

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

ТЕРЛЕЦЬКА Марта Ярославівна

**Управління функціональною діяльністю закладу
охорони здоров'я / Management of the functional
activity of the health care institution**

спеціальність 073 «Менеджмент»
освітньо-професійна програма
«Менеджмент закладів охорони здоров'я»

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи
МЗОЗзм-21
М.А. Терлецька

Науковий керівник:
к.е.н., доцент А.Ю. Жуковська

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту

«___» _____ 20__ р

Завідувач кафедри

_____ М.М. Шкільняк

ТЕРНОПІЛЬ – 2023

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	7
1.1. Поняття та принципи функціональної діяльності амбулаторно- поліклінічних закладів.....	7
1.2. Особливості організації роботи міської поліклініки.....	13
Висновки до розділу 1	21
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ КНП «5-А МІСЬКА КЛІНІЧНА ПОЛІКЛІНІКА М. ЛЬВОВА»	23
2.1. Діагностика системи управління функціональною діяльністю досліджуваного закладу охорони здоров'я.....	23
2.2. Аналіз ресурсного забезпечення системи управління функціональною діяльністю досліджуваного закладу охорони здоров'я	32
2.3. Оцінка ефективності системи управління функціональною діяльністю досліджуваного закладу охорони здоров'я.....	40
Висновки до розділу 2	46
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	49
3.1. Шляхи адаптації системи управління функціональною діяльністю закладу охорони здоров'я до умов цифровізації.....	49
3.2. Концепція ощадливого управління діяльністю закладу охорони здоров'я	55
Висновки до розділу 3	66
ВИСНОВКИ	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	73

ВСТУП

Актуальність проблеми. У сучасних умовах розвитку вітчизняної охорони здоров'я особливої значущості набувають заходи щодо наближення медичної допомоги до населення, розвитку системи надання медичної допомоги, що включає заходи щодо профілактики, діагностики, лікування захворювань і станів, медичної реабілітації, спостереження за перебігом вагітності, формування здорового способу життя та санітарно-гігієнічній освіті населення. Ці послуги, як правило, надаються в амбулаторних умовах.

Ідеологами вітчизняної охорони здоров'я було створено систему надання амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню. Амбулаторно-поліклінічна допомога – це позалікарняна медична допомога, що надається особам, які приходять на прийом до лікаря, та вдома. Цей вид медичної допомоги є найбільш масовим та загальнодоступним, має першорядне значення для медичної допомоги населенню. Амбулаторно-поліклінічні установи – це провідна ланка у системі організації первинної медико-санітарної допомоги. Амбулаторно-поліклінічна допомога включає профілактичні, лікувально-діагностичні та реабілітаційні заходи, спрямовані на зниження захворюваності, інвалідності та смертності. Для цього виду допомоги характерна спеціалізація та багаторівнева система надання.

Зважаючи на виняткову важливість амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню особливої актуальності набуває дослідження ефективності управління функціональною діяльністю амбулаторно-поліклінічних закладів.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Наукові пошуки дієвих механізмів та інструментів управління у різних галузях і сферах, в тому числі і в сфері охорони здоров'я, активно здійснюють такі українські вчені, як: М. Білинська, О. Баєва, З. Гладун, Д. Карамішев, В. Лазоришинець, В. Луговий, В. Лобас, З. Надюк, Н. Нижник, А. Пільтяй, М. Ткач, І. Фуртак, О. Черниш, В. Шафранський, Н. Ярош та інші. Значний науковий доробок в сфері управління охороною здоров'я, яке реалізується в умовах динамічного внутрішнього та зовнішнього середовища, зосереджений у наукових працях

В. Базилевича, В. Білої, Г. Боднара, Л. Гриценко, С. Демченко, В. Євсєєва, С. Кацури, К. Павлюка. Вагомий науковий внесок у дослідження різних аспектів публічної політики в сфері охорони здоров'я внесли такі науковці, як В. Лобас, Ю. Вороненко, Н. Гойда, Д. Карамішев, Я. Радиш, В. Лехан, Г. Слабкого, Н. Солоненко, Н. Грицяк та ін. Засади державного регулювання сфери охорони здоров'я відображені у наукових дослідженнях М. Білинської, Н. Кризиної, З. Надюк, Н. Ярош, В. Лазоришинець, В. Москаленко, М. Шутова та інших. Проте попри значений інтерес вчених до питань управління соціальними системами, до яких належить сфера охорони здоров'я, управління функціональною діяльністю закладу охорони здоров'я не було визначено предметом спеціальних досліджень, що й зумовило наукову актуальність і практичну значущість даного дослідження, визначило його головну мету та основні завдання.

Метою кваліфікаційної роботи є розвиток теоретичних положень та вироблення практичних рекомендацій щодо підвищення ефективності управління функціональною діяльністю поліклініки.

Для досягнення мети кваліфікаційної роботи були поставлені та вирішувались наступні завдання:

- вивчити поняття та принципи функціональної діяльності амбулаторно-поліклінічних закладів;
- ідентифікувати особливості організації роботи міської поліклініки;
- продіагностувати систему управління функціональною діяльністю досліджуваного закладу охорони здоров'я;
- проаналізувати ресурсне забезпечення системи управління функціональною діяльністю досліджуваного закладу охорони здоров'я;
- оцінити ефективність системи управління функціональною діяльністю досліджуваного закладу охорони здоров'я;
- запропонувати шляхи адаптації системи управління функціональною діяльністю закладу охорони здоров'я до умов цифровізації;
- розробити рекомендації по впровадженню концепції ощадливого

управління у діяльність закладу охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження у кваліфікаційній роботі є процес управління функціональною діяльністю поліклініки.

Предметом дослідження у кваліфікаційній роботі є методи управління функціональною діяльністю поліклініки.

Для досягнення сформульованої мети та вирішення визначених завдань при проведенні дослідження використовувались такі **методи**:

– метод анкетування – для оцінки рівня інформатизації у закладах охорони здоров'я України; для оцінки задоволеності пацієнта якістю медичних послуг закладу охорони здоров'я; для оцінки залученості персоналу закладу охорони здоров'я до впровадження ощадливих технологій;

– метод моделювання – для розробки організаційної моделі управління наданням первинної медичної допомоги закладом охорони здоров'я; для формування системи показників якості управління ресурсами та організації медичної допомоги в закладі охорони здоров'я;

– економіко-математичні методи – для прогнозування ефекту від ухвалення управлінського рішення в ході управління функціональною діяльністю закладу охорони здоров'я в умовах стаціонару; для розрахунку залученості персоналу до процесу надання медичних послуг та задоволеності пацієнтів їх якістю;

– кореляційно-регресійний аналіз – для визначення характеру залежності вираженості синдрому емоційного вигорання від тривоги, депресії, лідерського потенціалу, навичок комунікації з підлеглими та навичок комунікації з керівниками;

– метод КРІ – для оцінки ефективності функціональної діяльності закладу охорони здоров'я.

Наукова новизна кваліфікаційної роботи полягає у розвитку теоретичних основ управління функціональною діяльністю поліклініки.

Практичне значення результатів дослідження полягає в тому, що розроблені в ньому теоретичні положення та наведені практичні рекомендації

щодо імплементації концепції ощадливого управління в систему управління функціональною діяльністю поліклініки можуть бути використані в роботі КНП «5-а МКЛ м. Львова» та інших амбулаторно-поліклінічних закладів України.

Апробація. За матеріалами проведеного дослідження опубліковано двоє тез доповідей: на тему «Управління функціональною діяльністю закладу охорони здоров'я» у збірнику тез доповідей IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю « Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів» [36] (4 травня 2023 року, м. Тернопіль) та на тему «Напрямки удосконалення механізмів управління функціональною діяльністю закладу охорони здоров'я» у збірнику тез доповідей Наукової інтернет-конференції молодих вчених, аспірантів та студентів кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні» [37] (24 листопада 2023 року, м. Тернопіль).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Поняття та принципи функціональної діяльності амбулаторно-поліклінічних закладів

Амбулаторно-поліклінічна допомога – це найдоступніший і наймасовіший вид медичної допомоги. Її одержують щорічно близько 80% усіх хворих. У середньому протягом року кожен мешканець країни 9 разів відвідує поліклініку чи викликає лікаря додому. Даний вид медичної допомоги характеризується такими особливостями:

- 1) більша частина амбулаторно-поліклінічних закладів надає первинну медико-соціальну допомогу та забезпечує медичну допомогу переважно за місцем проживання з урахуванням інтересів громадян;
- 2) вирішення проблем здоров'я населення (лікування, профілактика та ін.) здійснюється або на базі амбулаторно-поліклінічних установ, або вдома;
- 3) це найдешевший вид медичної допомоги порівняно з іншими (стаціонарним, санаторно-курортним);
- 4) амбулаторно-поліклінічний вид допомоги гарантований законами та іншими нормативно-правовими актами.

Амбулаторно-поліклінічну допомогу надають всі поліклініки, різні види диспансерів, жіночі консультації, амбулаторії, медичні пункти. Поліклініки можуть входити до складу об'єднаної лікарні або бути самостійними установами. Фельдшерсько-акушерські пункти (ФАП) не є самостійним закладами охорони здоров'я, а є їх структурними підрозділами. Медичні пункти (лікарські, фельдшерські) також на даний час є структурними підрозділами закладів охорони здоров'я або організацій та призначені для надання першої медичної допомоги працівникам, службовцям та учням. Жіночі консультації належать до установ системи охорони материнства та

дитинства.

Основними принципами амбулаторно-поліклінічної допомоги є: 1) дільничність; 2) доступність; 3) профілактична спрямованість; 4) наступність і взаємозв'язок у здійсненні лікувально-профілактичної діяльності.

1. Дільничний принцип на основі свободи вибору лікаря (лікаря загальної практики, дільничного). До запровадження обов'язкового соціального страхування (1991 рік) основним принципом організації лікувально-профілактичної амбулаторної допомоги населенню був дільнично-територіальний принцип. При реалізації цього принципу за амбулаторно-поліклінічними установами закріплюються певні території, поділені своєю чергою на територіальні ділянки.

Дільничний принцип організації медичного обслуговування населення, що забезпечує доступність та якість медичної допомоги, є основною формою організації діяльності амбулаторно-поліклінічних установ, які надають первинну медико-санітарну допомогу населенню територіальних громад.

При цьому обов'язково повинні враховуватися критерії територіальної (у тому числі транспортної) доступності долікарської, лікарської та швидкої медичної допомоги, а також інформація про чисельність, щільність, віковий і статевий склад населення, рівень захворюваності, географічні та інші особливості території.

В амбулаторно-поліклінічних та стаціонарно-поліклінічних закладах можуть бути організовані лікарські ділянки: терапевтичний; педіатричний; лікаря загальної практики; сімейного лікаря; комплексна терапевтична ділянка.

Чисельність прикріпленого населення на лікарських ділянках, що рекомендується, відповідно до нормативної штатної чисельності медичного персоналу становить: 1) на терапевтичній ділянці – 1700 осіб дорослого населення віком 18 років та старше; 2) на педіатричній ділянці – 800 осіб дитячого населення 0-17 років включно; 3) на ділянці лікаря загальної практики – 1500 осіб дорослого населення віком 18 років та старше; 4) на ділянці сімейного лікаря – 1200 осіб дорослого та дитячого населення; 5) на

комплексній терапевтичній ділянці – 2000 і більше осіб дорослого та дитячого населення.

Комплексна терапевтична ділянка формується із населення лікарської ділянки амбулаторно-поліклінічної або стаціонарно-поліклінічної установи з недостатньою чисельністю прикріпленого населення (малокомплектна ділянка) або населення, яке обслуговує лікар-терапевт амбулаторії та населення, яке обслуговує фельдшерсько-акушерські пункти.

В установах системи охорони материнства та дитинства організуються також акушерсько-гінекологічні ділянки (з розрахунку 1 дільниця на 6000 дорослого населення або (якщо у складі населення понад 55% жінок) із розрахунку 3300 жінок на ділянку).

За ділянкою закріплено лікаря та медичну сестру, які в рамках своєї компетенції повинні здійснювати ведення паспорта лікарської ділянки, інформаційної (комп'ютерної) бази даних стану здоров'я населення, яке обслуговується ними.

У медико-санітарних частинах обслуговування працівників здійснюється за принципом цехової дільничності.

Закріплення певних територій за амбулаторно-поліклінічною установою (лікарем) дає багато переваг у забезпечення медичного обслуговування населення, головною із яких є повна поінформованість поліклініки та окремих лікарів про населення, тобто про демографічну ситуацію, захворюваність, умови життя, праці та ін.

Відомий лікар та один із організаторів системи охорони здоров'я Н.А. Семашко писав, що «дільничний принцип дає можливість лікуючому лікарю краще знати свою ділянку, умови праці та побуту свого населення, виявляти людей, які часто і довго хворіють, знати своїх пацієнтів, проводити не тільки лікувальні, а й профілактичні заходи, краще боротися з виникненням та поширенням інфекційних хвороб» [9]. Дільничний лікар стає по суті домашнім лікарем. Дотримання дільничного принципу підвищує відповідальність лікаря за долю хворих та, зрештою, визначає ефективність

роботи поліклініки загалом. Постаріння населення, зростання числа хронічних захворювань, диференціація та спеціалізація медичної допомоги зумовили доцільність поширення дільничного принципу на роботу лікарів інших спеціальностей. Кожному терапевтичному відділенню були надані лікарі-фахівці – хірург, невропатолог, отоларинголог та окуліст, а за наявності стоматологічного відділення – лікарі-стоматологи. Такий метод отримав назву бригадного, при цьому зазначені фахівці стали обслуговувати хворих із певних терапевтичних ділянок як в поліклініці, так і вдома.

В умовах монопольної державної системи закріплення населення за дільничним лікарем за територіальним принципом було виправданим, тому що дозволяло йому працювати фактично сімейним лікарем. Внаслідок цього дільничний лікар мів: 1) встановлювати динаміку здоров'я постійного контингенту населення ділянки (демографічний склад, показники захворюваності, інвалідності); 2) вивчати умови життя, сімейні та психологічні чинники, що впливають на здоров'я населення; 3) організовувати санітарно-протиепідемічні та лікувально-профілактичні заходи на своїй ділянці; 4) мати довірчий психологічний контакт із населенням.

Проте з розвитком спеціалізованої медичної допомоги дільничний лікар згодом перетворився, по суті, на дільничного терапевта з акцентом на лікування та профілактику переважно терапевтичної патології, що призвело до зниження його кваліфікації як лікаря широкого профілю. Крім того, висока плінність кадрів дільничних терапевтів, відсутність у них зацікавленості у вдосконаленні своїх знань та вмінь спричинило зниження якості медичної допомоги і відповідно втрату довіри населення до таких лікарів.

Істотним недоліком територіально-дільничного принципу була також відсутність свободи вибору лікаря. Сьогодні цей недолік подолано, за пацієнтом закріплено право на вибір лікаря та вибір закладу охорони здоров'я, в якому від отримуватиме медичну допомогу.

2. Доступність амбулаторно-поліклінічної допомоги забезпечується широкою мережею амбулаторно-поліклінічних установ, що діють по всій

території України. Будь-який житель країни фактично не має перешкод для звернення до амбулаторно-поліклінічної установи, як за місцем проживання, так і на тій території, де він наразі перебуває. Доступність амбулаторно-поліклінічної допомоги забезпечується її безплатністю за основними видами в рамках програми державних гарантій надання громадянам безкоштовної медичної допомоги.

3. Профілактична спрямованість амбулаторно-поліклінічної допомоги виражається насамперед у диспансерному методі роботи багатьох установ. Це метод, який має на увазі активне динамічне спостереження за станом здоров'я окремих контингентів населення (можна говорити про принцип активного диспансерного спостереження за здоров'ям населення).

Диспансерний метод використовується в роботі з певними групами здорових людей (діти, вагітні, військовослужбовці, спортсмени тощо), а також з хворими, які підлягають диспансерному спостереженню. При використанні диспансерного методу здійснюється взяття цих контингентів на облік з метою раннього виявлення захворювань, а надалі – диспансерне спостереження, комплексне лікування, проведення заходів щодо оздоровлення умов праці та побуту, попередження розвитку та поширення хвороб, відновлення працездатності та продовження періоду активної життєдіяльності.

У період реформування всієї системи охорони здоров'я населення змінилися пріоритети у діяльності поліклініки в напрямку профілактики захворювань, інвалідності та смертності. З розвитком економічних аспектів діяльності поліклініки (багатоканальність фінансування, впровадження системи обов'язкового медичного страхування та платної медицини) профілактична робота поліклініки здійснюється переважно за такими напрямками: 1) проведення профілактичних медичних оглядів декретованих контингентів (за списком) відповідно до договорів; 2) проведення профілактичних оглядів контингентів з факторами ризику (груп ризику) з використанням скринінг-методів; 3) диспансерне спостереження за хворими з хронічними захворюваннями, інвалідами та особами особливого соціального

статусу (військовими) шляхом активного проведення комплексу профілактичних заходів.

Важливим елементом профілактичної роботи амбулаторно-поліклінічних установ є робота з проведення вакцинації населення. Дитячому населенню профілактичні щеплення проводяться у відповідності до календаря щеплень, дорослому населенню – за показаннями та епідеміологічною ситуацією в регіоні.

4. Наступність та взаємозв'язок у здійсненні лікувально-профілактичної діяльності. Цей принцип полягає у єдності підходів до вирішення медичних проблем на всіх етапах надання лікувально-профілактичної допомоги пацієнтам як усередині конкретної установи, так і між різними закладами охорони здоров'я.

Наступність та взаємозв'язок у внутрішній роботі поліклініки забезпечується організаційно-функціональними обов'язками лікарів різних спеціальностей (внутрішні зв'язки). Так, дільничний терапевт за потреби призначає консультування хворих у вузьких фахівців: ендокринолога, невролога, офтальмолога тощо. Частина хворих, які потребують постійного динамічного профілактичного лікування, перебувають на диспансерному обліку у фахівців, а не у дільничного терапевта. У разі потреби хворий може бути направлений на консультацію у поліклініку, консультативно-діагностичний центр, диспансер за профілем захворювання. Між усіма ланками первинної медико-санітарної допомоги має існувати наступність, що дозволяє виключати дублювання обстежень та ведення медичної документації, забезпечувати комплексність лікування та діагностики, об'єднання зусиль у профілактичній роботі.

