

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

ФІЦАК Оксана Миколаївна

**Впровадження аутсорсингу в діяльність закладу
охорони здоров'я / Promoting outsourcing in a
activity of health care institution**

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

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи
МЗОЗзм-21
О.М. Фіцак

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. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИКОРИСТАННЯ АУТСОРСІНГУ В ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	6
1.1. Сутність аутсорсінгу, його види, переваги та недоліки.....	6
1.2. Особливості та передумови запровадження аутсорсінгу в закладах охорони здоров'я.....	9
Висновки до розділу 1	14
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ВИКОРИСТАННЯ АУТСОРСІНГУ В ДІЯЛЬНОСТІ КНП «ТЕРНОПІЛЬСЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ» ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ.....	15
2.1. Характеристика діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я	15
2.2. Оцінка економічної ефективності ІТ-аутсорсінгу в діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я	25
2.2. Аналіз потенційних можливостей переведення окремих напрямків діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я на аутсорсінг.....	25
Висновки до розділу 2	49
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМКИ ВПРОВАДЖЕННЯ АУТСОРСІНГУ В ДІЯЛЬНІСТЬ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	51
3.1. Аутсорсінг в системі організації лікувального харчування в закладі охорони здоров'я.....	51
3.2. Аутсорсінг в системі управління ресурсами закладу охорони здоров'я	66
Висновки до розділу 3	72
ВИСНОВКИ	75
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	80

ВСТУП

Актуальність теми. Термін аутсорсинг є одним із найбільш вживаних у практичній економічній лексиці останніх років. У дослівному перекладі (англ. *outsourcing – outer-source-using*) він означає використання зовнішнього джерела, ресурсу. У міжнародній практиці частіше використовується аббревіатура ВРО (англ. *Business Process Outsourcing*), що означає передачу на зовнішній підряд бізнес-процесів організації, яка виступає в якості замовника, а стороння організація – в якості виконавця або аутсорсера. Залучення зовнішніх ресурсів для вирішення завдань, що стоять перед організацією, використовується давно, і в економічній теорії воно знайшло своє відображення в поняттях поділу праці, кооперації та спеціалізації.

Охорона здоров'я є однією з основних соціальних сфер національної економіки, в якій аутсорсинг отримав найбільше поширення. Причиною цього є постійне зростання витрат на охорону здоров'я, потреба населення у підвищенні якості медичної допомоги, а також прагнення медичних установ звільнитися від обтяжливої турботи про підвищення кваліфікації обслуговуючого персоналу. Економічно розвинені країни першими почали використовувати медичний аутсорсинг. Нині їм охоплено широкий спектр послуг від ІТ-сервісу до високотехнологічних галузей охорони здоров'я – радіології, онкології, офтальмології, стоматології та ін.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Переважна більшість наукових досліджень в сфері аутсорсингу проводиться закордоном, адже саме в зарубіжних країнах цей інструмент оптимізації ресурсного забезпечення та підвищення загальної ефективності діяльності організацій знайшов найбільше застосування. Серед українських науковців практично відсутні вчені, які займаються проблемами запровадження аутсорсингу в діяльність закладів охорони здоров'я, тому дане питання залишається практично недослідженим. Така ситуація актуалізує необхідність ідентифікації особливостей та специфіки впровадження технології аутсорсингу в діяльність закладів охорони здоров'я, його основних видів та функцій.

Мета і завдання дослідження. Метою кваліфікаційної роботи є обґрунтування теоретичних і методичних положень, а також вироблення практичних рекомендацій щодо впровадження аутсорсингу в діяльність закладу охорони здоров'я.

Досягнення вище сформульованої мети потребує вирішення наступних теоретичних, методичних і практичних **завдань**:

- вивчення сутності аутсорсингу, його видів, переваг та недоліків;
- дослідження особливостей та передумов запровадження аутсорсингу в закладах охорони здоров'я;
- характеристика діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я;
- проведення оцінки економічної ефективності ІТ-аутсорсингу в діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я;
- здійснення аналізу потенційних можливостей переведення окремих напрямків діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я на аутсорсинг;
- обґрунтування необхідності запровадження аутсорсингу в систему організації лікувального харчування в закладі охорони здоров'я;
- обґрунтування необхідності запровадження аутсорсинг в систему управління ресурсами закладу охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження у кваліфікаційній роботі є процес аутсорсингу в діяльності закладу охорони здоров'я.

Предметом дослідження у кваліфікаційній роботі є механізм аутсорсингу в діяльності закладу охорони здоров'я.

Для досягнення поставленої мети та розв'язання сформульованих завдань в процесі здійснення дослідження та написання кваліфікаційної роботи були використані такі **методи**: методи системного, структурного, функціонального, процесного підходів – для вивчення різних аспектів використання технології аутсорсингу в діяльності закладів охорони здоров'я; метод анкетного опитування – для ідентифікації потенційних можливостей переведення окремих видів діяльності досліджуваного закладу охорони

здоров'я на аутсорсинг; економіко-математичні методи – для оцінки ефективності IT-аутсорсингу в діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я.

Наукова новизна кваліфікаційної роботи полягає у розвитку та удосконаленні теоретичних засад впровадження аутсорсингу в діяльність закладу охорони здоров'я.

Практична значущість отриманих результатів дослідження полягає в тому, що розроблені в ній теоретичні положення та практичні пропозиції щодо впровадження аутсорсингу в систему організації лікувального харчування в закладі охорони здоров'я та в систему управління ресурсами закладу охорони здоров'я можуть бути використані в роботі комунального некомерційного підприємства «Тернопільська обласна клінічна лікарня» Тернопільської обласної ради та інших медичних установ України.

