривокульська. К.: ВД «Професіонал», 2006. 464 с.

22. Методичні рекомендації МОЗ України «Модель надання первинної медичної допомоги міському населенню», затверджені 23.02.2012р. *Нормативні документа МОЗ України*, 2012. 34 с.

23. Методичні рекомендації МОЗ України «Організація надання невідкладної медичної допомоги у центрі первинної медико-санітарної допомоги» затверджені 29.03.2012р. *Нормативні документа МОЗ України*, 2012. 48 с.

24. Методичні рекомендації щодо планування видатків та використання бюджетних коштів для надання медичної допомоги закладами охорони здоров'я / МОЗ України, ДУ «Укр. ін-т стратегічних досліджень МОЗ України»; уклад.: Г. О. Слабкий, Ю. Б. Яценко. К., 2010. 29 с.

25. Медичні рекомендації Міністерства охорони здоров'я з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства / Схвалено Робочою групою з питань реформи фінансування сфери охорони здоров'я України від 14 лютого 2018 року. 84 с.

26. Мескон М. Х. Основы менеджмента / М. Х. Мескон, М. Альберт, Ф. Хедоури ; [пер. с англ.]. М. : Вильямс, 2009. 672 с.

27. Модель наступності медичної допомоги сільському населенню в умовах впровадження сімейної медицини : метод. рекомендації / МОЗ України, ДУ «Укр. ін-т стратегічних досліджень МОЗ України»; уклад. : В. Л. Весельський, В. Г. Слабкий, Ю. Б. Яценко. К., 2010. 19 с.

28. Мороз В.М., Охорона праці в медицині і фармації : навч. посібн. Вінниця: Нова книга, 2015. 544 с.

29. Моргулець О. Б. Менеджмент у сфері послуг : навч. посіб. для студ. ВНЗ / О. Б. Моргулець. К. : ЦУЛ, 2012. 383 с.

30. Москаленко В. Ф. Підсумки законодавчої діяльності у галузі охорони здоров'я України . *Український медичний часопис*. 2013. № 4. С. 39-45.

31. Москаленко В.Ф. Основні здобутки у сфері охорони здоров'я за роки незалежності України. *Охорона здоров'я України*. 2010. №3(3). С. 4-12.

32. Надута Г.М., Надутий К.О., Жаліло Л.І. Порівняння економічної ефективності двох організаційних моделей ПМСД: поліклінічної (традиційної) і ПМСД, що надається приватними лікарями загальної медичної практики (на прикладі м. Комсомольська Полтавської області)..*Главныйврач*. 2014. № 4(36). 43–45.
33. Надюк З. Управління якістю надання медичної допомоги на сучасному етапі розвитку українського суспільства . *Зб. наук. праць. НАДУ*. – 2015. Вип. 1. С. 176-183.
34. Науково обґрунтовані підходи до кваліфікаційної характеристики лікаря загальної практики – сімейного лікаря з позиції компетентнісного підходу : метод. рекомендації / НМАПО ім. П. Л. Шупика, ДУ «Укр. ін-т стратегічних досліджень МОЗ України»; уклад. : Л. Ф. Матюха, Н. Г. Гойда, . К., 2016. 27 с.
35. Новіков Б.І. Основи адміністративного менеджменту:Б.І.Новіков, Г.Ф.Сініюк, П.В Круш: навч. посіб. К.: Центр навчальної літератури, 2004. 560 с
36. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я України: монографія / Під заг. ред. В.М. Лехан, В.М. Рудого. К.: Вид-во Раєвського, 2015. 168 с.
37. Охорона здоров'я в регіонах: влада і громада: *Збірник матеріалів по дослідженню політики стосовно охорони здоров'я в Україні*. Одеса, 2017. 115 с.
38. Пономаренко В.М. Актуальні питання становлення інформаційного забезпечення ПМСД на засадах сімейної медицини / В.М. Пономаренко, В.М Бодак.*Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*.2012. №4. С.9-12.
39. Постанова Кабміну України “Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року” № 815 від 13 червня 2007 р.URL // <http://zakon1.rada.gov.ua>.

40. Проект Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 від 04.12.2014. URL : <http://www.apteka.ua/article/315522>

41. [Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII](https://1medvip.expertus.ua/#/document/94/41582/) URL. : <https://1medvip.expertus.ua/#/document/94/41582/>

42. Про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій : Постанова КМУ від 25.04.2018 № 410. URL. : <https://1medvip.expertus.ua/#/document/94/48283/>

43. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України. <http://zakon1.rada.gov.ua>.

44. План заходів щодо інформаційної підтримки реформування охорони здоров'я у рамках Програми економічних реформ на 2010–2014 роки / Реформа медичного обслуговування. Інформаційний супровід реформ. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/hsr_infsr/.

45. Проект Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 від 04.12.2014. URL: <http://www.apteka.ua/article/315522>

46. Програма Європейського регіонального бюро ВООЗ «Здоров'я 2020: основи європейської політики на підтримку дій держави та суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя», 2012 URL: http://moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20150311_0.html.

47. Про затвердження Порядку створення госпітальних округів. Постанова Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 932. URL: www.kmu.gov.ua/ua/npras/249582611

48. Програма Європейського регіонального бюро ВООЗ «Здоров'я 2020: основи європейської політики на підтримку дій держави та суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя», 2012 URL: http://moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20150311_0.html

49. Радиш Я.Ф. Державне управління охорони здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування : монографія. К.: Вид-во УАДУ, 2001. 360 с.
50. Слабкий Г.О. Ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні: посібн. . К., 2010 . 28 с.
51. Солоненко Н. Удосконалення механізмів державного управління перебудовою галузі охорони здоров'я в Україні в контексті суспільних потреб.*Державне управління в Україні: реалії та перспективи: Зб. наук. праць НАДУ.* К., 2015. С. 424-431.
52. Сміянов В.А. Організаційно-методологічний підхід до управління якістю медичної допомоги у закладі охорони здоров'я. / В.А. Сміянов, А.В. Степаненко.*Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я.* 2013. №3. С.11-17.
53. Шевцов В.Г. Державне управління розвитком медичної допомоги в Україні: теоретичні аспекти / В. Г. Шевцов. *Публічне адміністрування: теорія та практика: зб. наук. праць.* Дніпропетровськ: ДРІДУ НАДУ. 2010. Вип. 1(3). URL: <http://www.dridu.dp.ua /zbirnik/index.html>.
54. Шершньова З.Є. Стратегічне управління: Підручник. 2-ге вид., перероб. і доп. / З. Шершньова. К.: КНЕУ, 2004. – 699 с.
55. Шкільняк М.М., Овсянюк-Бердадіна О.Ф., Крисько Ж.Л., Демків І.О. Менеджмент: Навч. посібник. Тернопіль: Крок, 2017. – 252 с.