На одному з етапів реформування вітчизняної амбулаторно-поліклінічної допомоги цей принцип реалізувався шляхом створення територіальних медичних об'єднань – ТМО. ТМО не виключало й інші види об'єднань із стоматологічними поліклініками, шкірно-венерологічними диспансерами, стаціонарами. В даний час даний принцип реалізується та

отримує свій розвиток у вигляді наступності та взаємозв'язку роботи лікарів загальної практики, сімейних лікарів з лікарями-фахівцями.

Отже, амбулаторно-поліклінічна допомога населенню надається на основі принципів дільничності, масовості, загальнодоступності, профілактичної спрямованості, професіоналізму роботи лікарів і середнього медичного персоналу. Дотримання цих принципів в процесі організації та безпосереднього надання лікувально-профілактичної допомоги дозволяє надавати медичні послуги високої якості та сприяти зміцненню громадського здоров'я.

1.2. Особливості організації роботи міської поліклініки

Сучасна поліклініка є великою багатoproфільною, спеціалізованою лікувально-профілактичною установою, призначеною надавати медичну допомогу та здійснювати комплекс профілактичних заходів щодо оздоровлення населення та попередження захворювань.

Основними завданнями сучасної міської поліклініки є: 1) надання первинної медико-соціальної допомоги: лікування гострих захворювань та травм, загострень хронічних захворювань; попередження рецидивів (загострень) хронічних захворювань; проведення комплексу відновного лікування; 2) надання найбільш поширених видів спеціалізованої медичної допомоги: хірургічної, кардіологічної, неврологічної, оториноларингологічної, офтальмологічної та ін.; 3) збір інформації про стан здоров'я населення (захворюваність, інвалідність, смертність); 4) участь у розробці та здійсненні профілактичних заходів відповідно до територіальних програм профілактики, в т.ч. участь у проведенні протиепідемічних заходів та гігієнічного виховання населення; 5) проведення експертизи тимчасової непрацездатності та експертизи медико-соціальних проблем.

При плануванні діяльності поліклініки повинна враховуватись потреба населення в поліклінічній допомозі, яка визначається на основі звертання населення до поліклініки, тобто за кількістю відвідувань на 1 мешканця на рік.

Крім відвідувань із приводу захворювань, необхідно враховувати й профілактичні відвідування, які становлять приблизно 30-35% від загальної кількості відвідувань. Однак у зв'язку із розширенням диспансеризації кількість їх поступово збільшуватиметься.

Потужність поліклініки визначається плановими можливостями відвідин за зміну. Зазвичай їх кількість коливається від 250 до 1200 і більше, а кількість населення, що обслуговується - від 15 до 100-120 тис. осіб (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Групування поліклінік за категоріями

Категорії	Кількість відвідувань лікарів за зміну	Кількість населення, що обслуговується
1 група (категорія)	більше 1200	більше 80 тис.
2 група (категорія)	751-1200	50-79 тис.
3 група (категорія)	501-750	33-44 тис.
4 група (категорія)	251-500	17-32 тис.
5 група (категорія)	250	до 17 тис.

Примітка. Наведено за [13]

В основу планування діяльності поліклініки та її штату повинна бути покладена чисельність населення, що обслуговується поліклінікою, його віковий і статевий склад, рівень і специфіка захворюваності.

Окрім надання допомоги основному населенню в обов'язок поліклініки входить обслуговування працівників промислових підприємств, які перебувають на її території та не мають медико-санітарних частин.

При формуванні терапевтичних ділянок для забезпечення рівних умов роботи дільничних лікарів повинні враховуватись довжина ділянки, тип її забудови, віддаленість від поліклініки, наявність автотранспорту та інші фактори.

У містах поліклініки розміщуються за принципом ступінчастості з урахуванням медико-санітарного зонування. Існують три основні рівні поліклінік: 1) загальноміський – для надання вузькоспеціалізованої медичної допомоги населенню всього міста у поліклінічних установах міського рівня (консультаційні центри та поліклініки медичних вузів, науково-дослідні

інститути, міські диспансери); 2) у великих містах – рівень медико-санітарних зон – для надання спеціалізованої допомоги населенню кількох адміністративних районів (консультативні поліклініки при багатoproфільних лікарнях); 3) районний рівень – для надання медичної допомоги за основними медичними спеціальностями населенню одного адміністративного району. На цьому рівні має бути два типи поліклінік: 1) в одному мікрорайоні – типова поліклініка, що надає медичну допомогу за основними спеціальностями (терапії, хірургії, неврології, офтальмології, оториноларингології, кардіології, ревматології); в іншому – базова поліклініка, де окрім прийому за основними спеціальностями організований прийом та консультації хворих за деякими вузькими спеціальностями, які не представлені у типових поліклініках. У складі таких поліклінік організовані спеціалізовані діагностичні відділення чи кабінети (електрофізіологічні, радіоізотопні, фіброгастроскопії, біохімічні); відділення, кабінети відновлювального лікування.

У разі потреби хворі з базових поліклінік можуть направлятися для консультації до спеціалізованих центрів зональних багатoproфільних лікарень, до консультативних поліклінік науково-дослідних інститутів та закладів вищої освіти. Але при цьому вся спеціалізована служба має бути призначена, насамперед, для допомоги лікарю загальної практики, дільничному лікарю в їх діагностичній та лікувальній роботі.

Лікувально-профілактична допомога населенню в амбулаторно-поліклінічних установах надається як на прийомі, так і вдома. Розподіл обсягів цієї допомоги залежить як від типу установи, так і від спеціальності лікаря.

Завдання, структура, порядок роботи різних амбулаторно-поліклінічних установ значно різняться, хоч і мають багато спільного.

Структура поліклініки визначається її потужністю і чисельністю населення, що обслуговується. При цьому вона може залежати від: чисельності та особливостей складу населення (за статтю, віком, професіями); стану здоров'я контингенту, що обслуговується (захворюваності); економічних можливостей адміністративно-територіальної одиниці (фінансування,

матеріально-технічна база, кадри); сформованих в адміністративно-територіальній одиниці особливостей організації та управління лікувально-профілактичною допомогою.

Приблизна організаційна структура міської поліклініки включає: керівництво (адміністрацію), реєстратуру, відділення профілактики, лікувально-профілактичні відділення, допоміжні діагностичні відділення, кабінет медичної статистики (інформації) адміністративно-господарську частину (рис. 1.1). До складу поліклініки також може входити таке відділення як «денний стаціонар», а при відділенні невідкладної допомоги – кабінет обслуговування за типом «стаціонар вдома», крім того, на базі поліклінік можуть бути розгорнуті відділення медико-соціальної реабілітації та терапії; служби догляду; центри амбулаторної хірургії; центри медико-соціальної допомоги тощо.



Рис. 1.1. Узагальнена структура міської поліклініки

Примітка. Наведено за [2]

Основним структурним підрозділом поліклініки є терапевтичне відділення, а провідною фігурою – дільничний терапевт (сьогодні також і лікар

загальної практики). До складу терапевтичного відділення можуть входити від шести до десяти ділянок. Очолює терапевтичне відділення завідувач.

Основними завданнями дільничного лікаря (лікаря загальної практики) є: надання населенню дільниці кваліфікованої медичної допомоги на прийомі в поліклініці та при обслуговуванні вдома; організація та безпосереднє проведення профілактичних заходів; проведення заходів щодо зниження захворюваності та смертності населення.

Важливе місце у діяльності лікаря – дільничного терапевта (лікаря загальної практики) займає медичне обслуговування хворих на дому. У середньому витрати часу дільничного лікаря при наданні допомоги вдома мають становити 30-40 хв. Ознакою правильно організованої допомоги вдома є повторні (активні) відвідування, що виконуються з ініціативи лікаря.

На кожну посаду дільничного терапевта встановлюється 1,5 посади дільничної медичної сестри. Доцільно, щоб із терапевтом працювала постійно та сама медична сестра.

Важливу роль організації лікувально-профілактичної допомоги населенню грають лікарі вузьких спеціальностей, які у роботі безпосередньо підпорядковуються завідувачу відділенням, заступнику головного лікаря з медичної частини чи керівнику установи.

Лікувально-діагностичним та консультативно-методичним центром з питань боротьби з інфекційною захворюваністю є кабінет інфекційних захворювань. Це перша спеціалізована ланка інфекційної служби у країні. До завдань кабінету інфекційних захворювань входить: забезпечення своєчасного та раннього виявлення інфекційних хворих; проведення організаційно-методичної роботи та забезпечення кваліфікованої консультативної допомоги з діагностики та лікування хворих на інфекційні та паразитарні захворювання в амбулаторно-поліклінічних установах; вивчення та аналіз динаміки інфекційної захворюваності та смертності; розробка та здійснення заходів щодо підвищення якості та ефективності діагностики, лікування та профілактики інфекційних захворювань.

Основними завданнями відділення профілактики є: 1) організаційне забезпечення диспансеризації населення; 2) організація та проведення попередніх та періодичних оглядів; 3) раннє виявлення захворювань та осіб, які мають чинники ризику; 4) підготовка та передача лікарям медичної документації щодо виявлених хворих та осіб з підвищеним ризиком захворювання для дообстеження, диспансерного спостереження та проведення лікувально-оздоровчих заходів; 5) гігієнічне навчання та виховання населення; б) пропаганда здорового способу життя.

У складі відділення профілактики функціонує анамнестичний кабінет, що забезпечує збирання анамнезу та анкетування пацієнтів, що проходять профілактичні огляди, з метою виявлення чинників ризику та ранньої симптоматики захворювань по анамнестичній карті.

Кабінет централізованого обліку диспансеризації працює у складі відділення профілактики та забезпечує: 1) особовий облік населення, що обслуговується територіальною поліклінічною (поліклінічним відділенням, амбулаторією) установою; 2) визначення осіб, які підлягають первинній диспансеризації у конкретних лікувально-профілактичних закладах; 3) облік контингентів, зайнятих у національній економіці, прикріплених до даної територіальної лікувально-профілактичної установи для проходження профілактичних оглядів.

Кабінет функціональних (інструментальних) досліджень входить до складу відділення профілактики. Основним завданням кабінету є проведення на долікарському етапі диспансеризації антропометрії, динамометрії, вимірювання артеріального кров'яного тиску, тонометрії (осіб після 40 років), дослідження гостроти зору, визначення гостроти слуху (мова на відстані, шепітна мова), ЕКГ (осіб після 40 років).

Кабінет взяття матеріалу для експрес-діагностики проводить взяття крові і сечі у оглядів, направлення отриманого матеріалу в лабораторію для аналізу крові (визначення СОЕ, гемоглобіну, лейкоцитів) та дослідження сечі на цукор і білок.

Оглядовий жіночий кабінет входить до складу відділення профілактики, а там, де воно відсутнє, діє як структурний підрозділ поліклініки. Роботу в оглядовому кабінеті виконує акушерка.

Завданнями кабінету є здійснення профілактичного огляду жінок з 18 років з метою раннього виявлення гінекологічних захворювань, передпухлинних та ракових захворювань жіночих статевих органів та інших видимих локалізацій, долікарське опитування.

Основою діяльності кабінету пропаганди здорового способу життя кабінету є організація та проведення комплексу заходів, спрямованих на санітарно-гігієнічне виховання та формування здорового способу життя населення: 1) групова та індивідуальна пропаганда здорового способу життя серед профілактичних оглядів; 2) роз'яснення мети та завдань диспансеризації населення; 3) пропаганда боротьби з виникненням та розвитком факторів ризику різних захворювань (куріння, алкоголь, гіподинамія та ін.); 4) пропаганда активного відпочинку, туризму, занять фізкультурою та спортом; 5) роз'яснення принципів раціонального харчування; 6) рекомендації щодо створення, зміцнення та збереження психологічного клімату на роботі, у навчанні та побуті; 7) розширення та поглиблення санітарно-гігієнічних знань серед пацієнтів, що проходять профілактичні огляди. Кабінет організовує та контролює цю роботу в амбулаторно-поліклінічній установі.

Амбулаторно-поліклінічні установи відіграють провідну роль у гігієнічному навчанні та вихованні населення, формуванні здорового способу життя. Профілактичний напрямок охорони здоров'я найбільш повно виражений у диспансерному методі роботи багатьох амбулаторно-поліклінічних установ. Під диспансерним методом розуміється активне динамічне спостереження за станом здоров'я певного контингенту населення (здорових та хворих), взяття цих груп населення на облік з метою раннього виявлення захворювань, динамічного спостереження, комплексного лікування хворих, проведення заходів щодо оздоровлення їх умов праці та побуту, запобігання розвитку та поширення хвороб, відновлення працездатності та

продовження періоду активної життєдіяльності.

За цим методом працюють спеціальні диспансерні медичні установи – диспансери, вони широко використовується у роботі жіночих консультацій, дитячих поліклінік та поліклінік для дорослих.

Загальна диспансеризація населення – це найвищий рівень турботи держави про здоров'я народу. Реалізація її можлива лише в тому випадку, якщо на це будуть передбачені спеціальні кадрові сили та засоби.

Порядок проведення додаткової диспансеризації подано на рис. 1.2.

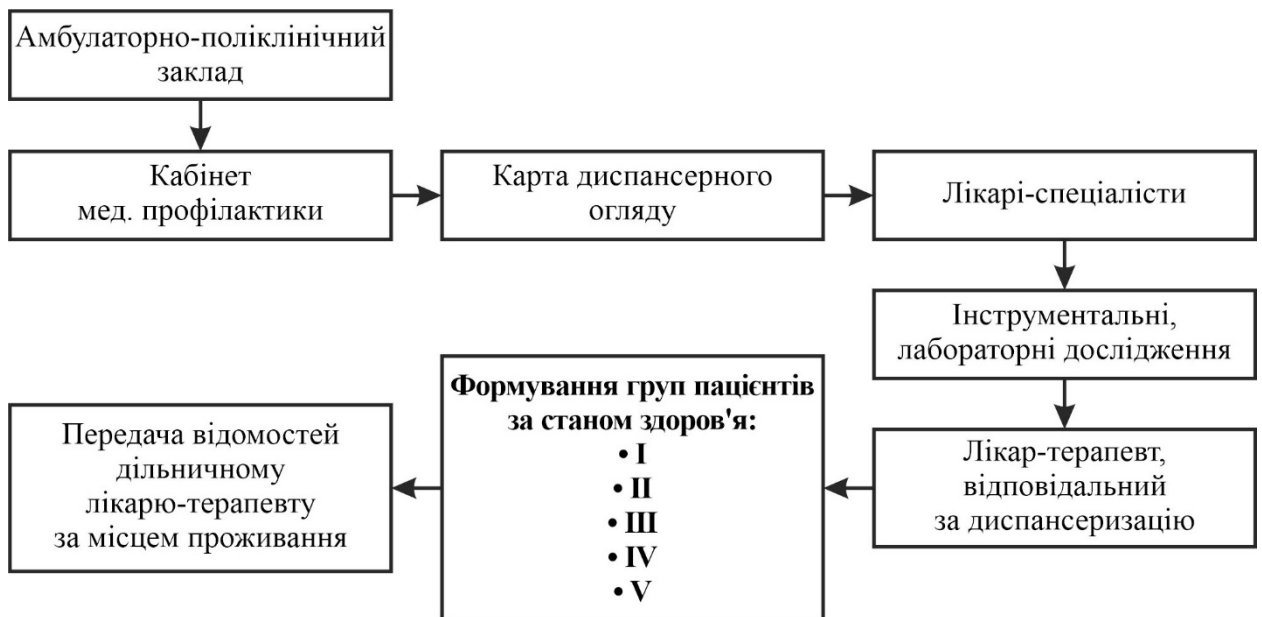


Рис. 1.2. Порядок проведення диспансеризації працюючих громадян (додаткової диспансеризації та додаткових медичних оглядів)

Примітка. Наведено за [24]

За результатами проведення додаткової диспансеризації та додаткових медичних оглядів має бути уточнений паспорт лікарського дільниці, сформовано паспорт здоров'я, заплановане зниження загострень та ускладнень хронічних захворювань, занедбаних випадків хвороби, випадків тимчасової непрацездатності, раннє виявлення нових випадків захворювань на ІХС, гіпертонічної хвороби, цукрового діабету, туберкульозу, онкологічних захворювань, отримання економічного ефекту (від зниження витрат на виплату допомоги від тимчасової непрацездатності, попередження випадків

необґрунтованого стаціонарного лікування).

За результатами диспансеризації можна визначити 5 груп здоров'я: I група – практично здорові громадяни, які не потребують диспансерного спостереження, з якими проводиться профілактична бесіда про здоровий спосіб життя; II група – громадяни з ризиком розвитку захворювання, які потребують проведення профілактичних заходів, для них складається індивідуальна програма профілактичних заходів, що здійснюються в амбулаторно-поліклінічній установі за місцем проживання; III група – громадяни, які потребують дообстеження та лікування в амбулаторних умовах; IV група – громадяни, які потребують дообстеження та лікування в стаціонарних умовах; V група – громадяни, які потребують високотехнологічних видів медичної допомоги.

Далі пацієнти, віднесені до I та II груп здоров'я, отримують рекомендації щодо проведення профілактичних заходів в амбулаторно-поліклінічній установі за місцем проживання, а пацієнти-III-IV груп – додаткове обстеження та лікування у спеціалізованих установах, диспансерне спостереження хворих з хронічним захворюванням та індивідуальну програму реабілітації, пацієнти, віднесені до V групи здоров'я, включаються в лист очікування дорогих високотехнологічних видів медичної допомоги, а після її отримання також проходять індивідуальну програму реабілітації. Результатом цього спостереження та лікування має стати повернення осіб III-V груп здоров'я до активного трудового життя.

Отже, ефективність роботи поліклініки залежить від злагодженої та продуктивної роботи всіх її структурних підрозділів та медичного персоналу. Визначальну роль у надання якісної та доступної лікувально-профілактичної допомоги відіграють лікарі, які забезпечують діагностику, повноцінне лікування та реабілітацію хворих, диспансеризацію, проводять експертизу працездатності та профілактичні огляди.