Апробація. За матеріалами проведеного дослідження опубліковано 2 тез доповідей: на тему «Перспективи впровадження аутсорсингу в діяльність закладів охорони здоров'я» у збірнику матеріалів доповідей IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів» [44] (Тернопіль, 4 травня 2023 року) та на тему «Напрямки імплементації технологій аутсорсингу в діяльність закладу охорони здоров'я» у збірнику Наукової інтернет-конференції молодих вчених, аспірантів та студентів кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні» [43] (Тернопіль, 24 листопада 2023 року).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИКОРИСТАННЯ АУТСОРСІНГУ В ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність аутсорсінгу, його види, переваги та недоліки

Найбільш повне визначення «аутсорсінгу», на нашу думку, таке: «Аутсорсинг – це передача на тривалий термін у цілому або частково необхідних організації різних за важливістю управлінських функцій чи бізнес-процесів і, за потреби, відповідних ресурсів зовнішнім виконавцям на контрактній основі для підвищення ефективності діяльності організації, що базується на стратегічному рішенні» [3].

Сутність аутсорсінгу полягає в тому, що якщо в організації немає можливості щось зробити краще та дешевше, ніж це зможуть конкуренти, то немає сенсу займатися цим. Доцільно цю роботу передати тим, хто здійснить її виконання із свідомо найкращими результатами.

На відміну від сервісних послуг, що мають разовий, випадковий характер, аутсорсинг зазвичай передаються функції на основі довготривалого контракту. У цьому аутсорсинг передбачає відсутність взаємозалежності між замовником і виконавцем, заснованої праві власності, тобто. не має на увазі будь-яка участь замовника та аутсорсера у поточній діяльності один одного. Умовою ефективного функціонування системи «аутсорсер – замовник» є високий рівень взаємної довіри та задоволення від взаємодії. Між замовником та аутсорсером укладається цивільно-правовий договір, предметом якого виступає виконання робіт або надання послуг [16].

Аутсорсинг має свої переваги та недоліки, які узагальнені в табл. 1.1.

Переваги аутсорсінгу розглядають, зазвичай, з позиції економічних переваг. Крім того, можна виділити цілу низку проблем системного характеру, які об'єктивно перешкоджають прискоренню розвитку ринку аутсорсінгових послуг у нашій країні: 1) побоювання та недовіра замовників, спричинена негативним досвідом застосування аутсорсінгу в різних установах; 2) брак

об'єктивної інформації та професійного кадрового складу; 3) відсутність страхування ризиків діяльності, що здійснюється на умовах аутсорсингу;

Таблиця 1.1

Переваги та недоліки аутсорсингу

Переваги	Недоліки
Економія коштів та підвищення прибутковості	Наявність залежності від зовнішнього виконавця
Економія часу	Небезпека невиконання контракту
Більш висока та гарантована якість	Невизначеність фінансової перспективи
Залучення ресурсів аутсорсера	Надання неякісних послуг
Перерозподіл фінансових коштів	Складнощі при поверненні функцій
Перекладання ризиків на зовнішню організацію	Зниження якості послуг.
Можливість зосередитися на найбільш значних напрямках	Труднощі, пов'язані з управлінням організацією
Удосконалення ефективності управління	Поява проблем взаємодії з органами контролю
Укомплектованість низькооплачуваних посад	Ризики витоку важливої та конфіденційної інформації
Економія витрат на навчання персоналу	Небезпека передачі важливих функцій організації
Безперервна безвідмовна робота	Наявність «прихованої вартості» послуг
Отримання у готовому вигляді та впровадження кращої практики	Можливість виникнення конфліктних ситуацій
Кращі можливості у «відстоюванні» власного бюджету у разі зниження бюджетних асигнувань	Низький рівень знань та здібностей, незнання специфіки організації-замовника та плинність кадрів у аутсорсерів
Скорочення податкового навантаження	Ускладнення загальносистемного захисту
Можливість розширення	Мінімальний термін контрактів
Скорочення обсягів інвестицій у неосновні фонди	Перемога у торгах малодосвідчених компаній
Скорочення витрат на створення та підтримку робочих місць	Загроза відриву керівництва від практичного бізнесу
Можливість використання висококваліфікованих спеціалістів з досвідом роботи	Відсутність чіткої законодавчої бази аутсорсингу
Можливість гнучко реагувати на ринкові зміни та внутрішні зміни, зростання конкурентоспроможності	Втрата частини власних можливостей та ресурсів, зростання витрат під час передачі великої кількості процесів
Впровадження передових технологій	Розорення аутсорсера

Примітка. Сформовано на основі [16]

Найчастіше вищі витрати на оплату послуг організацій- аутсорсерів , ніж їх виконання власними силами.

Під час проведення дослідження було розглянуто різні види

аутсорсингу, які були систематизовані класифікацію аутсорсингу, представлену в табл. 1.2.

Таблиця 1.2

Класифікація аутсорсингу

Класифікаційна ознака	Види аутсорсингу
По повноті процесу, що передається:	частковий (вибірковий); повний
По виду діяльності:	функцій управління організацією; інформаційних технологій; науково-виробничої діяльності; навчання працівників; логістичних функцій; людських ресурсів; банківських та фінансових операцій; виробничий та ін.
За тривалістю передачі на бік:	передача на бік одноразових та короткострокових завдань; тимчасова, сезонна, консультативна та контрактна підтримка; поглинання чи злиття підприємств за надмірної професійної позиції.
По галузі застосування:	правовий; промисловий; торговий та ін.
По відношенню до профільної діяльності:	основних процесів; допоміжних процесів.
За формою (видом контрактних умов)	простий; спільний; із елементами реорганізації.
За основним ресурсом:	професійний; виробничо-технологічний; географічний; фінансово-адміністративний.
За часткою капіталу аутсорсера :	дочірня фірма; спільна фірма; частка капіталу у фірмі аутсорсера
Залежно від природи та економічної сутності:	ресурсний; функціональний; аутсорсинг бізнес-процесів

Примітка. Сформовано на основі [16]

Зазвичай у медицині аутсорсинг сприймається як щось абсолютно нове і незвичне, хоча практично можна виділити дві сфери застосування аутсорсингу у організаціях охорони здоров'я: сфера послуг, що забезпечує життєдіяльність медичних організацій (що здійснюють прання білизни; технічне обслуговування, ремонт будівель та обладнання; харчоблоки, стерилізаційні відділення, транспорт, інформаційне забезпечення, функції охорони, миття вікон тощо); безпосередньо сфера медичної діяльності (залучення консультантів, виконання лабораторних досліджень та ін.).