Висновки до розділу 1

Амбулаторно-поліклінічна допомога – це найдоступніший і наймасовіший вид медичної допомоги. Даний вид медичної допомоги характеризується такими особливостями: більша частина амбулаторно-поліклінічних закладів надає первинну медико-соціальну допомогу та забезпечує медичну допомогу переважно за місцем проживання з урахуванням інтересів громадян; вирішення проблем здоров'я населення (лікування, профілактика та ін.) здійснюється або на базі амбулаторно-поліклінічних установ, або вдома; це найдешевший вид медичної допомоги порівняно з іншими (стаціонарним, санаторно-курортним); амбулаторно-поліклінічний вид допомоги гарантований законами та іншими нормативно-правовими актами.

Амбулаторно-поліклінічну допомогу надають всі поліклініки, різні види диспансерів, жіночі консультації, амбулаторії, медичні пункти.

Сучасна поліклініка є великою багатопрофільною, спеціалізованою лікувально-профілактичною установою, призначеною надавати медичну допомогу та здійснювати комплекс профілактичних заходів щодо оздоровлення населення та попередження захворювань.

Основними завданнями сучасної міської поліклініки є: надання первинної медико-соціальної допомоги: лікування гострих захворювань та травм, загострень хронічних захворювань; попередження рецидивів (загострень) хронічних захворювань; проведення комплексу відновного лікування; надання найбільш поширених видів спеціалізованої медичної допомоги: хірургічної, кардіологічної, неврологічної, оториноларингологічної, офтальмологічної та ін.; збір інформації про стан здоров'я населення (захворюваність, інвалідність, смертність); участь у розробці та здійсненні профілактичних заходів відповідно до територіальних програм профілактики, в т.ч. участь у проведенні протиепідемічних заходів та гігієнічного виховання населення; проведення експертизи тимчасової непрацездатності та експертизи медико-соціальних проблем.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ КНП «5-А МІСЬКА КЛІНІЧНА ПОЛІКЛІНІКА М. ЛЬВОВА»

2.1. Діагностика системи управління функціональною діяльністю досліджуваного закладу охорони здоров'я

Комунальне некомерційне підприємство «5-а міська клінічна поліклініка м. Львова» (КНП «5-а МКП м. Львова») є «амбулаторно-поліклінічним закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає послуги первинної, вторинної/спеціалізованої (амбулаторної) медичної допомоги будь-яким особам у порядку та на умовах, встановлених законодавством України та цим відповідним статутом» [34].

Основною метою діяльності КНП «5-а МКП м. Львова» є «забезпечення медичного обслуговування населення шляхом надання йому медичних послуг у порядку та обсязі, встановлених законодавством» [34].

Відповідно до поставленої мети предметом діяльності КНП «5-а МКП м. Львова» є: «1) медична практика з надання первинної, вторинної / спеціалізованої (амбулаторної) медичної допомоги населенню; 2) створення разом із Засновником умов, необхідних для забезпечення доступної та якісної медичної допомоги населенню, організації належного управління внутрішнім лікувально-діагностичним процесом та ефективного використання майна та інших ресурсів закладу; 3) забезпечення права громадян на вільний вибір лікаря з надання первинної медичної допомоги у визначеному законодавством порядку; 4) організація надання первинної медичної допомоги у визначеному законодавством порядку, в тому числі надання невідкладної медичної допомоги в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнтам, які не потребують екстреної, вторинної/спеціалізованої (стаціонарної) або третинної/високоспеціалізованої медичної допомоги; 5) надання пацієнтам відповідно до законодавства на безвідплатній та відплатній основі послуг

вторинної/спеціалізованої (амбулаторної) медичної допомоги, у тому числі невідкладної, необхідної для забезпечення належних заходів профілактики, діагностики і лікування хвороб, травм, отруєнь чи інших розладів здоров'я, медичного контролю за перебігом вагітності та післяпологового періоду; 6) організація, у разі потреби, надання пацієнтам медичної допомоги більш високого рівня спеціалізації на базі інших закладів охорони здоров'я шляхом направлення пацієнтів до цих закладів у порядку, встановленому законодавством; 7) організація взаємодії з іншими закладами охорони здоров'я з метою забезпечення наступництва у наданні медичної допомоги на різних рівнях та ефективного використання ресурсів системи медичного обслуговування; 8) організація відбору та спрямування хворих на санаторно-курортне лікування та реабілітацію у визначеному законодавством порядку; 9) проведення профілактичних щеплень; 10) планування, організація, участь та контроль за проведенням профілактичних оглядів та диспансеризації населення, здійснення профілактичних заходів, у тому числі безперервне відстеження стану здоров'я пацієнта з метою своєчасної профілактики, діагностики та забезпечення лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів; 11) консультації щодо профілактики, діагностики, лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, а також щодо ведення здорового способу життя; 12) забезпечення дотримання міжнародних принципів доказової медицини та галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я тощо» [34].

Управління КНП «5-а МКП м. Львова» здійснюється відповідно до Статуту (Додаток А) на основі поєднання прав засновника (Львівської міської ради), уповноваженого органу управління (Управління охорони здоров'я Львівської міської ради) та головного лікаря (табл. 2.1).

Поточне керівництво (оперативне управління) КНП «5-а МКП м. Львова» здійснює керівник – головний лікар, якого призначає на посаду і звільняє з неї уповноважений орган управління у порядку, встановленому законодавством України.

Розподіл повноважень між засновником, уповноваженого органу управління та головного лікаря КНП «5-а МКП м. Львова»

Засновник (Львівська міська рада)	Уповноважений орган управління (Управління охорони здоров'я Львівської міської ради)	Головний лікар КНП «5-а МКП м. Львова»
<p>– приймає рішення про реорганізацію та ліквідацію підприємства, призначає комісію з реорганізації та ліквідаційну комісію, затверджує передавальний акт, розподільчий та ліквідаційний баланси;</p> <p>– затверджує типовий статут підприємства.</p> <p>– погоджує підприємству кредитні договори та договори застави.</p>	<p>– визначає головні напрями діяльності підприємства, затверджує плани діяльності та заслуховує звіти про їх виконання;</p> <p>– затверджує статут підприємства та зміни до нього на підставі типового статуту підприємства, затвердженого засновником;</p> <p>– укладає і розриває контракт з керівником підприємства та здійснює контроль за його виконанням;</p> <p>– попередньо погоджує договори про спільну діяльність, стороною яких є підприємство, за якими використовується нерухоме майно, що перебуває в його оперативному управлінні;</p> <p>– погоджує створення філій, представництв, відділень та інших відокремлених підрозділів підприємства;</p> <p>– здійснює контроль за ефективністю використання майна, що є власністю територіальної громади міста Львова та закріплене за Підприємством на праві оперативного управління.</p>	<p>– діє без довіреності від імені підприємства, представляє його інтереси в органах державної влади та органах місцевого самоврядування, інших органах, у відносинах з іншими юридичними та фізичними особами, одноособово підписує від його імені документи та видає довіреності і делегує право підпису документів іншим посадовим особам підприємства, укладає договори, відкриває в органах Державної казначейської служби України та установах банків поточні та інші рахунки.</p> <p>– самостійно вирішує питання діяльності підприємства за винятком тих, що віднесені законодавством та цим статутом до компетенції засновника та уповноваженого органу управління;</p> <p>– організовує роботу підприємства щодо надання населенню медичної допомоги, згідно з вимогами нормативно-правових актів;</p> <p>– несе відповідальність за формування та виконання плану розвитку підприємства, результати його господарської діяльності, виконання показників ефективності діяльності підприємства, якість послуг, що надаються підприємством, використання наданого на праві оперативного управління підприємству комунального майна і доходу.</p>

Примітка. Сформовано автором на основі [34]

В організаційній структурі КНП «5-а МКП м. Львова» створені і функціонують такі структурні підрозділи: 1) адміністративно-управлінські відділи (апарат управління, бухгалтерія, інформаційно-аналітичний центр); 2) відділ з інфекційного контролю; 3) центр первинної медичної допомоги (відділення сімейної медицини № 1-5, реєстратура, амбулаторії сімейної медицини № 1-3; 4) консультативний лікувально-діагностичний центр (відділення діагностики та спеціалізованої медичної допомоги з кабінетами (ендокринологічним, гастроентерологічним, нефрологічним, дерматовенерологічним, терапевтичним, педіатричним, стоматологічним, пульмонологічним, інфекційних захворювань), кардіологічне відділення, хірургічне відділення, централізована стерилізаційна, рентгенологічне відділення, відділення реабілітації, відділення реабілітації дітей перших 3-х років життя (Центр раннього втручання), неврологічне відділення, офтальмологічне відділення, отоларингологічне відділення, жіноча консультація, денний стаціонар, Центр психічного здоров'я, міська централізована клініко-діагностична лабораторія, міський травматологічний пункт № 1; 5) допоміжні підрозділи, у тому числі господарські (рис. 2.1).

Для забезпечення ефективного управління функціональною діяльністю керівництво (керівник, заступники керівника, керівники структурних підрозділів) КНП «5-а МКП м. Львова» зобов'язане: 1) організувати працю працівників таким чином, щоб кожний працював за своєю спеціальністю, мав закріплене робоче місце, обладнання, інструменти тощо; 2) забезпечувати умови для високопродуктивної праці працівників поліклініки по наданню кваліфікованої медичної допомоги населенню та лікуванню хворих; 3) послідовно проводити роботу по зміцненню трудової дисципліни, підвищенню організованості і порядку в поліклініці, застосовувати дисциплінарні стягнення до порушників трудової дисципліни, враховуючи при цьому обставини, що передбачені законодавством; 4) забезпечувати працівникам здорові та безпечні умови праці, справний стан машин, апаратів, обладнання, інструментів; 5) своєчасно і повно втілювати в життя рішення зборів трудового



Рис. 2.1. Організаційна структура КНП «5 МКП м. Львова»

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «5 МКП м. Львова»

колективу, неухильно виконувати закони про працю; 6) своєчасно розглядати та впроваджувати винаходи та раціоналізаторські пропозиції, підтримувати та заохочувати новаторів поліклініки, забезпечувати матеріальну зацікавленість працівників у результатах їх особистої праці та загальних підсумках роботи; 7) постійно контролювати дотримання працівниками всіх вимог інструкції по техніці безпеки, виробничій санітарії та гігієні праці, протипожежної охорони; 8) видавати заробітну плату у визначені строки, економно і раціонально витратити фонд оплати праці, не допускати порушень у застосуванні діючих умов оплати; 9) забезпечувати розповсюдження передового досвіду у діяльності поліклініки; 10) забезпечувати систематичне підвищення виробничої кваліфікації працівників, створювати умови для суміщення роботи з навчанням та виробництві і в учбових закладах; 11) сприяти створенню в колективі ділової творчої обстановки, розвивати та підтримувати ініціативу і активність працівників, своєчасно і принципово розглядати критичні зауваження працівників та інформувати їх про вжиті заходи, уважно ставитись до запитів і потреб працівників; 12) вживати необхідних заходів щодо профілактик виробничого травматизму, професійних та інших захворювань працівників, своєчасно надавати пільги і компенсації у зв'язку зі шкідливими умовами праці у випадках, передбачених законодавством (скорочений робочий день, додаткові відпустки, лікувально-профілактичне харчування та ін.), забезпечувати працівників відповідно до діючих норм і положень спеціальним одягом, спеціальним взуттям та іншими засобами індивідуального захисту, організувати належний догляд за їх використанням.

Для ефективного виконання покладених на нього функцій, кожен медичний працівник КНП «5-а МКП м. Львова» зобов'язаний: 1) свідомо і сумлінно ставитись до праці; своєчасно, в повному обсязі і точно виконувати усі законні розпорядження і вказівки, у тому числі усні, адміністрації КНП «5 МКП м. Львова» та усіх вищестоящих щодо неї посадових (службових) осіб КНП «5 МКП м. Львова»; 2) суворо дотримуватись дисципліни праці, вчасно приходити на роботу і використовувати весь робочий час для продуктивної

праці; 3) підвищувати якість і культуру надання медичної допомоги хворим; 4) дотримуватись усіх професійних обов'язків медичних (фармацевтичних) працівників, що передбачені чинним законодавством України, наказами КНП «5-а МКП м. Львова», Правилами внутрішнього трудового розпорядку, колективним договором, посадовою інструкцією, у тому числі, щодо вимог професійної етики і деонтології, правил етичної поведінки, поважати честь і гідність пацієнта, ставитися до нього доброзичливо, не ображати пацієнтів, не бути з ними грубим та/або різким, з розумінням сприймати занепокоєння пацієнта, його рідних і близьких осіб щодо стану здоров'я пацієнта, дотримуватися обов'язку збереження лікарської таємниці, обов'язку надання першої невідкладної медичної допомоги пацієнтам, тощо; 5) дотримуватись вимог по охороні праці, техніці безпеки, протипожежній охороні, користуватись спецодягом, спецвзуттям і захисними пристосуваннями; 6) утримувати в чистоті своє робоче місце, дотримуватись чистоти у відділеннях, кабінетах і на території поліклініки; 7) берегти матеріальні цінності поліклініки, ефективно використовувати прилади, апаратуру та іншу медичну техніку; 8) раціонально використовувати медикаменти, інструменти, спецодяг та інші матеріальні цінності; 9) приймати заходи по негайному усуненню причин і умов, які затрудняють нормальне виконання робіт; 10) при неможливості усунення цих причин і умов власними силами, негайно інформувати безпосереднього керівника або адміністрацію КНП «5-а МКП м. Львова»; 11) проходити у встановленому порядку попередні та періодичні медичні огляди; 12) систематично підвищувати свій професійний рівень; 13) дотримуватись вимог антикорупційного законодавства, у тому числі, у випадку одержання відомостей про факт вчинення у КНП «5 МКП м. Львова» дій, що мають ознаки корупційних або пов'язаних з ними правопорушень, негайно письмово повідомляти про це безпосереднього керівника та адміністрацію КНП «5-а МКП м. Львова»; 14) дотримуватись стандартів, вимог та інших норм Кодексу етичної поведінки посадових осіб та працівників Львівської міської ради, її виконавчих органів, комунальних підприємств, установ та

організацій, затвердженого рішенням виконавчого комітету Львівської міської ради № 879 від 20.09.2019 р. «Про затвердження Кодексу етичної поведінки посадових осіб та працівників виконавчих органів Львівської міської ради, її установ, організацій та комунальних підприємств», у тому числі, негайно письмово повідомляти свого безпосереднього керівника та/або адміністрацію КНП «5-а МКП м. Львова» у разі, якщо став свідком факту або підозри щодо порушення іншими працівниками КНП «5 МКП м. Львова» стандартів, вимог та інших норм тощо.

Основні правила управління функціональною діяльністю КНП «5-а МКП м. Львова» прописані у правилах внутрішнього трудового розпорядку, які мають на меті сприяти вихованню у працівників сумлінного ставлення до праці, подальшому зміцненню трудової дисципліни, раціональному використанню робочого часу, підвищенню якості лікувально-профілактичної роботи.

Трудовий розпорядок в комунальному некомерційному підприємстві «5-а міська клінічна поліклініка м. Львова» визначається Правилами внутрішнього трудового розпорядку, колективним договором, наказами КНП «5-а МКП м. Львова», посадовими інструкціями, іншими нормативними, а також законодавчими актами.

Правила внутрішнього розпорядку КНП «5-а МКП м. Львова» регулюють відносини між закладом охорони здоров'я (лікуючими лікарями, медичними та іншими працівниками) і пацієнтами (іншими фізичними особами). Невиконання пацієнтом цих правил надає право лікуючому лікарю відмовитися від подальшого ведення цього пацієнта, за умови, що це не загрожуватиме життю хворого і здоров'ю його та населення (стаття 34 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»; п.п. 8 п. 1 розділу IV Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19 березня 2018 року № 503).

У 2022 році КНП «5-а МКП м. Львова» стикнулося з такими

проблемами:

1) недостатнє виконання індикаторів якості роботи сімейних лікарів (до очікуваних результатів – 70%) та показників Міської програми «Здоров'я львів'ян», які були упроваджені у II півріччі 2022 року. Так, показник виконання скринінгу цукрового діабету становить 31,0%, скринінг серцево-судинних патологій – 27,0%, скринінг гіпертонічної хвороби – 52,0%, скринінг раку молочної залози (скерування на мамографію) – 27,0%; скринінг раку передміхурової залози – 27,0%;

2) при аналізі показників онкозахворюваності спостерігається ріст показника онкозахворювань в занедбаних стадіях (IV), які становить 21,6% у 2022 році проти 15,7% у 2021 році за рахунок невізуальних форм раку.

Для удосконалення системи управління функціональною діяльністю КНП «5-а МКП м. Львова» необхідно: 1) посилити персональну відповідальність лікарів центру первинної медичної допомоги за динамічним спостереженням стану здоров'я пацієнтів відповідно до галузевих стандартів в охороні здоров'я; 2) забезпечити максимальне охоплення мешканців скринінговими та профілактичними оглядами з метою раннього виявлення захворювань, зокрема таких як гіпертонічна хвороба та інші серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, онкозахворювання, зокрема раку молочної залози, передміхуровою залози та колоректального раку та виконання індикатора якості роботи лікарів до очікуваного результату не менше 70%; 3) завідувачам відділень та амбулаторій сімейної медицини центру первинної медичної допомоги здійснювати щомісячний моніторинг виконання ключових показників ефективності, індикаторів якості роботи лікарів та показників Міської програми «Здоров'я львів'ян»; 4) фахівцям центру первинної медичної допомоги з метою виконання індикаторів якості роботи лікарів та показників Міської програми «Здоров'я львів'ян» своєчасно вводити в діагностичні звіти скерування на дослідження, дані про обстеження надсилати в ЕСОЗ; 5) покращити комунікацію з пацієнтами по телефону або іншими доступними технічними засобами з метою роз'янення механізму надання медичних послуг;

б) активізувати інформаційне висвітлення пропаганди здорового способу життя з метою доведення до свідомості мешканців необхідності дотримання правил гігієни, правильного харчування, подолання шкідливих звичок, тощо.

Першочергове вжиття цих заходів дозволить підвищити ефективність системи управління функціональною діяльністю КНП «5-а МКП м. Львова» покращити та підвищити медичних послуг, що надаються громадянам.

2.2. Аналіз ресурсного забезпечення системи управління функціональною діяльністю досліджуваного закладу охорони здоров'я

Ефективне функціонування закладів охорони здоров'я визначається безліччю чинників. Важливим базисом цього процесу багато вчених визнають стан та розвиток інфраструктури та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я, які визначають рівнем матеріально-технічного та технологічного оснащення медичного закладу або будь-якого напрямку надання медичної допомоги. Цей чинник впливає на задоволеність пацієнтів якістю медичної допомоги, що надається закладом охорони здоров'я. Тому стратегічний розвиток системи охорони здоров'я нерозривно пов'язаний із покращенням стану його матеріально-технічного забезпечення. Покращення технологічного оснащення на основі інновацій підвищує рівень задоволеності пацієнтів спеціалізованого профілю послуг. Це визначає необхідність оцінки ефективності ресурсного забезпечення системи управління функціональною діяльністю закладу охорони здоров'я.

Матеріально-технічне забезпечення – це процес постачання закладам охорони здоров'я матеріальних ресурсів, необхідних для досягнення цілей і вирішення завдань їх функціонування. Матеріальні ресурси закладів охорони здоров'я – це їхнє майно: запаси, засоби та предмети праці. Вони поділяються на основні засоби та оборотні кошти. Основні засоби закладів охорони здоров'я включають будівлі та споруди різного призначення, ліжковий фонд, медичне обладнання, інструменти та пристрої тривалого (більше року) використання, вимірювальні та регулюючі прилади та апарати, транспортні

засоби, виробничий та господарський інвентар тощо. Розмір основних засобів закладу охорони здоров'я, як правило, пов'язаний з обсягами медичної допомоги, яка надається закладом, і визначається їх технічними параметрами та вартістю. До оборотних засобів закладів охорони здоров'я належать матеріальні запаси, малоцінні і швидкозношувані предмети та витрати майбутніх періодів, тобто предмети праці для різних стадій процесу надання медичної допомоги (предмети одноразового використання, лікарські засоби, м'який інвентар, фінансові ресурси тощо.). Крім того, матеріальні ресурси закладу охорони здоров'я можна розділити на спеціалізовані медичні та допоміжні. Спеціалізованими є: медична техніка (медичне обладнання, медичні прилади, апарати, медичні інструменти та витратні матеріали), вироби медичного призначення (перев'язувальні засоби та предмети догляду за хворими), лікарські засоби. Допоміжні ресурси можуть бути використані для забезпечення функціонування різних організацій, не тільки закладів охорони здоров'я. Це м'який інвентар, продукти харчування, меблі, предмети інтер'єру, оргтехніка тощо.

Придбання матеріальних ресурсів закладів охорони здоров'я фінансується із різних джерел. Витрати на придбання медикаментів, витратних матеріалів для забезпечення лікувального процесу, м'якого інвентарю, харчування для стаціонарних хворих, медичного обладнання вартістю до 100 тис. грн., оплата послуг, господарські витрати, поточний ремонт проводять у більшості закладів охорони здоров'я за рахунок коштів НСЗУ. Придбання дорогого обладнання та капітальний ремонт здійснюються за рахунок бюджетних коштів чи державних субсидій.

Таким чином, матеріально-технічне забезпечення закладів охорони здоров'я є складним багатоаспектним процесом, що вимагає всебічного дослідження, виявлення слабких місць та розробки рекомендацій щодо його оптимізації.

Для аналізу ресурсного забезпечення закладу охорони здоров'я нами розроблено комплексний підхід, реалізація якого передбачає кілька етапів. На

першому етапі дається загальна характеристика закладу охорони здоров'я, вивчаються напрями його діяльності, документи, що її регламентують, штатний розпис тощо. Другий етап дослідження передбачає вивчення обсягу фінансування закладу охорони здоров'я в динаміці та в залежності від джерел надходження коштів, виявлення закономірностей, тенденцій та перспектив розвитку процесу фінансування. У ході третього етапу розглядаються витрати закладу охорони здоров'я за основними напрямками, виділяються найбільш витратні статті. Проводиться детальний аналіз витрат закладу охорони здоров'я, вкладених у придбання матеріальних ресурсів, а саме їх обсяг, тенденції, структура витрат (рис. 2.2).



Рис. 2.2. Авторський підхід до аналізу ресурсного забезпечення закладу охорони здоров'я

Примітка. Складено автором

В результаті дається загальна оцінка матеріально-технічного забезпечення закладу охорони здоров'я, особливості витрачання фінансових ресурсів, у тому числі на матеріально-технічне забезпечення, вносяться пропозиції щодо раціональнішого використання матеріальних ресурсів та управління процесом їх закупівлі. Практична реалізація цього підходу проведена на прикладі КНП «5-а МКП м. Львова».

КНП «5-а МКП м. Львова» – це є амбулаторно-поліклінічним закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає послуги первинної, вторинної/спеціалізованої (амбулаторної) медичної допомоги будь-яким особам у порядку та на умовах, встановлених законодавством України та відповідним статутом.

Стан будівель КНП «5-а МКП м. Львова» представлений в табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Стан будівель КНП «5-а МКП м. Львова» у 2022 році

	К-ть будівель на балансі ЗОЗ	З них:		Будуються	У 2022 році	
		в аварійному стані	потребують капітального ремонту		побудовано	реконструйовано
Всього, у т.ч.:	7	2 зруйновані	-	-	-	-
МЛА						
СЛА						
ФАП						
Інші ЗОЗ	7	2 зруйновані	-	-	-	-

Примітка. Наведено матеріалами КНП «5-а МКП м. Львова»

Коротка характеристика та вартісна оцінка основних робіт, проведених впродовж 2022 року для покращання стану будівель (опалення, водопостачання тощо) представлена в табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Коротка характеристика та вартісна оцінка основних робіт, проведених впродовж 2022 року для покращання стану будівель КНП «5-а МКП м. Львова»

№ п/п	Назва робіт	к-сть (м, кв. м, шт.)	вартість	джерело фінансування
1	2	3	4	5
1.	Поточний ремонт системи водопроводу	224 м	68 170,00	Кошти НСЗУ
2.	Поточний ремонт кабінету «Школа відповідального батьківства»	31,9 кв.м	33750,00	Кошти НСЗУ
3.	Поточний ремонт коридору 1-го поверху	59,1 кв.м	18260,00	Кошти НСЗУ
4.	Поточний ремонт коридору 3-го поверху	157,9 кв.м	89640,00	Кошти НСЗУ

Продовження табл. 2.3

1	2	3	4	5
5.	Поточний ремонт кабінету реабілітації	32,2 кв.м	7320,00	Кошти НСЗУ
6.	Поточний ремонт приміщень 3-го поверху для створення центру психічного здоров'я	83,7кв.м	1049760,0	кошти GFA Consulting Group GmbH

Примітка. Наведено матеріалами КНП «5-а МКП м. Львова»

Придбання та отримання впродовж 2022 року автотранспорту, дороговартісного медичного обладнання, оргтехніки та ін. представлена в табл. 2.4.

Таблиця 2.4

**Придбання та отримання впродовж 2022 року автотранспорту,
дороговартісного медичного обладнання та оргтехніки
КНП «5-а МКП м. Львова»**

№ з/п	Назва обладнання	к-сть	Вартість	Джерело фінансування
1	2	3	4	5
1.	Комплект меблів для кухні	1	46280,00	кошти НСЗУ
2.	Автоматичний гематологічний аналізатор Abacus 380	1	269000,00	кошти НСЗУ
3.	Багатофункціональний пристрій Canon i-SENSYS MF445dw з Wi-Fi	1	24990,00	власні надходження
4.	Холодильник Samsung RT38K5400S9	2	48998,00	кошти НСЗУ
5.	Автоматичний Рефракто-Кератометр URK-700A, зі столом електропідйомним УТ-2А	1	199400,00	власні надходження
6.	Ноутбук / Dell Latitude 3420 FHD i5 8G RAM, 512Go SSD, 4 cell battery, Fingerprint reader, QWERTY keyboard, Windows 10 Pro, 3 years warranty, 1	1	22716,15	централізоване постачання (гуманітарна допомога)
7.	Комп'ютер Vinga Advanced A1746 (IPM4INTW.A1746)	1	24971,80	власні надходження
8.	Холодильник з льодовим захистом Vestfrost VLS 504A AC, (242 л) AC ICE-LINED REFRIGERATOR для зберігання вакцини	2	124080,24	централізоване постачання за кошти державного бюджету
9.	Морозильна камера для зберігання вакцини з акумуляторами холоду Vestfrost MF 314	1	30038,17	централізоване постачання за кошти державного бюджету
10.	Велотренажер Spirit SU 139-43	1	22940,00	кошти НСЗУ
11.	Мобільне дзеркало на коліщатах (стіл дзеркальної терапії СДТ-1)	1	26964,00	кошти НСЗУ

Продовження табл. 2.4

1	2	3	4	5
12.	Генератор бензиновий 8 квт 3 фази	1	99800,00	кошти НСЗУ
13.	Кондиціонер Haier AS50TADHRA-CL/ 1U50MEGFRA-H	1	49750,00	кошти НСЗУ
14.	Генератор BRIGGS & STRATTON типу B&S6250A	1	40370,00	благодійні надходження
15.	Мікроскоп бінокулярний MICROmed Fusion FS-7520	1	21961,00	кошти НСЗУ

Примітка. Наведено матеріалами КНП «5-а МКП м. Львова»

Стан фінансування КНП «5-а МКП м. Львова» у 2022 році: 1) заборгованості із заробітної плати станом на 31.12.2022 немає; 2) отримано позабюджетних коштів 3 098,3 тис. грн.; 3) отримано коштів з НСЗУ 223 013,8 тис. грн.

Отримані від НСЗУ кошти використано на: 1) виплату заробітної плати – 162 032,3 тис. грн.; 2) придбання предметів, матеріалів, обладнання та інвентаря – 1317,2 тис. грн.; 3) придбання медикаментів та виробів медичного призначення – 8143,9 тис. грн.; 4) оплата послуг (крім комунальних) – 3241,7 тис. грн.; 5) інші видатки – 209,9 тис. грн.

Таким чином, визначено основні групи матеріально-технічних ресурсів, необхідних для функціонування досліджуваного закладу охорони здоров'я, структуру витрат на їх придбання, способи розміщення замовлень на їх закупівлю та постачальники товарно-матеріальних цінностей.

Аналіз фінансового забезпечення КНП «5-а МКП м. Львова» показав, що останнім часом відзначається збільшення обсягу грошових ресурсів, що надходять до медичної установи від НСЗУ. З великою ймовірністю можна припустити, що дана позитивна тенденція в соціально-економічних умовах, що склалися, збережеться, і обсяг фінансових ресурсів, що надходять до медичних установ, буде збільшуватися. У цій ситуації вкрай необхідне обґрунтоване планування витрат медичного закладу, яке має проводитись на основі особливостей організації та аналізу стану її ресурсного забезпечення у минулому періоді.

В результаті вивчення витрат КНП «5-а МКП м. Львова» визначено

основні напрями: оплата праці з нарахуваннями, оплата послуг, витрати на придбання матеріальних ресурсів та інші витрати. Причому у структурі загальних витрат витрати на матеріально-технічне забезпечення медичної установи стабільно становлять 32,6-32,9%, що дозволяє визначити це значення як оптимальну частку витрат на матеріальні ресурси від загального обсягу фінансування закладу охорони здоров'я.

Для збалансованого забезпечення КНП «5-а МКП м. Львова» усіма видами матеріальних ресурсів необхідно також визначити оптимальну структуру витрат на закупівлю окремих видів та груп ресурсів. На підставі даних про фактичні витрати у 2020-2022 роках та розрахованій структурі цих витрат доцільно кошти, що спрямовуються на матеріально-технічне забезпечення, розподіляти на підставі середніх відносних значень відповідних показників, що представлені на рис. 2.3.

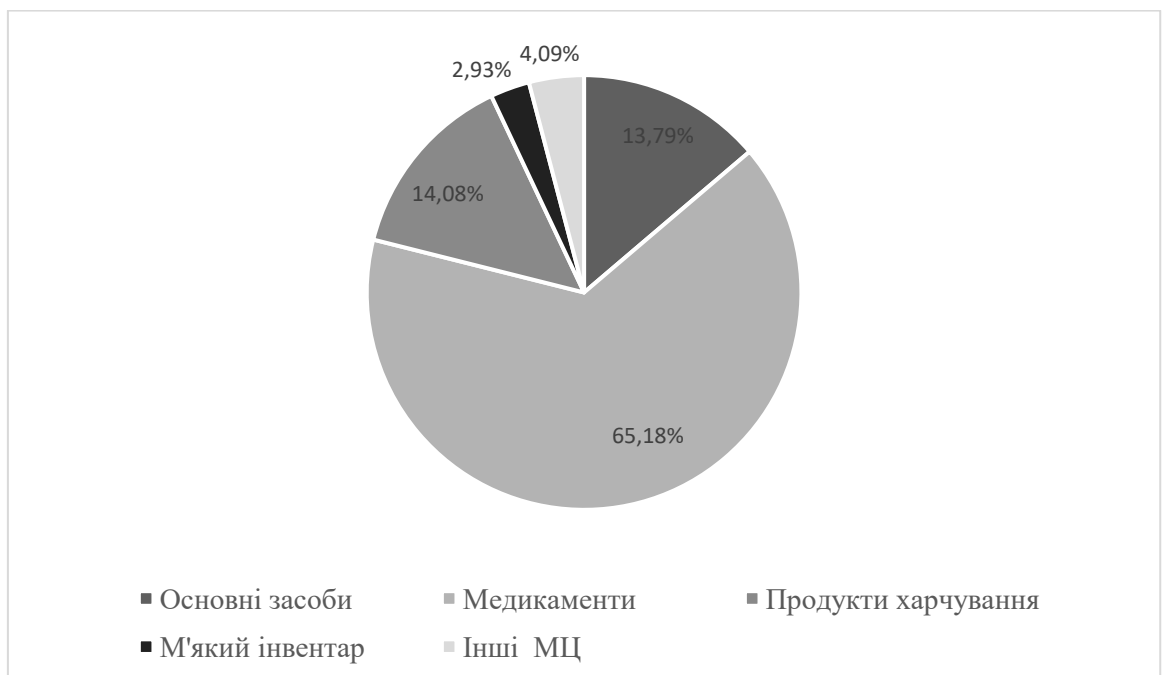


Рис. 2.3. Рекомендована структура витрат на матеріально-технічне забезпечення КНП «5-а МКП м. Львова»

Примітка. Запропоновано автором

Таким чином, рекомендується наступна структура витрат на придбання матеріальних ресурсів (у % від фінансових коштів, що спрямовуються на

матеріально-технічне забезпечення): 1) щонайменше 65% коштів необхідно виділяти на закупівлю медикаментів, перев'язочних засобів та інших виробів медичного призначення; 2) на придбання медичної техніки та обладнання потрібно не менше 14% фінансових ресурсів; 3) щонайменше 14% коштів рекомендується витратити на продукти харчування; 4) необхідно звернути увагу на забезпеченість медичного закладу м'яким інвентарем, який потрібний не тільки для оснащення нових ліжок, а й для щорічного оновлення працюючих; на цю статтю витрат необхідно виділяти близько 3% коштів; 5) на інші матеріальні запаси у пропонованій структурі витрат відводиться до 4%.

Для вдосконалення обліку надходження матеріальних ресурсів у КНП «5-а МКП м. Львова» з метою економії часу для обробки інформації, а також, щоб уникнути втрати частини даних, рекомендується використовувати спеціалізовані програмні продукти, в яких інформація, що вводиться, буде структурована по двох блоках:

1 блок – інформація про укладені договори (контракти): номер договору (контракту); найменування, адреса постачальника; предмет замовлення; номенклатура замовлення; кількість товару, що замовляється; ціна за одиницю; загальна вартість за номенклатурою; умови закупівлі цього товару. Вартість визначається заданою заздалегідь формулою (кількість товару, що замовляється, множиться на ціну за одиницю). Далі підраховується загальна сума договору. При введенні предмета замовлення, номенклатура повинна відображатися автоматично.

2 блок – контроль за постачанням товарно-матеріальних цінностей: номер договору (контракту), отримано товарів від постачальника; витрачено товарів (передано до структурних підрозділів закладу – назви підрозділів, кількість); залишилося отримати від постачальника за договором.

Таким чином, удосконалення матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я в умовах ринкової економіки потребує комплексного комплексного підходу до управління. Насамперед необхідно оптимізувати обсяг витрат на матеріальні ресурси та відповідну структуру

витрат з урахуванням особливостей функціональної діяльності лікувального закладу. При цьому основним інструментом ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я є розміщення державних замовлень на постачання та повне виконання укладених контрактів. Важливо організувати постійний контроль закупівлі матеріальних цінностей із використанням автоматизованого обліку.

2.3. Оцінка ефективності системи управління функціональною діяльністю досліджуваного закладу охорони здоров'я

Створення та використання базової системи показників для оцінки ефективності функціональної діяльності закладу охорони здоров'я дозволяє підвищити статус організації та якість надання медичної допомоги та визначити основні вектори розвитку системи охорони здоров'я.

При вивченні оцінки ефективності діяльності будь-якої економічної одиниці наголошується на важливості контролю залежності отриманих результатів від вкладених у її функціонування коштів. У більшості країн недостатньо відстежується співвідношення між обсягом розподілених фінансових ресурсів та досягненням одного з найбільш значущих результатів, що характеризують функціонування системи охорони здоров'я, – збереження здоров'я населення.

Дослідження, проведені протягом кількох років у цьому напрямі, призвели до створення нового підходу до формування процесів організації та оцінки досягнень у сфері охорони здоров'я, а саме ціннісно-орієнтованої моделі охорони здоров'я (ЦОЗ). Концепція ЦОЗ, яку активно впроваджують зарубіжні країни, передбачає необхідність зв'язку поставлених цілей, важливих для людини, з наявними ресурсами.

В цих умовах завдання оцінки ефективності функціональної діяльності закладів охорони здоров'я набуло особливої актуальності. Однак на сьогоднішній день не існує єдиного універсального методологічного підходу до оцінки ефективності функціональної діяльності закладів охорони здоров'я та затвердженого набору показників. При виборі показників найкращим

вважається комплексний підхід до формування вихідної системи показників.