Найбільш часто використовуваним видом аутсорсингу у сфері охорони здоров'я є надання ІТ-послуг (постійний медичний моніторинг пацієнтів; інформаційне обслуговування пацієнтів, збирання та обробка результатів

обстежень; різні інформаційні табло; різні види сервісної підтримки медичних ІТ-технологій та ін.) Успішна передача та високотехнологічних видів медичних послуг багато установ здійснюють передачу аутсорсерам своїх приміщень з комп'ютерної діагностики, стоматології, пластичної хірургії, радіології, урології та ін. або закриття відповідних відділень з передачею їх функцій спеціалізованим закладам охорони здоров'я.

1.2. Особливості та передумови запровадження аутсорсінгу в закладах охорони здоров'я

У більшості країн аутсорсинг спочатку набув широкого поширення в обробній промисловості. Однак на сьогоднішній день ми можемо цілком обґрунтовано віднести охорону здоров'я до одного з трьох провідних секторів сфери послуг (поряд з фінансовим сектором та юридичними послугами), що характеризуються досить високим ступенем розвитку аутсорсингових відносин [1].

Цілі використання аутсорсінгу закладами охорони здоров'я ті ж, що і у промислових підприємств. Насамперед, це збереження та використання організаційних ресурсів там, де вони найбільш ефективні [22]. При цьому паралельно мінімізуються процеси, що потребують використання ресурсів із малою віддачею. Ефективність аутсорсингових відносин полягає в тому, що даний підхід дозволяє закладу охорони здоров'я сконцентруватися на забезпеченні якості та доступності медичних послуг, а співпраця з профільними аутсорсинговими компаніями допомагає задовольнити сервісні потреби пацієнтів.

Сьогодні в будь-якому закладі охорони здоров'я досить велика кількість робочого часу як адміністративно-управлінського, так і медичного (наприклад, сестринського) персоналу витрачається на виконання обов'язків, не пов'язаних безпосередньо з наданням медичної допомоги. При цьому процеси управління кадрами, експлуатації обладнання та приміщень, забезпечення продуктами харчування та медикаментами, прибирання

займають дуже багато часу. Саме ці процеси насамперед і передаються стороннім компаніям у формі аутсорсингу [27]. При цьому це не просто передача ряду функцій спеціалізованим підприємствам, а відмова від діяльності, яку раніше розглядали як невід'ємну частину процесу надання медичної допомоги (прибирання, прання білизни, виконання лабораторних досліджень у сторонніх лабораторіях, організація харчування пацієнтів тощо) [16]. До нових видів аутсорсингу в сфері охорони здоров'я можна віднести передачу інформаційного забезпечення пацієнтів (довідкову службу), підбір персоналу, аудиторські послуги, юридичне забезпечення, створення додаткових умов підвищення рівня комфортності та сервісу [16].

У будь-якому випадку основними цілями аутсорсингу є: 1) підвищення ефективності (насамперед економічної) роботи закладу охорони здоров'я та мінімізація господарських витрат; 2) підвищення якості виконання тих процесів, що передають на аутсорсинг; 3) зниження необхідності додаткових інвестицій у розвиток непрофільних видів діяльності закладу охорони здоров'я; 4) загальна оптимізація витрат та штатної чисельності закладу охорони здоров'я.

Аутсорсинг в закладі охорони здоров'я прийнято здійснювати у кілька етапів. Спочатку визначають доцільність виведення різних видів діяльності закладу охорони здоров'я на аутсорсинг [32]. На даному етапі проводять оцінку власних можливостей закладу охорони здоров'я та економічної доцільності передачі аналізованої функції у сторонню організацію. Потім проводять оцінку стану матеріально-технічної бази та виробничих потужностей, укомплектованість та кваліфікацію персоналу, що виконує функції, передбачувані до передачі на аутсорсинг. Після цього оцінюють якість і собівартість виконання функцій у виконанні їх власними силами, і навіть визначають економічний ефект від виведення аналізованих процесів на аутсорсинг, зіставляючи вартість робіт, самостійно виконуваних організацією, з їх аналогами на ринку. В результаті формується попередній перелік процесів та видів діяльності закладу охорони здоров'я, які доцільно передати на

аутсорсинг. На наступному етапі досліджують ринок послуг аутсорсингу за якістю виконання визначених вище процесів. При проведенні аналізу ринку визначають попередні вимоги до якості, ціни та термінів надання послуг, що передаються потенційному аутсорсеру. Крім перерахованих вище, можуть бути і специфічні вимоги конкретного замовника. В результаті формується перелік можливих організацій, здатних надавати аутсорсингові послуги належного рівня якості.

Далі, оцінюючи наслідки запланованого аутсорсингу, слід врахувати ресурси закладу охорони здоров'я, що вивільняються, ризики передачі процесу на аутсорсинг та алгоритм відновлення працездатності медичної організації у разі виникнення надзвичайних ситуацій у процесі отримання послуг аутсорсингу. Не виключено, що з урахуванням нової отриманої інформації рішення про передачу функції на аутсорсинг, прийняте на попередніх етапах, може бути змінено.