Оцінка ефективності функціональної діяльності закладів охорони здоров'я має проводитись на основі тих показників та критеріїв, які виконують функції індикаторів якості медичної діяльності та розділені за принципом тріади Донабедіана на групи:

1. Перша група – індикатори структури. З їхньою допомогою проводиться оцінка ресурсів та робляться висновки про їх достатність для забезпечення надання медичної допомоги у необхідному обсязі та належної якості.

2. Друга група – індикатори процесів. Служать для оцінки дотримання протоколів, стандартів та клінічних рекомендацій та характеризують якість надання медичної допомоги.

3. Третя група – індикатори результатів. Відображають ступінь досягнення поставлених цілей, пов'язаних зі станом здоров'я населення в динаміці та задоволеністю громадян якістю медичних послуг.

Одним із напрямків методології оцінки ефективності функціональної діяльності закладів охорони здоров'я є впровадження кращих практик використання методик, що ґрунтуються на ключових показниках ефективності (англ. *Key Performance Indicators, KPI*). Це дає можливість успішного планування та подальшого контролю за результатами діяльності закладів охорони здоров'я на різних ієрархічних рівнях управління.

Одним з методичних підходів до проведення аудиту ефективності є результат-орієнтований підхід, який передбачає оцінку фактичних результатів діяльності об'єкта аудиту ефективності з погляду ефективності використання ресурсів. Оцінка проводиться з урахуванням принципів економності (досягнення об'єктом аудиту певних результатів з використанням найменшого обсягу ресурсів) та результативності (досягнення об'єктом аудиту найкращих результатів з використанням певного обсягу ресурсів).

Як оціночні показники можуть використовуватися показники, що розраховуються в державних програмах та формах статистичної звітності,

показники, що характеризують результати реалізації комплексу заходів публічної політики або надання публічних послуг.

Дослідження різних методичних підходів до формування переліку оціночних показників дозволило визначити найоптимальніший методологічний підхід для оцінки ефективності функціональної діяльності закладу охорони здоров'я.

Методологічний підхід до вибору показників для побудови системи оціночних показників можна поділити на кілька основних етапів: 1) вибір джерел інформації; 2) визначення принципів вибору показників; 3) аналіз даних; 4) формування списку показників.

В якості джерел інформації для вибору оціночних показників використовувалися об'єктивні та суб'єктивні джерела (форми фінансової та статистичної звітності, результати анкетування громадян (або соціологічних опитувань)).

При формуванні системи оціночних показників, що характеризують економічний, медичний та соціальний аспекти діяльності закладів охорони здоров'я з урахуванням принципів ЦОЗ, бралися до уваги вимоги актуальності, вимірності, зрозумілості учасників процесу та інформативності:

- 1) науково-обґрунтована систематизація базового набору показників ефективності з урахуванням галузевих особливостей;
- 2) використання наявних та (або) створення нових тематичних баз даних та інформаційно-аналітичних систем оціночних показників;
- 3) вибір та актуалізація ключових оціночних показників на основі використання ситуаційного підходу.

Показники діяльності поділені на такі групи: 1) загальні дані про чисельність та структуру прикріпленого населення, а також майно закладу охорони здоров'я; 2) показники, що характеризують фінансові ресурси закладу охорони здоров'я та їх використання; 3) показники забезпеченості кадровими ресурсами; 4) показники відвідуваності закладу охорони здоров'я; 5) показники захворюваності прикріпленого населення; 6) показники

доступності медичної допомоги.

У результаті збору, обробки та аналізу відповідних показників вдалося виявити як загальні, так і часткові ознаки схожості та відмінностей у діяльності закладів охорони здоров'я. Дані згруповані за напрямками, розраховані середні, максимальні та мінімальні значення показників, що дозволило встановити характер взаємозв'язку економічних та медичних аспектів діяльності закладів охорони здоров'я та послужило основою для формування переліку оціночних показників. В результаті проведеної роботи відібрано найбільш значущі показники якості управління ресурсами та організації медичної допомоги, які з урахуванням принципів моделі Донабедіана об'єднані у три групи:

1) індикатори якості управління ресурсами – характеризують ефективність використання фінансових, кадрових та матеріально-технічних ресурсів;

2) індикатори якості управління процесами – характеризують рівень доступності медичної допомоги для населення, включаючи ефективність використання ліжкового фонду у денному стаціонарі та інтенсивність використання медичного обладнання;

3) індикатори якості управління результатом – характеризують рівень організації первинної та вторинної профілактики для прикріпленого до закладу охорони здоров'я населення.

Усього передбачено використання 35 оціночних показників (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

**Перелік показників оцінки ефективності функціональної діяльності
закладу охорони здоров'я**

№ п/п	Найменування показника	Одиниця виміру
1	2	3
I. Індикатори якості управління ресурсами		
Фінансові ресурси		
1.	Витрати закладу охорони здоров'я на одного прикріпленого громадянина	тис. грн. / чол.
2.	Відношення суми доходів (з урахуванням залишків на початок звітного періоду) до витрат	%
3.	Частка немедичних витрат у загальних витратах закладу охорони	%

Продовження табл. 2.5

1	2	3
	здоров'я	
4.	Відхилення фактично виконаних призначень по витратах плану фінансово-господарської діяльності від скоригованого планового показника	%
5.	Питома вага фонду оплати праці медичного персоналу у загальних витратах	%
Кадрові ресурси		
6.	Забезпеченість лікарями терапевтичного профілю (лікар загальної практики, терапевт) у розрахунку на 10 тис. чисельності прикріпленого населення	чол. / 10 тис. чол.
7.	Укомплектованість закладу охорони здоров'я лікарями-фахівцями	%
8.	Відношення рівня нарахованої середньомісячної заробітної плати лікарів до рівня середньомісячної нарахованої заробітної плати працівників у регіоні	%
9.	Відношення рівня нарахованої середньомісячної заробітної плати середнього медичного персоналу до рівня середньомісячної нарахованої заробітної плати працівників у регіоні	%
10.	Частка лікарів із вищою та першою кваліфікаційними категоріями	%
Матеріально-технічні ресурси		
11.	Частка медичного обладнання з терміном експлуатації 10 років і більше у загальній кількості медобладнання, що знаходиться на балансі	%
12.	Частка медичного обладнання, введеного в експлуатацію за останні 3 роки	%
13.	Інтенсивність використання медичного обладнання	%
14.	Питома вага кількості днів простою медичного обладнання у загальній кількості днів роботи за звітний період	%
II. Індикатори якості управління процесом		
15.	Незабезпеченість або частка пацієнтів у червоній зоні (включаючи нереалізований попит) по самозапису до лікарів-терапевтів дільничних / лікарів загальної практики (на 4-й день та пізніше)	%
16.	Частка пацієнтів з часом очікування на прийом лікаря-терапевта за межами зеленої зони (понад 20 хв) за звітний період	%
17.	Частка пацієнтів з неприпустимим часом очікування на прийом чергового лікаря (60 хв)	%
18.	Частка прийомів чергового лікаря, що відбулися, у загальній кількості пацієнтів, зареєстрованих в електронній черзі	%
19.	Незабезпеченість або частка пацієнтів у червоній зоні (включаючи нереалізований попит) по самозапису до лікарів-фахівців, до яких дозволено самостійний запис на прийом (на 8-й день)	%
20.	Незабезпеченість або частка пацієнтів у червоній зоні (включаючи нереалізований попит) до лікарів-фахівців 2-го рівня, до яких не дозволено самостійний запис	%
21.	Середня кількість днів зайнятості пацієнто-місця (з урахуванням змін роботи) денного стаціонару в році	Днів
22.	Частка досліджень на медичному обладнанні для платних медичних послуг у загальній кількості досліджень	%
III. Індикатори якості управління результатом		
23.	Частка унікальних пацієнтів, які відвідали заклад охорони здоров'я, у загальній кількості прикріпленого населення	

Продовження табл. 2.5

1	2	3
24.	Частка відвідувань із профілактичною метою у загальній кількості відвідувань	%
25.	Частка унікальних пацієнтів, прикріплених до закладу охорони здоров'я, які пройшли диспансеризацію певних груп дорослого населення та профілактичні медичні огляди протягом останніх 3 років у загальній чисельності прикріпленого населення.	%
26.	Частка громадян, які пройшли диспансеризацію певних груп дорослого населення (1-й етап) та профілактичні медичні огляди не більше ніж за 3 візити до закладу охорони здоров'я	%
27.	Частка випадків захворювання, виявленого при проведенні профілактичного медичного огляду (диспансеризації) з вперше у житті встановленим діагнозом, у загальній кількості виявлених захворювань із вперше встановленим діагнозом	%
28.	Частка пацієнтів, щодо яких дотримано періодичність прийомів з метою диспансерного спостереження	%
29.	Частка осіб, які викликали швидку медичну допомогу через захворювання, через які вони перебувають на диспансерному спостереженні, від загальної кількості осіб, які перебувають на диспансерному спостереженні	%
30.	Частка екстрених госпіталізацій осіб, які перебувають на диспансерному спостереженні у лікаря-терапевта, загалом госпіталізацій пацієнтів, які перебувають на диспансерному спостереженні	%
31.	Смертність прикріпленого населення вдома з розрахунку на 10 тис. прикріпленого населення	Випадків на 10 тис. чол.
IV. Індикатори якості результатів на основі результатів анкетування		
32.	Частка громадян, задоволених доступністю запису на прийом до лікаря за самозаписом або до лікаря-фахівця за направленням, із загальної кількості анкетованих	%
33.	Частка громадян, задоволених умовами перебування у медичній організації та організацією медичної допомоги, із загальної кількості анкетованих	%
34.	Частка громадян, задоволених термінами очікування діагностичного дослідження (інструментального, лабораторного), із загальної кількості анкетованих, яким потрібно проведення діагностичних досліджень	%
35.	Частка громадян із загальної кількості опитаних, яким довелося звертатися за платними медичними послугами у зв'язку з тим, що у закладі охорони здоров'я, до якої вони прикріплені, ці послуги не були надані безкоштовно.	%

Примітка. Складено автором

Періодичність проведення оцінки визначається вибором звітного періоду та залежить від затверджених термінів складання звітних форм, за винятком показників, що ґрунтуються на анкетуванні.

Доцільним при оцінці ефективності функціональної діяльності закладу

охорони здоров'я є використання досвіду контрольно-рахункових органів з проведення аудиту ефективності, при якому одним з методичних підходів є результат-орієнтований підхід. За такого підходу оцінюються фактичні результати діяльності об'єкта аудиту ефективності з погляду ефективності використання ресурсів. Оцінка проводиться з урахуванням принципів економності (досягнення об'єктом аудиту певних результатів з використанням найменшого обсягу ресурсів) та результативності (досягнення об'єктом аудиту найкращих результатів з використанням певного обсягу ресурсів).

Створення та впровадження системи показників для оцінки ефективності функціональної діяльності закладу охорони здоров'я багатьма експертами визнано продуктивним заходом, що дозволяє підвищити якість організації та надання медичної допомоги та визначити основні вектори розвитку системи охорони здоров'я.

Отже, запропонований методологічний підхід до формування системи показників для оцінки ефективності функціональної діяльності закладу охорони здоров'я базується на комплексному підході як одному з найкращих з обов'язковим включенням показників якості управління ресурсами та показників досягнення результату. Використання описаної в роботі системи показників у перспективі може стати основою для рейтингування закладів охорони здоров'я по всій території України з метою удосконалення процесів управління для досягнення бажаних результатів.

Висновки до розділу 2

КНП «5-а МКП м. Львова» – це «амбулаторно-поліклінічний заклад охорони здоров'я – комунальне унітарне некомерційне підприємство, що надає послуги первинної, вторинної/спеціалізованої (амбулаторної) медичної допомоги будь-яким особам у порядку та на умовах, встановлених законодавством України та відповідним статутом» [34].

Основи управління функціональною діяльністю КНП «5-а МКП м. Львова» прописані у правилах внутрішнього трудового розпорядку, які мають

на меті сприяти вихованню у працівників сумлінного ставлення до праці, подальшому зміцненню трудової дисципліни, раціональному використанню робочого часу, підвищенню якості лікувально-профілактичної роботи.

Для аналізу ресурсного забезпечення закладу охорони здоров'я розроблено комплексний підхід, реалізація якого передбачає кілька етапів: 1) загальна характеристика закладу охорони здоров'я, вивчення напрямів його діяльності, документів, що регламентують його діяльність, штатний розпис тощо; 2) вивчення обсягу фінансування закладу охорони здоров'я в динаміці та в залежності від джерел надходження коштів, виявлення закономірностей, тенденцій та перспектив розвитку процесу фінансування; 3) аналіз витрат закладу охорони здоров'я за основними напрямками, виділення найбільш витратних статей.

На основі проведеного аналізу рекомендовано наступну структуру витрат на придбання матеріальних ресурсів (у % від фінансових коштів, що спрямовуються на матеріально-технічне забезпечення): 1) щонайменше 65% коштів необхідно виділяти на закупівлю медикаментів, перев'язочних засобів та інших виробів медичного призначення; 2) на придбання медичної техніки та обладнання потрібно не менше 14% фінансових ресурсів; 3) щонайменше 14% коштів рекомендується витратити на продукти харчування; 4) необхідно звернути увагу на забезпеченість медичного закладу м'яким інвентарем, який потрібний не тільки для оснащення нових ліжок, а й для щорічного оновлення працюючих; на цю статтю витрат необхідно виділяти близько 3% коштів; 5) на інші матеріальні запаси у пропонованій структурі витрат відводиться до 4%.

Для вдосконалення обліку надходження матеріальних ресурсів у КНП «5-а МКП м. Львова» з метою економії часу для обробки інформації, а також, щоб уникнути втрати частини даних, рекомендовано використовувати спеціалізовані програмні продукти, в яких інформація, що вводиться, буде структурована по двох блоках: 1) інформація про укладені договори (контракти); 2) контроль за постачанням товарно-матеріальних цінностей.

Для оцінки ефективності функціональної діяльності закладу охорони

здоров'я запропоновано методологічний, який базується на комплексному підході як одному з найкращих з обов'язковим включенням показників якості управління ресурсами та показників досягнення результату. Використання описаної в роботі системи показників у перспективі може стати основою для рейтингування закладів охорони здоров'я по всій території України з метою удосконалення процесів управління для досягнення бажаних результатів.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Шляхи адаптації системи управління функціональною діяльністю закладу охорони здоров'я до умов цифровізації

Формування сучасної системи охорони здоров'я, що забезпечує високотехнологічну та якісну медичну допомогу, є пріоритетним напрямком розвитку для держави. Поряд із цим здорова нація виступає незамінною умовою економічного зростання країни, де заклад охорони здоров'я вважається постачальником медичних послуг. При поєднанні з передовими досягненнями науки і техніки охорона здоров'я виконує стабілізуючу функцію здоров'я населення та підтримки розвитку суспільно-економічних відносин, де управління та організація медичної допомоги відіграють ключову роль у досягненні поставленої мети перед системою охорони здоров'я. Заклад охорони здоров'я є економічним суб'єктом охорони здоров'я, що функціонує під впливом соціально-економічних чинників, таких як демографічні зміни, фізична доступність, впровадження технологій та інновацій, ускладнення структури захворювань, зростання попиту на високотехнологічну медичну допомогу. У зв'язку з цим обраний підхід щодо управління закладом охорони здоров'я впливає на процес надання медичної допомоги та на результат прийнятих рішень. З метою стандартизації надання медичної допомоги необхідно організувати перехід на нову модель надання первинної медичної допомоги на базі закладів охорони здоров'я.

Пропонована модель є комплексом заходів, спрямованих на дотримання інтересів пацієнта, організацію надання медичної допомоги з урахуванням раціонального використання його ресурсів, часу, підвищення якості, комфортності, доступності та рівня задоволеності, скорочення навантаження на медичний персонал, перехід на електронний документообіг.

Концепція управління моделі ґрунтується на усуненні втрат за рахунок формування постійного потоку створення цінності з охопленням наявних процесів організації та їх безперервного вдосконалення (рис. 3.1). Модель побудована на дотриманні критеріїв, включаючи управління потоком пацієнтів та запасами для забезпечення лікарськими засобами, а також стандартизація процесів, залучення керівників у впровадження ощадливих технологій, ефективне використання обладнання. Удосконалення системи управління функціональною діяльністю закладу охорони здоров'я в амбулаторних умовах має бути сконцентроване на оптимізації реєстратури та інших основних структурних підрозділів, які входять до його складу.



Рис. 3.1. Пропонована організаційна модель управління наданням первинної медичної допомоги закладом охорони здоров'я

Примітка. Розроблено автором

В умов динамічного зовнішнього середовища та впливу несприятливих чинників, таких як поширення нової коронавірусної інфекції COVID-19, слід

модернізувати існуючу модель медичної організації з орієнтацією на запити пацієнтів.

Пропонована модель управління наданням первинної медичної допомоги закладом охорони здоров'я повинна включати наступні гнучкі інструменти: 1) управління знаннями, яке спрямоване на розвиток процесів та поширення інтелектуальних активів; 2) стратегія зростання, що використовується для розподілу ресурсів, а також скорочення витрат часу на надання медичних послуг в умовах потоку пацієнтів; 3) збалансованість показників ведення діяльності у кількісному вимірі результатів; 4) сегментація пацієнтів, щоб дозволяє підготувати та організувати для них спеціальні пропозиції; 5) вимірювання рівня задоволеності пацієнтів.

Цифровий контур є актуальним напрямом в умовах цифровізації та глобалізації економіки. За результатами соціального опитування, близько 80% респондентів оцінили рівень цифровізації у їхніх закладах охорони здоров'я як порівняно низький (рис. 3.2).

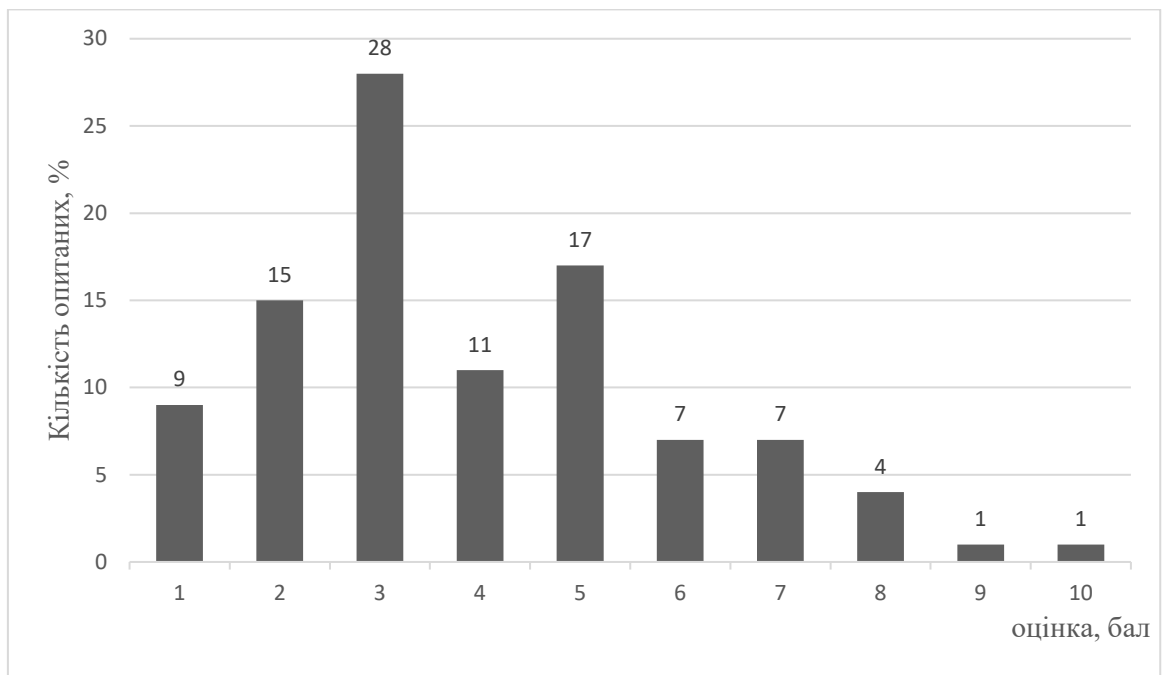


Рис. 3.2. Результати оцінки рівня інформатизації у закладах охорони здоров'я України за 10-бальною шкалою

Примітка. Складено за результатами медичних працівників

Зрілість закладу охорони здоров'я характеризується впровадженням інформаційних технологій у процес його функціональної діяльності із підтримкою прийняття лікарських рішень. Впровадження інформаційних технологій у функціональну діяльність закладу охорони здоров'я повинно здійснюватись в напрямках, які представлені на рис. 3.3.



Рис. 3.3. Напрямки впровадження інформаційних технологій у функціональну діяльність закладу охорони здоров'я

Примітка. Складено автором

Впровадження інформаційних технологій підвищує продуктивність праці за рахунок автоматизації процесів, покращує комунікацію та міжвідомчу взаємодію, якість обслуговування та економічність.

Для удосконалення управління функціональною діяльністю закладу охорони здоров'я необхідно активізувати його проекту діяльність, забезпечити стратегічний розвиток та покращення професійного рівня працівників.

Для активізації проектної діяльності закладу охорони здоров'я необхідно імплементувати в його роботу такі основні принципи проектного управління: 1) економічна доцільність; 2) бюджетне забезпечення; 3) поділ повноважень між працівниками (ролі та обов'язки); 4) використання кращих

практик та навчання на досвіді; 5) відкритість та відповідальність за прийняті рішення; 6) безперервність удосконалення; 7) багатоваріантність при управлінському рішенні; 8) конкуренція із приватними закладами охорони здоров'я; 9) фокусування на якості роботи структурних підрозділів; 10) цільова орієнтація на кінцевих споживачів медичних послуг – пацієнтів.

Для удосконалення управління функціональною діяльністю закладу охорони здоров'я необхідно імплементувати в його роботу поведінкової стратегії ухвалення управлінських рішень (рис. 3.4). Цей процес має ґрунтуватися на індивідуальних поведінкових уподобаннях та особливостях керівництва генерального директора (головного лікаря), де під ухваленням рішення розуміється ситуація управлінського вибору в умовах настання ризикових подій та невизначеності.

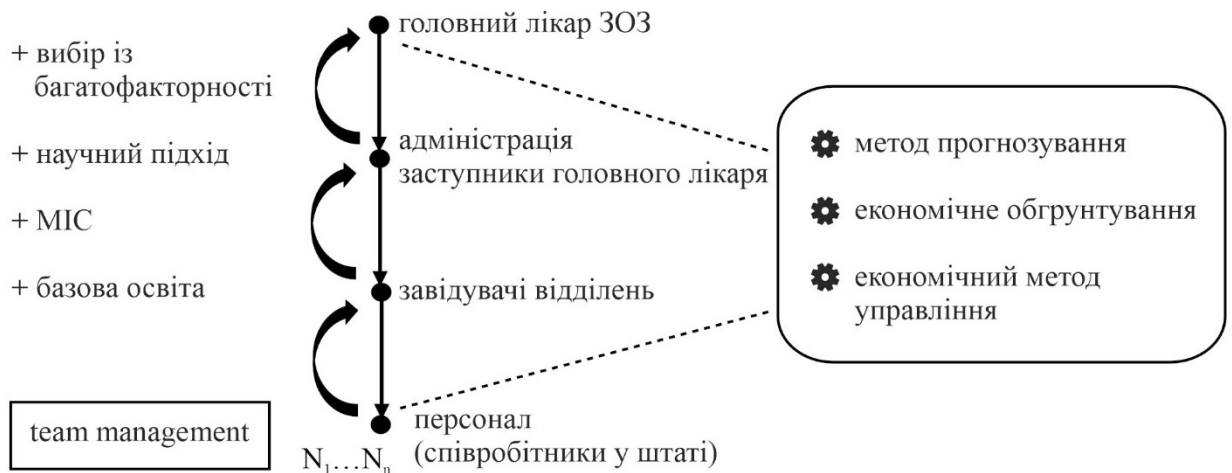


Рис. 3.4. Поведінкова стратегія ухвалення управлінських рішень керівництвом закладу охорони здоров'я

Примітка. Складено автором

Необхідно забезпечити залучення працівників усіх рівнів в процес ухвалення рішення на основі вибору з безлічі альтернатив. Підбір оптимального варіанта дій має бути зосереджений на кожному рівні ієрархії підпорядкування. В процесі ухвалення управлінських рішень слід використовувати методи прогнозування та економічного обґрунтування, а також економічний метод управління, при якому мотивація трудової діяльності виявляється у матеріальному стимулюванні (заробітна плата за системою

виплат медичним працівникам) та соціальному забезпеченні (пільги). Впровадження командного менеджменту забезпечить використання групового потенціалу працівників нести колективну відповідальність результат.

Спрогнозуємо ефект від ухвалення управлінського рішення в ході управління функціональною діяльністю закладу охорони здоров'я в умовах стаціонару за формулою:

$$\sum_{i=1}^n ES_i = ES_1 + ES_2 + ES_3 + \dots + ES_n, \quad (1)$$

де n – визначає сукупне число прогнозованих ефектів від роботи моделі; E – очікуваний позитивний ефект, який впливає діяльність закладу охорони здоров'я; S_1 – частка пролікованих пацієнтів (зростання); S_2 – кредиторська заборгованість (зниження); S_3 – скарги на результат надання медичної допомоги (відсутність); S_4 – виконання державного замовлення (план = факт); S_5 – термін очікування госпіталізації (зниження).

Виконаємо моделювання ухвалення рішення, яке має бути спрямоване на досягнення позитивних ефектів у роботі закладу охорони здоров'я (рис. 3.5).

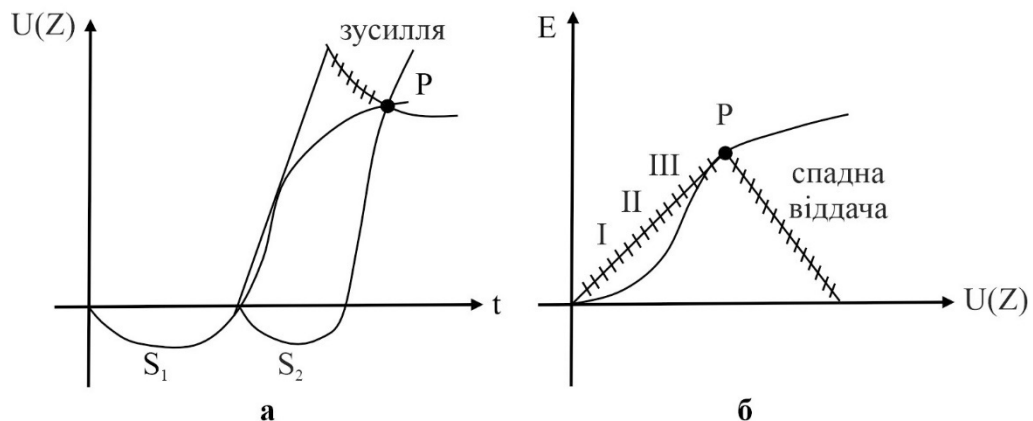


Рис. 3.5. Моделювання прийняття рішення, яке має бути спрямоване на досягнення позитивних ефектів у роботі закладу охорони здоров'я: а) прикладені зусилля закладу охорони здоров'я на етапах реалізації проекту; б) співвідношення прикладених зусиль до отриманого результату.

Примітки. Складено автором

U – прикладені зусилля; Z – витрати (фінансові, інтелектуальні, трудові та ін.); t – час прийняття рішення; S – цикл ухвалення рішення; P – межа, що визначає область зміни прийнятого рішення від S_1 до S_2 (перехід на наступний етап щодо споживчого попиту); E – ефект від зусиль, що показує результат; I, II, III – етапи прийняття рішення.

Життєвий цикл прийняття рішення описується S-подібною кривою. Оптимальне прийняття рішення має дозволяти оптимізувати вкладені інвестиції та знизити витрати на наступних етапах реалізації медичних проектів та програм. З економічної точки зору вихід за межі області Р призводить до нерентабельності закладу охорони здоров'я, де збільшення вкладень на розв'язання задачі не призводить до позитивного ефекту і настає індикатор зменшеної віддачі зусиль (рис. 3.5. (b)). Вкладені зусилля відповідають отриманому результату інтервалів t . Після III етапу по мірі досягнення Р ефективність зусиль знижується і настає необхідність переходу на інший цикл. Кожен етап ухвалення рішення супроводжується процесом управління знаннями.

Функціонування запропонованої організаційної моделі управління та надання медичної допомоги закладом охорони здоров'я в умовах цифрової трансформації схильна до таких ризиків: 1) перевищення терміну реалізації медичного проекту через недостатній рівень кваліфікованих фахівців з моделювання та оптимізації внутрішніх процесів закладу охорони здоров'я з урахуванням принципів ощадливого виробництва у сфері охорони здоров'я; 2) обмеження або затримки обсягів надходження бюджетних коштів на виконання заходів, передбачених планом-графіком; 3) недостатня поінформованість прикріпленого населення про реалізовані проекти та програми; 4) неповна залученість працівників у проект через концентрацію на паралельній діяльності (наприклад, відкриття інфекційного госпіталю для лікування пацієнтів з COVID-19).

3.2. Концепція ощадливого управління діяльністю закладу охорони здоров'я

Одним із елементів запропонованої у параграфі 3.1 організаційної моделі управління та надання медичної допомоги закладом охорони здоров'я є впровадження технології «ощадливого управління» (англ. *lean management*) спрямована створення цінності споживача. Такий підхід дозволяє організувати

та технологічно покращити діяльність персоналу, а також знизити, а надалі і повністю усунути? всі види втрат. Основою для впровадження ощадливого управління є високий рівень самоорганізації та управління, що базуються на корпоративній культурі, визначенні цінностей організації та на засадах соціальної відповідальності (рис. 3.6).



Рис. 3.6. Взаємозв'язок організаційних принципів технології «ощадливого управління» з базовими цінностями споживача та організації

Примітка. Сформовано автором

Таким чином, гарантії рівня безпеки регулюються пріоритетними цінностями та принципами ощадливого управління, серед яких слід відзначити найважливіші – життя та здоров'я як працівників закладу охорони здоров'я, так і пацієнтів. Також послідовно виявляються та усуваються різні види втрат та знижуються витрати від реалізації ощадливого управління в сфері охорони здоров'я.

Під ощадливим управлінням розуміється управлінська концепція, спрямована на прагнення усунення всіх видів втрат в організації. Такий підхід має використовуватися на всіх етапах управління закладом охорони здоров'я чи надання медичних послуг – від розробки до реалізації послуги. Автором концепції ощадливого управління є японський інженер та підприємець Тайіті Оно, який імплементував її в роботу корпорації «Toyota» у 50-ті роках ХХ століття. Його колега, Сігео Синго, який також працював над розробкою концепції, зробив великий внесок як у формування теорії, так і у практику

ощадливого управління. На думку авторів, концепція оощадливого управління є схемою управління всією організацією. У подальше становлення та розвиток концепції оощадливого управління зробили внесок багато вчених (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Внески вчених у розвиток концепції оощадливого управління

Автор	Країна	Період	Внесок
Таїті Воно	Японія	1950-ті	Розробник виробничої системи «Toyota», яка стала основою для концепції оощадливого управління.
Сігео Сінго	Японія	1950-і – 1980-і	Описав підхід оощадливого управління на прикладі виробничої системи «Toyota». Розробив систему «SMED» («Швидке переналагодження»), описав підхід оощадливого виробництва.
Джон Крафчик	США	1980-ті	Запропонував назви «lean production» («оощадливе виробництво») та «lean management» («оощадливе управління»).
Джеффри Лайкер	США	1980-ті – нині	Вивчав діяльність компанії «Toyota» та на основі цього виділив 14 основних принципів оощадливого управління. Виділив ще один вид втрат.
Вільям Левінсон	США	2000-ті – 2010-ті	Узагальнив японські методи скорочення втрат, а також розглянув такі методики, як канбан, кайдзен та інші, які дозволяють мінімізують дії, що не приносять цінності.

Примітка. Наведено за [31]

Отже, можна дійти висновку, що основи концепції заклали японські вчені, а неоціненний внесок у розвиток зробили американці. Незважаючи на велику кількість робіт, написаних на цю тему, вчені продовжують адаптувати нові методи та створювати нові способи використання концепції для досягнення найбільшого ефекту від впровадження оощадливого управління. Крім того, відбувається активне впровадження принципів та методів у різні галузі та сфери з урахуванням їх особливостей та специфіки. Основу концепції складають ефективні методи організації управління, що виникли в Японії, – Канбан (англ. «*Kanban*»), «Точно-вчасно» (англ. «*Just in time*»), «Кайдзен» (англ. «*Kaizen*») та інші. Основною метою концепції є скорочення процесів, які не додають цінності продукції або послуги. І це не дивно, адже в Японії якість розуміють як відсутність дефектів у виробленій продукції, або як метод управління організацією, що сприяє виробництву конкурентоспроможної продукції.

Сама по собі концепція базується на принципах, які сформулював Тайті Оно:

1. Створення цінності для споживача. Правильна організація діяльності досягається шляхом правильного розуміння цінності споживача та інших зацікавлених сторін. Будь-який процес, що відбувається в організації, необхідно розглядати з погляду його цінності для споживача.

2. Визначення потоку створення цінності. Під потоком створення цінності розуміють послідовність процесів, що відбуваються з продуктом або послугою, починаючи з їх проектування та закінчуючи реалізацією. Визначення потоку полягає у тому, що його необхідно розділити на три категорії: процеси, що безпосередньо створюють цінність продукту або послуги; процеси, що не створюють цінність, але необхідні з певних причин; процеси, які створюють цінність і виступають у ролі витрат. Остання категорія, тобто втрати, це процеси, які необхідно змінити або видалити з потоку з метою підвищення ефективності та зниження всіх видів витрат.

3. Забезпечення безперервності потоку створення цінності. Підвищення ефективності роботи організації досягається шляхом формування ланцюжка створення цінності, що включає постачальників, підрядників та споживачів. Цей принцип також включає швидке переналагодження обладнання з виробництва одного виду продукції на виробництво іншого, а також раціональне використання обладнання для організації безперервності потоку.

4. Витягування. Витягування передбачає виробництво такої кількості продукції, надання такої кількості послуг і в той час, які необхідні споживачеві. Це досягається шляхом налагодження оперативного обміну інформацією між організацією та споживачами.

5. Постійне вдосконалення. Цей принцип заснований на безперервному удосконаленні всіх вищезазначених принципів та доведенні їх до досконалості. Внаслідок зменшення всіх видів витрат, ліквідації витрат, залучення та розвитку персоналу організація наблизиться до того, що дійсно

хоче споживач.