На наступному етапі, детально описуючи дії, які формують процес, що передається на аутсорсинг, кількісні та якісні показники, розробляється технічне завдання [42]. Після цього, у відповідності до діючого законодавства, на конкурсній основі здійснюється вибір аутсорсера і укладається з ним договір.

При цьому доцільно заздалегідь сформувати систему контролю за виконанням контракту на аутсорсинг, основним завданням якого буде виявлення ступеня відповідності діяльності, що виконується в рамках аутсорсингу, вимогам укладеного договору та параметрам технічного завдання, своєчасне виявлення відхилень та їх коригування [25].

За даними Інституту аутсорсингу (англ. *outsourcing institute*), правильне розуміння аутсорсером завдань, поставлених замовником, поряд із грамотно структурованим договором аутсорсингу та правильним вибором компанії, мають ключове значення для успішного виконання своєї функції.

Однозначних рекомендацій щодо передачі певних процесів на аутсорсинг, безумовно, бути не може. Це питання кожен конкретний заклад

охорони здоров'я вирішує самостійно, з власних цілей, індивідуального розуміння шляхів їх досягнення та наявних ресурсів. Важливо, щоб керівники охорони здоров'я також знали потенційні ризики, пов'язані з аутсорсингом. До них традиційно відносять: 1) виникає залежність від сторонньої організації, наприклад, для закладів охорони здоров'я це залежність від розробника програмного забезпечення за необхідності його модифікації тощо; 2) утруднення доступу до важливої інформації (до інформаційних баз, розрахунків меню тощо); 3) неоднозначність перспективи: аутсорсер, що став монополістом (чому нерідко сприяє сам контракт з організацією), може значно збільшити ціни на послуги; 4) непередбачуваність у виконанні договору (наприклад, навіть при фіксованій ціні на послуги із забезпечення стаціонару харчуванням можлива ситуація технічної неможливості їх надання через зростання ціни на продукти харчування тощо); 5) небезпека отримання послуг неналежної якості (особливо у ситуації цінового демпінгу у конкурентній боротьбі за контракт); 6) труднощі при відродженні в організації процесу, раніше переданого на аутсорсинг (подібна необхідність може виникнути внаслідок зміни законодавства, системи фінансування тощо).

Переваги аутсорсингу для закладу охорони здоров'я можна продемонструвати на прикладі передачі виконання низки лабораторних досліджень сторонній організації (неважливо, бюджетній чи приватній) поза передбачену етапність надання медичної допомоги [16]. При цьому заклад охорони здоров'я не несе витрати на організацію надання ряду лабораторних послуг (наприклад, на придбання обладнання тощо), не несе ризику комерційної неефективності надання послуг (насамперед з погляду їх обсягу – він має перевищувати точку беззбитковості) та відпадає необхідність контролю над використанням дорогих витратних матеріалів, відстеження рівня ринкових цін тощо.

Крім того, аутсорсинг найчастіше призводить до зменшення чисельності адміністративно-управлінського персоналу, при цьому зниження кількості управлінців супроводжується підвищенням якості управління. Також

відбувається зниження витрат за навчання фахівців для вирішення специфічних завдань (організація отримує готових «вузьких» професіоналів без вкладень у підготовку). Подібне вирішення кадрових питань є особливо ефективним за наявності дефіциту кадрів певної кваліфікації на ринку праці. І, внаслідок того, що аутсорсер сам забезпечить заміну тимчасово відсутніх працівників, то робота йде безперервно, відмінюються поняття «відпустка» та «лікарняний лист».

Слід врахувати й кращі можливості відстоювання свого бюджету у разі скорочення бюджетних асигнувань. Скорочення фонду оплати праці працівників (кухарів, двірників тощо) установа протидіяти не може. А якщо укладено контракт на виконання робіт з аутсорсером, з'являється значно більше можливостей отримати (зберегти) фінансування. Ця перевага аутсорсингу вкрай актуальна в кризовий період.

З економічної точки зору, очевидно, що процес може бути успішним лише за умови, що аутсорсинг дійсно веде до підвищення ефективності та якості медичних послуг. Аутсорсинг – не самоціль. У разі, якщо в результаті проведеного аналізу не було отримано достовірних даних про можливу економію або якщо немає твердих гарантій підвищення якості тощо, можна вважати передачу функції на аутсорсинг недоцільною.

Навіть маючи багато переваг, аутсорсинг реалізує свій економічний потенціал лише у разі системного використання. Ефективне використання аутсорсингу в охороні здоров'я неможливе без розуміння специфіки аутсорсингової стратегії, недоліків і переваг аутсорсингу, процедури проведення оцінки та методів стратегічного управління. Протягом останніх років аутсорсинг підтримується на рівня як державних, так і регіональних органів влади. Сьогодні слід очікувати розширення обсягів аутсорсингу непрофільних видів діяльності закладів охорони здоров'я за допомогою створення великих регіональних і національних компаній, що спеціалізуються на окремих видах послуг.

Висновки до розділу 1

Аутсорсинг – це передача на тривалий термін у цілому або частково необхідних організації різних за важливістю управлінських функцій чи бізнес-процесів і, за потреби, відповідних ресурсів зовнішнім виконавцям на контрактній основі для підвищення ефективності діяльності організації, що базується на стратегічному рішенні.

Основними цілями аутсорсингу є: 1) підвищення ефективності (насамперед економічної) роботи закладу охорони здоров'я та мінімізація господарських витрат; 2) підвищення якості виконання тих процесів, що передають на аутсорсинг; 3) зниження необхідності додаткових інвестицій у розвиток непрофільних видів діяльності закладу охорони здоров'я; 4) загальна оптимізація витрат та штатної чисельності закладу охорони здоров'я.

В сфері охорони здоров'я аутсорсинг сприймається як щось абсолютно нове і незвичне, хоча практично можна виділити дві сфери застосування аутсорсингу у організаціях охорони здоров'я: сфера послуг, що забезпечує життєдіяльність медичних організацій (що здійснюють прання білизни; технічне обслуговування, ремонт будівель та обладнання; харчоблоки, стерилізаційні відділення, транспорт, інформаційне забезпечення, функції охорони, миття вікон тощо); безпосередньо сфера медичної діяльності (залучення консультантів, виконання лабораторних досліджень та ін.).

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ВИКОРИСТАННЯ АУТСОРСІНГУ В ДІЯЛЬНОСТІ КНП «ТЕРНОПІЛЬСЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ» ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ

2.1. Характеристика діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я

КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» є «клінічним лікувально-профілактичним закладом охорони здоров'я Тернопільської області. КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» – головний лікувально-профілактичний заклад області, який є клінічною базою для кафедр Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, базою підвищення кваліфікації лікарів та середнього медичного персоналу, підготовки лікарів-інтернів, проходження практики студентів медичних університетів і медичних коледжів» [41].

Основні завдання, які вирішує КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня»: «забезпечення в повному обсязі високоспеціалізованою стаціонарною та консультативно-поліклінічною медичною допомогою населення області; надання сільським, селищним, міським, районним лікувально-профілактичним закладам організаційно-методичну допомогу з метою підвищення якості лікувально-профілактичного обслуговування населення області; підвищення якості підготовки медичних кадрів; сприяти створенню умов для проведення навчально-педагогічного процесу з використанням сучасних досягнень медичної науки і техніки; сприяти забезпеченню умов для виконання науково-практичних досліджень за тематикою клінік; підвищення кваліфікації лікарів, медичних сестер на робочих місцях, забезпечення практики студентів ТДМУ ім. І.Я.Горбачевського, медичних коледжів, спеціалізація сестринського персоналу сільських, селищних, міських, районних лікувально-профілактичних закладів області; напрацювання за завданням органів охорони

здоров'я заходів, направлених на підвищення якості медичного обслуговування і охорони здоров'я населення, зниження захворюваності, лікарняної летальності» [41].

Управління КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» «здійснюється правлінням лікарні на основі поєднання централізованого керівництва директором (головою правління) і самоуправління трудового колективу» [41].

Відповідно до затвердженого статуту в КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» функціонують: «обласна консультативна поліклініка на 200 прийомів; 18 стаціонарних відділень потужністю 675 ліжок, з них в грудні 2022 року; 10 ліжок кардіохірургії і 6 ліжок ВАІТ; 14 параклінічних відділень, спеціалізованих центрів» [41].

Діяльність КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» забезпечують «1168 працівників: лікарів – 247 чол., в тому числі з вищою кваліфікаційною категорією 130 чол., з першою – 29 чол. Звання кандидата медичних наук мають 27 лікарів. Кваліфікований догляд за хворими здійснюють 458 молодших медичних спеціалістів, з яких – 174 з вищою кваліфікаційною категорією, з першою – 57 чол. Молодшого медичного персоналу працює 284 чол.» [34].

За 2022 рік КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» «отримало з бюджету 158034,0 тис. грн. Порівняно із 2021 роком фінансування збільшилось на 5608,4 тис. грн. або на 3,68%. В профінансованих коштах установи 56,3% займають видатки на оплату праці з нарахуваннями на заробітну плату або 89060,4 тис. грн., у 2022 році цей показник становив 51,8% і в порівнянні з 2021 р. видатки збільшились на 10064,4 тис. грн.» [34].

Однією з важливих статей видатків є видатки на медикаментозне забезпечення. За 2022 рік «дана стаття витрат профінансована на 100%, що становить 51976,5 тис. грн., в тому числі програми 43355,0 тис. грн., які становлять 83,3% від загальної суми отриманої на медикаменти (гемодіаліз і перитонеальний діаліз – 38650,0 тис. грн., ІОЛ – 120,5 тис. грн.,

імуносупресанти – 2062,2 тис. грн., кардіостимулятори – 301,7 тис. грн., слухові апарати – 64,8 тис. грн., ендопротези – 370,6 тис. грн.). У порівнянні із 2021 роком фінансування на статтю «Медикаменти і перев'язувальні матеріали» зменшилось на 5783,0 тис. грн. в цілому» [34].

Однією з важливих статей є видатки на медикаментозне забезпечення. За 2021 рік «дана стаття витрат профінансована на 99,98%, що становить 57759,5 тис. грн., в тому числі програми – 46723,0 тис. грн., які профінансовані на 99,98% і становлять 80,9% від загальної суми, отриманої на медикаменти (гемодіаліз і перитонеальний діаліз - 39701,0 тис. грн., ІОЛ – 109,4 тис. грн., імунодепресанти – 1884,3 тис. грн., кардіостимулятори – 274,1 тис. грн., слухові апарати – 57,0 тис. грн., ендопротези – 329,7 тис. грн.). У порівнянні з минулим роком фінансування на статтю «Медикаменти і перев'язувальні матеріали» зменшилось на 4437,5 тис. грн. в цілому» [34].

Основним економічним показником діяльності КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» є вартість ліжка-дня по медикаментозному забезпеченню (табл. 2.1)

Таблиця 2.1

Вартість ліжка-дня по медикаментозному забезпеченню в КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» у 2021-2022 роках

	2022 р.	2021 р.	+,- до 2021 р.
Всього, в т.ч.:	391,40	231,15	+160,25
– за рахунок бюджетного фінансування	74,57	74,62	-0,05
– за рахунок гуманітарної допомоги	49,67	71,41	-21,74
– за рахунок Чорнобильського фонду	1,07	2,28	-1,21
– за рахунок централізованого фонду	266,09	82,84	+183,25

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТОКЛ»

Витрати на продукти харчування в 2022 році 2700,0 тис. грн., що складає 3,8 % від кошторису видатків (табл. 2.2).