Крім принципів ощадливого управління, про які необхідно завжди пам'ятати під час впровадження в організацію концепції, слід знати про цінності ощадливого управління. Вони виступають організаційною основою для принципів (рис. 3.7):

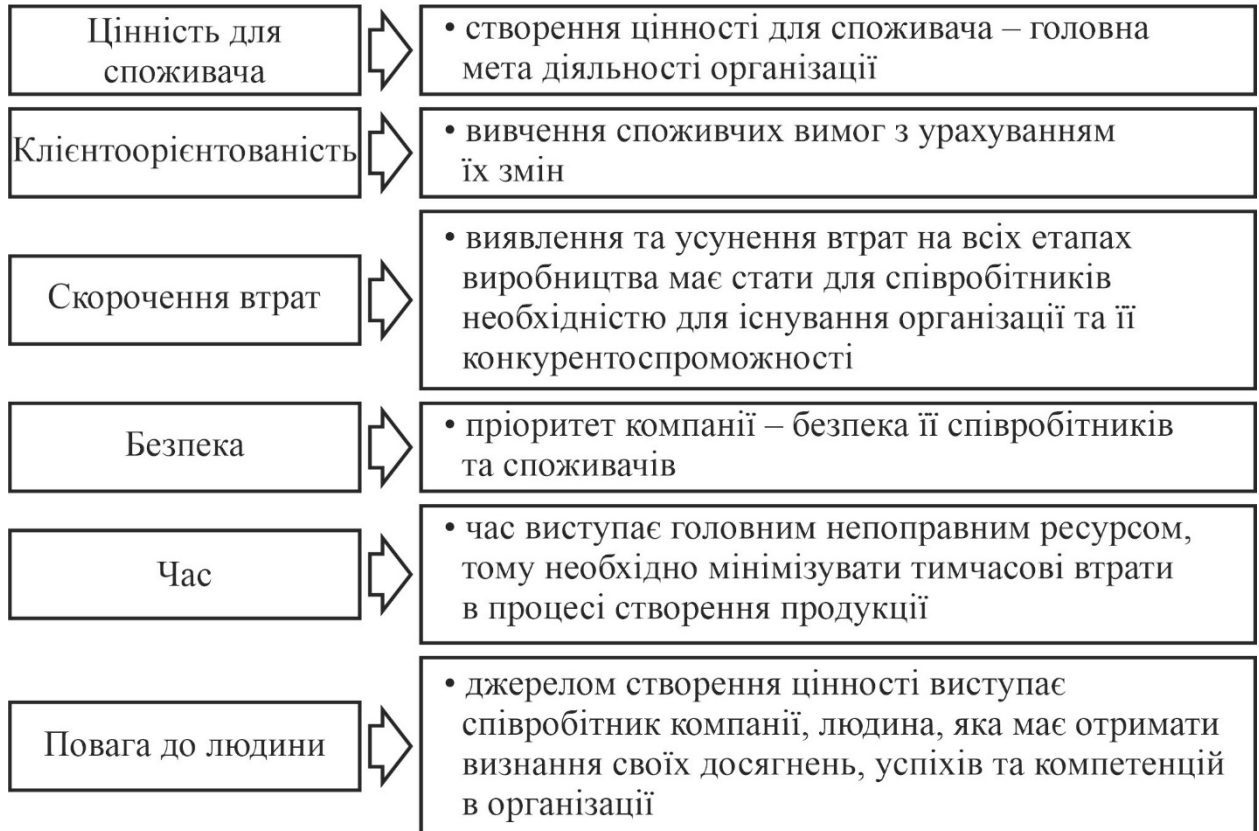


Рис. 3.7. Цінності ощадливого управління

Примітка. Наведено за [32]

Крім перелічених вище цінностей, організація здатна сама визначати і розвивати їх. Цінностями можуть виступати ідеали, норми, заборони та табу. Головне, щоб вони відповідали ідеології та статуту організації. Як вже було сказано, концепція ощадливого управління з'явилася на автомобільному заводі, проте згодом вона була адаптована до інших галузей і сфер. Наразі концепцію використовують організації незалежно від розміру чи галузі. До сфер, в яких сьогодні активно використовується концепція ощадливого управління, належать: 1) промисловість; 2) логістика (ощадлива логістика); 3) освіта; 4) муніципальне та державне управління (ощадливий уряд); 5)

інформаційні технології (ощадлива розробка програмного забезпечення); 6) будівництво (ощадливе будівництво); 7) медицина (ощадлива охорона здоров'я).

Незважаючи на те, що промислове виробництво надає ширші можливості для використання методів та інструментів ощадливого управління, воно також може бути використане у сфері послуг. Це сталося рахунок адаптації цих методів до потреб організацій сфері послуг.

Один із відомих та успішних прикладів впровадження концепції у сферу обслуговування – це сфера охорони здоров'я. Під «ощадливою охороною здоров'я» розуміють концепцію мінімізації тимчасових витрат персоналу закладу охорони здоров'я, які не стосуються допомоги пацієнтові. Метою «ощадливої охорони здоров'я» є використання методів ощадливого управління для скорочення витрат часу лікарів шляхом організації більш ефективного процесу надання медичних послуг.

Незважаючи на використання ощадливого управління у сфері охорони здоров'я, необхідно розуміти, що відбувається трансформація принципів, тому що основною метою впровадження концепції у сферу охорони здоров'я є підвищення пацієнтоорієнтованості процесу надання медичних послуг.

Принципи ощадливого управління у охороні здоров'я: 1) створення продуктів та послуг без дефектів; 2) збільшення ефективності за рахунок усунення втрат; 3) підвищення задоволеності пацієнтів медичних закладів; 4) підвищення безпеки здоров'я пацієнтів медичних закладів; 5) зниження витрат часу.

Також необхідно визначити втрати, які можуть бути виникнути в процесі надання медичних послуг. Тайті Оно, творець концепції, під втратами розумів будь-які дії, що не створюють цінності для споживача. Якщо дивитися на втрати з огляду на особливості сфери охорони здоров'я, то їх можна розглядати як дії, що ведуть до тимчасових втрат. У табл. 3.1 розглянуто 7 видів втрат, виділених Тайті Оно, з прикладами з галузі охорони здоров'я.

Таблиця 3.1

Види втрат з прикладами в сфері охорони здоров'я

Вид втрат	Визначення	Приклад
Транспортування	Зайвий рух матеріалів призводить до утворення матеріальних та тимчасових втрат	Пацієнту необхідно відвідувати поліклініку кілька разів через непродуманий графік диспансеризації, непродумане планування кабінетів
Надлишок запасів	Зберігання запасів у кількості, що перевищує мінімально необхідну, не додає цінності продукту	Помилки під час замовлення витратних матеріалів; непродумана система закупівлі; утворення черг в реєстратурі на прийом до лікарів
Зайві рухи	Зайві пересування працівників спричиняють тимчасові втрати	Зайві переміщення лікаря та медсестри через непродумане планування кабінету
Очікування	Простої між етапами виконання послуги створюють тимчасові втрати	Тривалі за часом прийоми під час проходження медичних оглядів; нерівномірне навантаження на медичний персонал
Перевиробництво	Послуга надається у більшому обсязі, ніж необхідно споживачеві	Не всі призначені аналізи згодом використовуються лікарями
Надлишкова обробка	Зайві дії, що викликають тимчасові та матеріальні витрати	Дублюючі аналізи; надлишок погоджень документів
Дефекти	Кожна неправильно виконана послуга призводить до додаткових витрат	Помилки під час діагностики захворювань; неправильно надані медичні послуги

Примітка. Сформовано автором

Для імплементації технології оцадливого управління діяльність закладів охорони здоров'я Міністерству охорони здоров'я України слід розробити та запровадити в практику проект «Оцадливий заклад охорони здоров'я». Даний проект має реалізовуватися з метою впровадження та постійного використання медичними працівниками методів та інструментів оцадливого управління, що полегшує створення системи, орієнтованої на пацієнта, та сприятливого середовища у медичному закладі з підвищенням безпеки та якості, усуненням втрат та створенням корпоративної культури.

Впровадження оцадливого виробництва у заклади охорони здоров'я передбачає вирішення низки проблем: 1) скорочення часу очікування пацієнтів на надання медичних послуг; 2) мінімізація втрат у процесі надання медичних

послуг; 3) навчання студентів та медичних працівників ощадливого менеджменту в сфері охорони здоров'я; 4) підвищення ефективності використання будівель медичних установ; 5) формування компетенцій медичного персоналу, пов'язаних із виявленням та вирішенням проблем; 6) стандартизація процесів із використанням «найкращих практик»; 7) організація потоків пацієнтів залежно від мети відвідування медичного закладу; 8) підвищення задоволеності пацієнта рівнем медичних послуг.

Також виділяють проблеми, які не будуть вирішені внаслідок впровадження концепції: 1) нестача фінансування; 2) недостатній рівень заробітної плати працівників; 3) навчання персоналу навичкам інформаційних технологій; 4) ефективна організація надання платних послуг; 5) нестача лікарів; 6) вивчення психологічних особливостей поведінки пацієнтів у медичних закладах.

На основі переліку вирішуваних проблем можна зробити висновок, що під «ощадливим закладом охорони здоров'я» розуміється медичний заклад з продуманою внутрішньою системою логістики та зручною ергономікою на робочих місцях працівників, з рівномірним завантаженням персоналу та оперативним вирішенням проблем із мінімальними втратами з використанням методів та інструментів ощадливого управління.

Наступним кроком після імплементації концепції ощадливого управління у функціональну діяльність закладу охорони здоров'я повинен стати перехід від окремих проектів до єдиної моделі «ощадливого закладу охорони здоров'я».

З метою полегшення процесу імплементації концепції ощадливого управління у функціональну діяльність досліджуваного закладу охорони здоров'я було проведено анкетування у рамках дослідження залученості персоналу до процесу надання медичних послуг та задоволеності пацієнтів їх якістю. Для цього було розроблено анкети (табл. 3.2, 3.4), після аналізу яких були представлені результати необхідності впровадження ощадливого управління в досліджуваному закладі охорони здоров'я.

**Анкета для оцінки задоволеності пацієнта якістю медичних послуг
закладу охорони здоров'я**

№	Питання	Відповідь				
1.	Ваша стать					
2.	Ваш вік					
3.	Причина звернення до закладу охорони здоров'я					
4.	Фахівець прийняв Вас вчасно, у час, вказаний під час запису?					
5.	Вкажіть термін очікування прийому у фахівця з моменту запису на прийом					
Відповіді на ці питання необхідно дати за допомогою оціночної шкали, де 1 – повністю незадоволений; 2 – переважно незадоволений; 3 – важко відповісти; 4 – переважно задоволений; 5 – повністю задоволений.		1	2	3	4	5
6.	Оцініть компетентність фахівця					
7.	Оцініть навігацію всередині закладу охорони здоров'я					
8.	Оцініть чистоту всередині закладу охорони здоров'я					
9.	Оцініть якість інфраструктури (обладнані місця для очікування, ліфти)					
10.	Оцініть зручність запису через call-центр/Інтернет					
11.	Оцініть комунікативну компетентність персоналу					
12.	Оцініть доступність запису на прийом (наскільки легко/складно було записатися)					
13.	Оцініть загальне задоволення від відвідування закладу охорони здоров'я					
Оцініть важливість наступних параметрів за 5-бальною шкалою, де 1 – абсолютно не важливий; 2 – іноді важливий; 3 – важко відповісти; 4 – важливий; 5 – дуже важливий.		1	2	3	4	5
14.	Компетентність спеціаліста					
15.	Навігація всередині закладу охорони здоров'я					
16.	Чистота всередині закладу охорони здоров'я					
17.	Інфраструктура					
18.	Зручність запису через call -центр/Інтернет					
19.	Комунікативна компетентність персоналу					
20.	Доступність запису приймання					

Примітка. Сформовано автором

Узагальнені результати проведеного опитування представлені в табл. 3.3.

Таблиця 3.3

Розрахунок задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг

КНП «5-а МКЛ м. Львова»

№ п/п	Параметр	Вага параметра	Середня оцінка пацієнтів	Результат за параметром
1	Компетентність спеціаліста	0,53	4,47	2,369
2	Навігація всередині поліклініки	0,03	4,86	0,146
3	Чистота	0,11	4,72	0,519
4	Інфраструктура	0,02	4,31	0,086
5	Зручність запису через call-центр/Інтернет	0,09	4,27	0,384
6	Комунікативна компетентність персоналу	0,12	4,81	0,577
7	Доступність запису приймання	0,10	3,93	0,393
Сума:		1,00		4,474

Примітка. Розраховано автором на основі проведеного опитування

Анкета для оцінки залученості персоналу закладу охорони здоров'я в процес впровадження концепції ощадливого управління представлена в табл. 3.4.

Таблиця 3.4

Анкета для оцінки залученості персоналу закладу охорони здоров'я до впровадження ощадливих технологій

№ п/п	Питання	Так	Ні
1	2	3	4
1.	Я згоден(а), що концепція ощадливого управління, яка впроваджується в заклад охорони здоров'я, сприяє підвищенню якості медичних послуг		
2.	Мені зручно використовувати у своїй рутинній діяльності метод організації робочого простору		
3.	Я використовую у своїй діяльності стандарти, інструкції та алгоритми, розроблені з використанням ощадливих технологій		
4.	Я готовий до подальшого впровадження методів, інструментів ощадливого управління та кращих практик		
5.	Я довіряю керівництву закладу охорони здоров'я та робочій групі у прийнятті рішень, пов'язаних з впровадженням ощадливих технологій		
6.	Цінності ощадливого управління збігаються з моїми		
7.	Я хотів би брати участь в обговоренні та постійному покращенні якості медичних послуг з використанням ощадливих технологій.		

1	2	3	4
8.	Концепція ощадливого управління сприяла зниженню тимчасових втрат на дії, що не додають цінності.		
9.	Впровадження ощадливого управління дозволило зручніше облаштувати робочий кабінет		
10.	Після впровадження ощадливих технологій скоротилося навантаження за рахунок використання електронного запису та певної кількості талонів за зміну		
11.	Найкращі практики сприяли скороченню паперової документації за рахунок впровадження електронного документообігу		
12.	Спостерігається скорочення помилок за рахунок використання стандартних операційних процедур та стандартних операційних карт процесів		

Примітка. Сформовано автором

Узагальнені результати проведеного опитування представлені в табл. 3.5.

Таблиця 3.5

Розрахунок залученості персоналу до процесу надання медичних послуг та задоволеності пацієнтів їх якістю в КНП «5-а МКЛ м. Львова»

№ п/п	Параметр	Вага параметра	Отриманий бал	Результат за параметром
1	Задоволеність пацієнтів	0,45	4,474	2,013
2	Очікування пацієнтів	0,2	4,008	0,802
3	Час, витрачений на дії, що не додають цінності дії	0,15	4,019	0,603
4	Залучення персоналу	0,15	4,218	0,633
5	Зміна умов праці	0,05	4,189	0,209
Сума:		1,00		4,260

Примітка. Розраховано автором на основі проведеного опитування

Після цього для підвищення залучення працівників закладу охорони здоров'я до процесу використання ощадливих технологій слід створити дорадчий орган, до якого може увійти будь-який бажаючий. Цей орган повинен являти собою гурток, в якому працівники зможуть пропонувати та обговорювати ідеї покращення якості обслуговування в закладі охорони здоров'я. Крім цього, слід створити канали зв'язку для збору анонімних пропозицій від персоналу та пацієнтів: канали зв'язку в Інтернеті, скриньки та дошки для пропозицій.

У цей час робоча група має пройти належне навчання основ концепції

ощадливого управління, яке має бути адаптоване до особливостей використання ощадливих технологій у сфері охорони здоров'я. Після завершення навчання робоча група має визначити проблемні напрями та провести картування потоку створення цінності. На основі цього відбираються проблемні процеси та аналізуються з використанням діаграми Ісікава – для встановлення причинно-наслідкових зв'язків, методу «5 Чому» – для пошуку першопричини та методу «5W1H» – для з'ясування деталей.

Після з'ясування всієї інформації про проблемні процеси слід розпочати впровадження методів концепції: візуалізації, методу організації простору та стандартизації роботи. Основними інструментами є стандартні операційні процедури, стандартні операційні картки, колірне кодування, «було-стало», червоні ярлики та інші необхідні у кожній конкретній ситуації інструменти. Крім того, слід почати впроваджувати найкращі практики, які зарекомендували себе як ефективні технології ощадливого управління в сфері охорони здоров'я. До найкращих практик відносять електронну реєстратуру, електронний документообіг, логістику карток. Останнім етапом є організація моніторингу, до якого має входити створення та навчання групи аудиторів, розробка планів аудитів, безпосереднє їх проведення та усунення виявлених невідповідностей.

Отже, реалізація запропонованих заходів дозволить побудувати ефективну систему управління функціональною діяльністю закладу охорони здоров'я, засновану на принципах ощадливості та економічної ефективності.

Висновки до розділу 3

Розроблено організаційну модель управління та надання медичної допомоги закладом охорони здоров'я. У запропоновану модель включені гнучкі інструменти менеджменту та методи управління проектами, які підвищують ефективність досягнення запланованих результатів та стійкість під впливом чинників динамічного зовнішнього середовища.

Запропоновано поведінкову стратегію ухвалення управлінських рішень керівництвом закладу охорони здоров'я, в основу якої має бути покладена

достовірна інформація, одержана за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій. У ході управління реалізацією проектів та програм керівництву рекомендовано дотримуватись принципів проектного управління, що забезпечують системний підхід у виконанні найбільш значущих завдань.

Подано стратегію ухвалення управлінського рішення в закладі охорони здоров'я, де операційні процеси засновані на індивідуальних поведінкових уподобаннях керівника. Використання методів прогнозування, економічного обґрунтування та управління із залученням працівників відповідно до їх профілю компетенцій з командного менеджменту дозволяє по ієрархії вгору приймати оптимальне рішення щодо поточної ситуації з-поміж безлічі альтернатив. Розроблено формулу, за допомогою якої визначається сукупний позитивний ефект від ухвалення рішення на планово-економічну частину в процесі надання медичних послуг. Змодельовано ухвалення рішення з урахуванням споживчого попиту, що має бути спрямоване на досягнення позитивних ефектів. При цьому в моделі враховувано функціональну сферу управління ризиками, які здатні несприятливо впливати на етапи реалізації державних проектів і програм.

Запропоновано імплементувати в систему управління функціональною діяльністю закладу охорони здоров'я принципи ощадливого управління у охороні здоров'я: 1) створення продуктів та послуг без дефектів; 2) збільшення ефективності за рахунок усунення втрат; 3) підвищення задоволеності пацієнтів медичних закладів; 4) підвищення безпеки здоров'я пацієнтів медичних закладів; 5) зниження витрат часу.

ВИСНОВКИ

Дослідження системи управління функціональною діяльністю закладу охорони здоров'я, проведене на матеріалах КНП «5-а КМП м. Львова», дозволило зробити наступні висновки та пропозиції.

Амбулаторно-поліклінічна допомога – це найдоступніший і наймасовіший вид медичної допомоги. Даний вид медичної допомоги характеризується такими особливостями: більша частина амбулаторно-поліклінічних закладів надає первинну медико-соціальну допомогу та забезпечує медичну допомогу переважно за місцем проживання з урахуванням інтересів громадян; вирішення проблем здоров'я населення (лікування, профілактика та ін.) здійснюється або на базі амбулаторно-поліклінічних установ, або вдома; це найдешевший вид медичної допомоги порівняно з іншими (стаціонарним, санаторно-курортним); амбулаторно-поліклінічний вид допомоги гарантований законами та іншими нормативно-правовими актами.