На сьогоднішній день «гостро стоїть питання раціонального використання енергоносіїв. В 2022 році витрати на енергоносії склали 11419,4 тис. грн., або 7,2% кошторису видатків, в минулому році цей показник

становив 7,1% (10860,1 тис. грн.). В оплаті за енергоносії найбільшу питому вагу 47,0% або 5367,7 тис. грн. займає оплата за теплопостачання» [34].

Таблиця 2.2

Витрати на продукти харчування КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» у 2021-2022 роках

	2022 р.	2021 р.	+, - до 2021 р.
Всього, в т.ч.	13,01	12,14	+0,87
За рахунок фінансування	13,0	12,13	+0,87
За рахунок гуманітарної допомоги	0,01	0,01	-

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТОКЛ»

В 2022 році КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» отримала «додатково із загального фонду обласного бюджету 200 тис. грн., з них: придбання медикаментів – 89,0 тис. грн.; придбання імуносупресантів – 11,0 тис. грн.; забезпечення протягом року медикаментами та виробами медичного призначення військовослужбовців та учасників АТО – 100 тис. грн.» [34].

За рахунок «фонду розвитку проведено капітальний ремонт системи протипожежного захисту хірургічного та офтальмологічного корпусів на суму 446,9 тис. грн.» [34].

За 2022 рік «отримано коштів від надання платних послуг на суму 3001,9 тис. грн., в тому числі: від надання платних послуг (клінічні дослідження, лікування іноземців, лабораторії контактної корекції зору) – 1875,5 тис. грн.; кошти від реалізації відходів і брухту – 70,5 тис. грн.; від здачі в оренду приміщень лікарні – 685,0 тис. грн.; від господарської діяльності (інтернатура, проходження медичної практики, курси підвищення кваліфікації) – 370,8 тис. грн.» [34].

У 2022 році одержано гуманітарної допомоги у товарах на суму 16154,2 тис. грн., що на 10609,6 тис. грн. більше у порівнянні з 2021 роком.

Для «організації та здійснення закупівлі товарів, робіт і послуг за державні кошти в лікарні створено тендерний комітет. В 2022 році комітетом проведено 41 процедуру закупівлі, в т.ч. 30 – відкриті торги, 11 – переговорні процедури закупівлі (енергоносії, перитонеальний діаліз)» [34].

Консультативний прийом «в консультативній поліклініці здійснювався за 24 спеціальностями. У 2022 році проконсультовано 64744 хворих, що на 1,8% менше, ніж у 2021 році» [34].

Показник навантаження на одну годину прийому в середньому склав 2,0 хворих, при нормативі 2,25.

Спеціалізовані «консультативні прийоми хворих в поліклініці та диспансерних відділеннях забезпечують в основному штатні лікарі. В порівнянні з попереднім роком частка оглянутих ними хворих залишається сталою і складає 92,8% (2021 рік – 90,8%). Питома вага проконсультованих хворих профільними експертами УОЗ та завідувачами стаціонарних відділень залишається на рівні 7,2%» [34]. (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Спеціалізовані консультативні прийоми хворих в поліклініці та диспансерних відділеннях КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» у 2021-2022 роках

Консультативні прийоми	2021	2022
Штатні лікарі	90,8%	92,8 %
Профільні експерти УОЗ, завідувачі стаціонарними відділеннями	7,1%	7,2 %

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТОКЛ»

Аналізуючи якість і повноту обстежень пацієнтів, які «звернулись до лікарів-консультантів поліклініки та диспансерних відділень, слід відмітити, що серед загальної кількості звернень питома вага повністю обстежених пацієнтів склала 28,5%, частково обстежених – 66,4%, без обстежень звернулось 5% хворих. Питома вага пацієнтів, які потребували необхідних обстежень для консультацій спеціалістами на третинному рівні, склала 71,5%» [34].

Аналіз роботи консультативних підрозділів КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» показав, що «протягом минулого року мав місце недостатній рівень роботи з хворими з боку районних і міських профільних

спеціалістів щодо якісного відбору для направлення та повноцінного обстеження хворих області, які потребували спеціалізованих консультацій та стаціонарного лікування в умовах лікарні» [34].

Таблиця 2.4

Повнота обстежень пацієнтів КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» у 2021-2022 роках

Рівень обстеження хворих	2021	2022
Повністю обстежені пацієнти	36,0%	28,5%
Частково обстежені пацієнти	60,7%	66,4%
Необстежені пацієнти	3,3%	5%

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТОКЛ»

Стаціонарна терапевтична служба «функціонує у складі 7 відділень потужністю 300 ліжок, які є базою для 5-ти клінічних кафедр медичного університету» [34]. (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Показники роботи консультативних підрозділів КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» у 2022 році

№ з/п	Відділення терапевтичного профілю	Кількість стаціонар-них ліжок	Клінічні кафедри
1.	Кардіологічне відділення для інфарктних хворих	75	Клініка внутрішньої медицини № 1
2.	Ревматологічне відділення	45	Клініка внутрішньої медицини № 2
3.	Пульмонологічне відділення, в т.ч. алергологічні ліжка пульмонологічні ліжка	30	
		5	Клініка внутрішньої медицини № 3
		25	
4.	Ендокринологічне відділення	50	Клініка клінічної імунології, алергології та загального догляду за хворими
5.	Гастроентерологічне відділення	40	
6.	Гематологічне відділення	30	
7.	Нефрологічне відділення	30	
8.	Палата інтенсивної терапії	9	
			Клініка невідкладних станів та екстреної медичної допомоги

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТОКЛ»

У відділеннях «терапевтичного профілю КНП «Тернопільська обласна

клінічна лікарня» за 2022 рік проліковано 9229 пацієнтів (у 2020 р.- 9302) (табл. 2.6). Протягом року число ліжко-днів згорання на період ремонтних робіт склало 3250» [34].

Таблиця 2.6

Кількість пролікованих хворих у КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» у 2017-2021 рр.

2020		2021		2022	
Кількість пролікованих хворих	Середня тривалість лікування (ліжко-дні)	Кількість пролікованих хворих	Середня тривалість лікування (ліжко-дні)	Кількість пролікованих хворих	Середня тривалість лікування (ліжко-дні)
9386 (+0,63%)	10,35	9302 (-0,89%)	10,27	9229 (-0,78)	10,11

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТОКЛ»

Стабільна кількість хворих, госпіталізованих у терапевтичні відділення, забезпечує належний рівень роботи більшості профільних ліжок.

Статистичні показники роботи стаціонарних ліжок терапевтичного профілю представлені в таблиці 2.7.

Таблиця 2.7

Статистичні показники роботи стаціонарних ліжок терапевтичного профілю КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» у 2022 році

№ з/п	Профіль стаціонарних ліжок	Зайнятість ліжка	Обіг ліжка	Відсоток виконання плану л/днів	Середній ліжко-день
1.	Кардіологія	332,02	35,39	101,61	9,38
2.	Ревматологія	311,82	29,20	91,82	10,68
3.	Алергологічні ліжка	352,00	31,60	103,65	11,14
4.	Пульмонологічні ліжка	321,24	30,56	94,59	10,51
5.	Ендокринологія	311,76	31,08	91,80	10,03
6.	Гастроентерологія	257,22	28,66	87,99	8,97
7.	Гематологія	386,80	36,43	113,90	10,62
8.	Нефрологія	308,17	26,07	90,74	11,82

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТОКЛ»

Як видно із приведених даних «недостатньо працювали гастроентерологічні та нефрологічні ліжка. Протягом 2022 року у терапевтичних підрозділах помер 51 пацієнт. За важкістю перебігу

захворювання всі померлі пацієнти віднесені до Ш-ої категорії складності. Показник летальності в цілому у терапевтичних відділеннях з врахуванням переведення в ПІТ та ВАІТ складає – 0,55 (2021 р. – 0,93)» [34].

Протягом 2022 року у відділеннях хірургічного профілю проліковано 11339 пацієнтів, що на 111 більше (+0,99%) в порівнянні з попереднім роком (табл. 2.8).

Таблиця 2.8

Кількість пролікованих хворих за категоріями складності у відділеннях хірургічного профілю КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» за 2022 рік

№ п/п	Профільне відділення	Рівень курації				
		I (%)	II (%)	III (%)	IV (%)	ВСЬОГО
1	Хірургія	8 (0,5%)	630 (44,6%)	744 (52,7%)	30 (2,2%)	1 412
2	Судинна хірургія	-	215 (25,0%)	644 (75,0%)	-	859
3	Торакальна хірургія	-	-	416 (97,0%)	10 (3,0%)	426
4	Ортопедія	-	376 (20,4%)	1375 (76,0%)	52 (3,6%)	1803
5	Хірургічна стоматологія	-	91 (10,40%)	650 (75,5%)	120(14,04%)	861
6	Урологія	-	250 (28,6%)	897 (71,4%)	-	1 147
7	МІХ	-	133(22,01%)	461(77,9%)	-	602
8	Нейрохірургія	1 (0,15%)	253 (39,29%)	390 (60,56%)	-	644
9	Офтальмологія	113(5,3%)	422(19,21%)	1449 (67,5%)	177(8,2%)	2148
10	ЛОР	-	665 (49,81%)	670 (50,19%)	-	1335
	ВСЬОГО	498(2,09%)	4021 (35,46%)	6923 (61,05%)	337 (1,40%)	11 339

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТОКЛ»

За 2022 рік «відділення хірургічного профілю план ліжко-днів виконали на 88,13 %, у 2021 році – 96,54%. Тенденцію до зниження даного показника мають усі відділення, окрім: торакальної хірургії, малоінвазивної хірургії та офтальмології» [34].

На хірургічному ліжку в 2022 році «хворий перебував протягом 9,34

л/дня, що на 1,69 л/дня менше, ніж у 2021 році» [34]. (9,52 л/днів) (табл. 2.9).

Серед відділень хірургічного профілю середній термін перебування хворого на ліжку скоротився по всіх відділеннях, окрім хірургічного (хірургічний профіль), та офтальмологічного (табл. 2.10).

Таблиця 2.9

Середня тривалість лікування хворих у відділеннях хірургічного профілю КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» у 2021-2022 роках

№ п/п	Назва відділення	2021	2022
1	Хірургія	10,53	9,95
	Гнійної хірургії	31,43	29,11
	Проктологічні	10,65	9,44
	Хірургічні	6,72	7,12
2	Судинна хірургія	11,53	11,61
	Судинної хірургії	11,35	11,19
	Кардіохірургічні	14,40	13,39
3	Торакальна хірургія	15,21	13,82
4	Ортопедія	9,03	9,01
5	Хірург. стоматологія	9,77	8,87
6	Урологія	10,42	10,05
7	Малоінвазивна хірургія	11,32	10,31
8	Нейрохірургія	14,80	14,79
9	Офтальмологія	4,60	4,86
10	Отоларингологія	10,12	10,12
	Всього хірургічного профілю	9,52	9,34

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТОКЛ»

За 2022 рік виконано «8794 операцій, із них третинного рівня 5887, що становить 67,94%. Найвищий даний показник у відділеннях нейрохірургії, малоінвазивної, судинної хірургії, ортопедії, хірургічної стоматології і становить від 96,5% до 75,56%. Низький у хірургічному відділенні – 33,8%, торакальній хірургії – 56%, урології – 60,83%, отоларингології – 56,36%» [34].