Амбулаторно-поліклінічну допомогу надають всі поліклініки, різні види диспансерів, жіночі консультації, амбулаторії, медичні пункти. Сучасна поліклініка є великою багатoproфільною, спеціалізованою лікувально-профілактичною установою, призначеною надавати медичну допомогу та здійснювати комплекс профілактичних заходів щодо оздоровлення населення та попередження захворювань.

Основними завданнями сучасної міської поліклініки є: надання первинної медико-соціальної допомоги: лікування гострих захворювань та травм, загострень хронічних захворювань; попередження рецидивів (загострень) хронічних захворювань; проведення комплексу відновного лікування; надання найбільш поширених видів спеціалізованої медичної допомоги: хірургічної, кардіологічної, неврологічної, оториноларингологічної, офтальмологічної та ін.; збір інформації про стан здоров'я населення (захворюваність, інвалідність, смертність); участь у розробці та здійсненні профілактичних заходів відповідно до територіальних програм профілактики,

в т.ч. участь у проведенні протиепідемічних заходів та гігієнічного виховання населення; проведення експертизи тимчасової непрацездатності та експертизи медико-соціальних проблем.

КНП «5-а МКП м. Львова» – це «амбулаторно-поліклінічний заклад охорони здоров'я – комунальне унітарне некомерційне підприємство, що надає послуги первинної, вторинної/спеціалізованої (амбулаторної) медичної допомоги будь-яким особам у порядку та на умовах, встановлених законодавством України та відповідним статутом» [34].

Основи управління функціональною діяльністю КНП «5-а МКП м. Львова» прописані у правилах внутрішнього трудового розпорядку, які мають на меті сприяти вихованню у працівників сумлінного ставлення до праці, подальшому зміцненню трудової дисципліни, раціональному використанню робочого часу, підвищенню якості лікувально-профілактичної роботи.

Для аналізу ресурсного забезпечення закладу охорони здоров'я розроблено комплексний підхід, реалізація якого передбачає кілька етапів: 1) загальна характеристика закладу охорони здоров'я, вивчення напрямів його діяльності, документів, що регламентують його діяльність, штатний розпис тощо; 2) вивчення обсягу фінансування закладу охорони здоров'я в динаміці та в залежності від джерел надходження коштів, виявлення закономірностей, тенденцій та перспектив розвитку процесу фінансування; 3) аналіз витрат закладу охорони здоров'я за основними напрямками, виділення найбільш витратних статей.

На основі проведено аналізу рекомендовано наступну структуру витрат на придбання матеріальних ресурсів (у % від фінансових коштів, що спрямовуються на матеріально-технічне забезпечення): 1) щонайменше 65% коштів необхідно виділяти на закупівлю медикаментів, перев'язочних засобів та інших виробів медичного призначення; 2) на придбання медичної техніки та обладнання потрібно не менше 14% фінансових ресурсів; 3) щонайменше 14% коштів рекомендується витратити на продукти харчування; 4) необхідно звернути увагу на забезпеченість медичного закладу м'яким інвентарем, який

потрібний не тільки для оснащення нових ліжок, а й для щорічного оновлення працюючих; на цю статтю витрат необхідно виділяти близько 3% коштів; 5) на інші матеріальні запаси у пропонованій структурі витрат відводиться до 4%.

Для вдосконалення обліку надходження матеріальних ресурсів у КНП «5-а МКП м. Львова» з метою економії часу для обробки інформації, а також, щоб уникнути втрати частини даних, рекомендовано використовувати спеціалізовані програмні продукти, в яких інформація, що вводиться, буде структурована по двох блоках: 1) інформація про укладені договори (контракти); 2) контроль за постачанням товарно-матеріальних цінностей.

Для оцінки ефективності функціональної діяльності закладу охорони здоров'я запропоновано методологічний, який базується на комплексному підході як одному з найкращих з обов'язковим включенням показників якості управління ресурсами та показників досягнення результату. Використання описаної в роботі системи показників у перспективі може стати основою для рейтингування закладів охорони здоров'я по всій території України з метою удосконалення процесів управління для досягнення бажаних результатів.

Для удосконалення системи управління функціональною діяльністю КНП «5-а МКП м. Львова» необхідно: 1) посилити персональну відповідальність лікарів центру первинної медичної допомоги за динамічним спостереженням стану здоров'я пацієнтів відповідно до галузевих стандартів в охороні здоров'я; 2) забезпечити максимальне охоплення мешканців скринінговими та профілактичними оглядами з метою раннього виявлення захворювань, зокрема таких як гіпертонічна хвороба та інші серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, онкозахворювання, зокрема раку молочної залози, передміхуровою залози та колоректального раку та виконання індикатора якості роботи лікарів до очікуваного результату не менше 70%; 3) завідувачам відділень та амбулаторій сімейної медицини центру первинної медичної допомоги здійснювати щомісячний моніторинг виконання ключових показників ефективності, індикаторів якості роботи лікарів та показників Міської програми «Здоров'я львів'ян»; 4) фахівцям центру первинної медичної

допомоги з метою виконання індикаторів якості роботи лікарів та показників Міської програми «Здоров'я львів'ян» своєчасно вводити в діагностичні звіти скерування на дослідження, дані про обстеження надсилати в ЕСОЗ; 5) покращити комунікацію з пацієнтами по телефону або іншими доступними технічними засобами з метою роз'яснення механізму надання медичних послуг; б) активізувати інформаційне висвітлення пропаганди здорового способу життя з метою доведення до свідомості мешканців необхідності дотримання правил гігієни, правильного харчування, подолання шкідливих звичок, тощо.

Розроблено організаційну модель управління та надання медичної допомоги закладом охорони здоров'я. У пропоновану модель включені гнучкі інструменти менеджменту та методи управління проектами, які підвищують ефективність досягнення запланованих результатів та стійкість під впливом чинників динамічного зовнішнього середовища.

Запропоновано поведінкову стратегію ухвалення управлінських рішень керівництвом закладу охорони здоров'я, в основу якої має бути покладена достовірна інформація, одержана за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій. У ході управління реалізацією проектів та програм керівництву рекомендовано дотримуватись принципів проектного управління, що забезпечують системний підхід у виконанні найбільш значущих завдань.

Подано стратегію ухвалення управлінського рішення в закладі охорони здоров'я, де операційні процеси засновані на індивідуальних поведінкових уподобаннях керівника. Використання методів прогнозування, економічного обґрунтування та управління із залученням працівників відповідно до їх профілю компетенцій з командного менеджменту дозволяє по ієрархії вгору приймати оптимальне рішення щодо поточної ситуації з-поміж безлічі альтернатив. Розроблено формулу, за допомогою якої визначається сукупний позитивний ефект від ухвалення рішення на планово-економічну частину в процесі надання медичних послуг. Змодельовано ухвалення рішення з урахуванням споживчого попиту, що має бути спрямоване на досягнення позитивних ефектів. При цьому в моделі враховувано функціональну сферу

управління ризиками, які здатні несприятливо впливати на етапи реалізації державних проектів і програм.

Запропоновано імплементувати в систему управління функціональною діяльністю закладу охорони здоров'я принципи ощадливого управління у охороні здоров'я: 1) створення продуктів та послуг без дефектів; 2) збільшення ефективності за рахунок усунення втрат; 3) підвищення задоволеності пацієнтів медичних закладів; 4) підвищення безпеки здоров'я пацієнтів медичних закладів; 5) зниження витрат часу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баєва О.В. Основи менеджменту охорони здоров'я: навч.-метод. посіб. Київ: МАУП, 2007. 328 с.
2. Баєва О.В., Білинська М.М., Згалат-Лозинська Л.О. та ін. Медичний менеджмент: понятійно-термінол. слов. за ред. О.В. Баєвої, Я.Ф. Радиша. К. : ДП «Видавничий дім «Персонал», 2008. 232 с.
3. Баєва О.В., Чебан В.І. Економіка та підприємництво в охороні здоров'я: навч. посібник. Видавництво БДМУ, 2013. 360 с.
4. Біла В., Сазоненко Л. Головний лікар: менеджер, клініцист чи управлінець. *Управління закладом охорони здоров'я*. 2016. № 2. С. 42-50.
5. Білинська М.М., Радиш Я.Ф. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр.: у 2 ч К. : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
6. Білинська М.М., Авраменко Т.П. Управління змінами сфери охорони здоров'я : навч.-метод. матеріали. К.: НАДУ, 2015. 80 с.
7. Вакуленко В.М., Рожкова І.В., Жаліло Л.І., Давидова Ю.В. та ін. Управління охороною здоров'я територіальної громади: монографія за ред. В.М. Вакуленка, М.К. Орлатого. К. : НАДУ, 2009. 152 с.
8. Вороненко Ю.В. Менеджмент в охороні здоров'я: навчально методичний посібник. К.: НМАПО, 2014. 367 с.
9. Вороненко Ю.В. Стратегічне управління в охороні здоров'я: теоретичні та практичні аспекти. *Науковий журнал МОЗ України*. 2014. № 1 (5). С. 39-46.
10. Вороненко Ю.В., Гойда Н.Г., Латишев Є.Є. та ін. Сучасні напрями менеджменту в охороні здоров'я: навчально-методичний посібник. Київ: Медицина України, 2015. 335 с.
11. Вороненко Ю.В., Михальчук В.М., Горачук В.В. та ін. Управління якістю медичної допомоги: науково-практичні підходи до вдосконалення: посібник. К., 2016. 163 с.
12. Вороненко Ю.В., Пащенко В.М. Бізнес-планування в охороні здоров'я. Кив: «Генеза», 2016. 336 с.

13. Вороненко Ю.В., Проданчук М. Г., Гойда Н.Г. та ін. Менеджмент в охороні здоров'я: навчально-методичний посібник. К.: Медицина України, 2014. 334 с.

14. Дяків О., Шушпанов Д., Пошелюжний В. Розвиток економіки знань в організації, яка самонавчається. Вісник Тернопільського національного економічного університету. 2020. Випуск 1 (95). С. 113-125. URL: <https://www.econa.org.ua/index.php/econa/article/view/1345>

15. Економіка охорони здоров'я: підручник; за заг. ред. д.муд. н., проф. Парія В.Д.; Національний медичний університет імені О.О Богомольця. Житомир: ТОВ «Видавничий дім «Бук-Друк», 2021. 288 с. URL: <http://ir.librarynmu.com/bitstream/123456789/7397/1.pdf>

16. Желюк Т. Сучасні підходи до реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я. Вісник Тернопільського національного економічного університету. 2019. № 1. С. 37-50.

17. Желюк Т., Мацик В. Медичний туризм, нові напрями та можливості: макроекономічні та регіональні аспекти. Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України. 2021. Вип. 26. С. 17-27.

18. Желюк Т., Чигур О. Регіональні ринки медичних послуг: специфіка формування та надання в умовах проведення медичної реформи. Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України. 2020. Вип. 25. С. 13-22.

19. Жуковська, А.Ю. Інноваційні технології інклюзивної медицини. *Інноваційна економіка*. 2020. № 3-4 (83). С. 19-30. URL: <https://doi.org/10.35774/visnyk2019.02.007>

20. Жуковська, А.Ю., Чигур, О.В. Інноваційні технології надання медичних послуг. *Інноваційна економіка*. 2022. № 1 (90). С. 60-66. URL: <https://doi.org/10.37332/2309-1533.2022.1.8>

21. Кривокульська Н.М. Удосконалення організації роботи медичних установ як функції адміністративного менеджменту. Формування ринкових відносин в Україні. 2015. № 2 (165). С. 67-71. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/udoskonalennya-organizatsiyi-roboti-medichnih->

[ustanov-yak-funktsiyi-administrativnogo-menedzhmentu/viewer](#)

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

23. Лисак В., Голованова І., Фошина А., Глебов В. Шляхи підвищення управлінської культури керівників закладів охорони здоров'я. *Управління закладом охорони здоров'я*. 2015. №11. С. 76-80.

24. Літвак А. І. Дослідження систем управління медичного закладу. Одеса : ОРДІУ НАДУ, 2005. 142 с.

25. Мачуга Н.З. Методологічні аспекти формування та функціонування системи якісних медичних послуг в Україні: монографія. Тернопіль, Тайп, 2012. 199 с.

26. Мельник А.Ф., Васіна А.Ю., Кривокульська Н.М. Менеджмент державних установ і організацій: навч. посібник; за ред. А.Ф. Мельник. Тернопіль: Економічна думка, 2006. 425 с.

27. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я: кол. монографія за науковою ред. д.е.н. Шкільняка М.М., д.е.н. Желюк Т.Л. Тернопіль, Крок. 2020. 560 с. URL: http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/38546/1/Mon_uzoz_t.pdf

28. Оболенський О.Ю., Солоненко І.М., Жаліло Л.І. та ін. Управління охороною здоров'я на місцевому рівні: національний та зарубіжний досвід: навч. посіб. К.: Асоціація міст України та громад, 2007. 191 с.

29. Організація діяльності в сфері охорони здоров'я: навч. посібник за ред. Шкільняка М.М., Желюк Т.Л., Тернопіль, Крок. 2021. 438 с.

30. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>

31. Поворозник М.Ю. Комплексний аналіз національних моделей організації систем медичних послуг. *Причорноморські економічні студії*. 2017. Вип. 14. С. 25-28.

32. Рудий В. Контроль над витратами і ефективне використання ресурсів

як засоби покращення системи охорони здоров'я в Україні. URL: http://www.healthfin.kiev.ua/pages/review/res_6u.htm.

33. Смірнова В. Л., Панчишин Н.Я. Роль керівників охорони здоров'я в її реформуванні. *Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України*. 2013. № 3. С. 26-28.

34. Статут комунального некомерційного підприємства «5-а мілька клінічна поліклініка м. Львова».

35. Терлецька М. Напрямки удосконалення механізмів управління функціональною діяльністю закладу охорони здоров'я. Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні: матеріали Наукової інтернет-конференції молодих вчених, аспірантів та студентів кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу, 24 листопада 2023 року, м. Тернопіль. С.

36. Терлецька М. Управління функціональною діяльністю закладу охорони здоров'я. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів: матеріали доповідей IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Тернопіль, 4 травня 2023 року). Тернопіль, ЗУНУ. С. 344-347.

37. Толуб'як В., Жуковська А., Халецька А., Мосора Л. Соціальна і гуманітарна політика: навч. посібник за ред. В.С. Толуб'яка. Тернопіль, Крок. 2021. 390 с.

38. Шевченко В. А. Зарубіжний досвід управління закладами охорони здоров'я. *Економічний вісник Запорізької державної інженерної академії*. 2016. Вип. 6(2). С. 9-13.

39. Шкільняк М. М, Овсянюк-Бердадіна О. Ф., Крисько Ж. Л., Демків І. О. Менеджмент: підручник. Тернопіль: ЗУНУ, 2022 р. 258 с.

40. Шкільняк М., Желюк Т., Дудкіна О., Жуковська А., Попович Т. Управління закладами охорони здоров'я: виклики та перспективи (аналітичні рекомендації за результатами круглого столу (Тернопіль – Збараж, Збараський замок, 9 вересня 2021 року.) *Вісник економіки*. 2021. № 4. С. 225-233. <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/45703/1/%D0%A8%D0%BA%D1%9>

[6%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8F%D0%BA.PDF](#)

41. Шкільняк М., Кривокульська Н. Діагностика середовища функціонування закладу охорони здоров'я як передумова проведення змін. *Соціально-економічні проблеми і держава*. 2018. Вип. 2 (19). С. 151-159. URL:

<https://elartu.tntu.edu.ua/bitstream/lib/27328/8/18smmpz.pdf>

42. Шкільняк М.М, Овсянюк-Бердадіна О.Ф., Крисько Ж.Л., Демків І.О. Менеджмент: підручник. Тернопіль: ЗУНУ, 2022 р. 258 с.

43. Шкільняк М.М., Кривокульська Н.М. Організаційне лідерство як інструмент організації діяльності закладу охорони здоров'я та її вдосконалення. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2022. № 1 (91). С. 64-69.

44. Шкільняк М.М., Кривокульська Н.М. Розвиток концептуальних підходів до управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. № 2 (84). С. 22-30.

45. Шкробанець І. Д., Нечитайло Ю.М. Медичний менеджмент в умовах реформування систем охорони здоров'я. Україна. Здоров'я нації. 2013. № 2. С. 72-75.

46. Шушпанов Д. Г. Доступність та якість медичної допомоги як детермінанти здоров'я населення. Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України. 2018. Вип. 23. С. 118-125. URL: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/33759/1/Шушпанов.pdf>

47. Dluhopolskyi, O., Zhukovska, A., Dluhopolska, T., Farion, A., Karp, I., Kryvokulska, N. The implementation of the eHealth system as an economic benefit (case of EU countries for Ukraine). 9th International Conference on Advanced computer information technologies ACIT'2019. Conference Proceedings. Ceske Budeiovice, Czech Republic, June 5-6, 2019. pp. 346-349. URL: <https://doi.org/10.1109/ACITT.2019.8779933>

48. Shushpanov, D., Zheliuk, T., Zhukovska, A., Diakovich, L., Matsyk, V., Kotsur, A. Management of the Health Care System in the Conditions of Population

Aging: Information, Analytical and Methodical Dimension. 11th International Conference on Advanced Computer Information Technologies ACIT'2021. Conference Proceedings Deggendorf, Germany, September 15-17, 2021. pp. 259-664. URL: <https://doi.org/10.1109/ACIT52158.2021.9548634>

49. Zhukovska, A., Brechko, O., Zheliuk, T., Chygur, O., Shushpanov, D., Nytko, O. Information System and Technologies in the Health Care Management. 12th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT) (26-28 September, 2022). Spišská Kapitula, Slovakia, 2022. pp. 249-254. URL: <https://doi.org/10.1109/ACIT54803.2022.9913132>

50. Zhukovska, A., Zheliuk, T., Shushpanov, D., Brych V., Brechko, O., Kryvokulska, N. Management of the Development of Artificial Intelligence in Healthcare. 13th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT) (21-23 September, 2023). Wrocław, Poland, 2023. P. 241-247. URL: <https://doi.org/10.1109/ACIT58437.2023.10275435>