Показник «хірургічної активності серед відділень хірургічного профілю

збільшився на 5,78% у 2022 році (69,12%), порівнюючи з 2021 роком (65,34%). Даній категорії оперованих пацієнтів проведено у 2022 році 8768 операцій, що на 0,48% більше порівняно з 2021 роком (8726 операцій)» [34]. (табл. 2.11).

Спостерігається збільшення хірургічної активності (відношення кількості оперованих хворих до загальної кількості вибулих хворих), даний показник зменшився у відділеннях ортопедії, нейрохірургії, офтальмології та отоларингології.

Таблиця 2.10

Кількість операцій за категоріями складності виконаних оперативних втручань у відділеннях хірургічного профілю за 2022 рік

№ п/п	Профільне відділення	Категорія складності				ВСЬОГО
		I (%)	II (%)	III (%)	IV (%)	
1	Хірургія	-	692 (58,1%)	403 (33,8%)	97 (8,1%)	1191
2	Судинна хірургія	-	72 (9,3%)	717 (90,7%)	-	789
3	Торакальна хірургія	-	115 (44%)	147 (56%)	-	262
4	Ортопедія	-	358 (20,4%)	1306 (76,1%)	60 (3,4%)	1725
5	Хірургічна стоматологія	-	81 (10,40%)	589 (75,56%)	109 (14,04)	779
6	Урологія	-	168 (39,17%)	261 (60,83%)	-	429
7	МІХ	-	221 (37,21%)	373 (62,79%)	-	594
8	Нейрохірургія	2 (0,7%)	18 (2,8%)	276 (96,5%)	-	296
9	Офтальмологія	56 (3,2%)	200 (11,5%)	1218 (70,2%)	234 (13,5%)	1733
10	ЛОР	11 (1,09%)	428 (42,54%)	597 (56,36%)	-	996
	ВСЬОГО	69 (0,9%)	2353 (26,75%)	5887 (67,94%)	500 (4,41%)	8794

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТОКЛ»

У 2022 році «в середньому один прооперований хворий перебував на стаціонарному лікуванні у відділеннях хірургічного профілю впродовж 12,87 дня, що на 39,44 % більше, ніж в 2021 році – 9,23. Середній доопераційний період збільшився на 15,79% з 2,47 дня у 2021 році до 2,86 дня у 2022 році, середній післяопераційний період збільшився на 17,39% з 7,36 дня в 2021 році до 8,64 дня в 2022 році» [34].

**Хірургічна активність та кількість операцій у відділеннях КНП
«Тернопільська обласна клінічна лікарня»**

№ п/п	Назва відділення	Хірургічна активність			Кількість операцій		
		2021	2022	Приріст в % (+/-)	2021	2022	Приріст в % (+/-)
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Хірургія	73,64	77,99	+5,91	1171	1177	+0,51
2	Судинна хірургія	60,29	71,78	+19,06	581	789	+35,80
3	Торакальна хірургія	41,73	48,02	+15,08	199	262	+31,66
4	Ортопедія	76,93	73,50	-4,46	1546	1598	+3,36
5	Хірург. стоматологія	83,02	90,48	+8,98	729	827	+13,44
6	Урологія	39,62	42,63	+7,59	502	514	+2,39
7	Малоінвазивна хірургія	88,83	90,86	+2,28	540	594	+10,00
8	Нейрохірургія	46,69	40,84	-12,53	311	272	-12,54
9	Офтальмологія	69,75	69,27	-0,69	1766	1733	-1,87
10	Отоларингологія	72,90	71,11	-2,45	1026	1002	-2,34
Всього хірургічного профілю		69,12	65,34	69,12	8726	8726	8768

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТОКЛ»

За 2022 рік «із загальної кількості прооперованих хворих померло 57 (0,77%) пацієнта, що на 1,79% більше, ніж у 2021 році – 56 (0,75%). Відмічається збільшення післяопераційної летальності у відділенні хірургії» [34].

Отже, основні напрямки розвитку хірургічної служби КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» «пов'язані з розвитком: центру мікрохірургії вуха та пластичної хірургії, центру ендоскопії, центру колопроктології, центру ендокринної хірургії, центру опікової травми та пластичної хірургії» [34].

2.2. Оцінка економічної ефективності ІТ-аутсорсінгу в діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я

КНП «ТОКЛ» ТОВ використовує у своїй діяльності технологію ІТ-аутсорсінгу шляхом передачі функції управління медичною інформацією компанії «Укрмедсофт». Дана компанія запровадила в досліджуваному закладі охорони здоров'я і підтримує використання МІС «Укрмедсофт».

Для оцінки економічної ефективності використання МІС «Укрмедсофт»

побудовано функціональну модель з використанням методології SADT (англ. *Structural Analysis and Design Technique*) у нотації стандарту функціонального моделювання IDEF0.

Модель аналізу економічної ефективності використання медичних інформаційних систем побудована у вигляді ієрархічної структури і є функціональною декомпозицією процесу аналізу економічної ефективності використання медичних інформаційних систем, описуючи проходження потоків інформації, способи управління кожною функцією та механізми, що їх реалізують. Мета моделі – зрозуміти, які функції виконуються при аналізі економічної ефективності використання МІС, і як ці функції взаємопов'язані між собою.

На рис. 2.1 наводиться загальна функціональна декомпозиція моделі. В цілому для кожного з декомпозиційних фрагментів модель містить опис процесів обробки інформації, проходження інформаційних потоків, що впливають на хід процесу факторів і виконують процеси ресурсів.

Описано алгоритми оцінки економічної ефективності та рекомендовано критерії оцінки економічної ефективності інвестиційних проектів:

1) NPV (або чистий дисконтований дохід – ЧДД) визначається за формулою як перевищення інтегральних результатів над інтегральними витратами:

$$NPV = \sum_{t=0}^T \frac{(\Pi_t - O_t)}{(1 + E)^t}$$

де T – обрій розрахунку;

Π_t – результати, що досягаються на t-му етапі розрахунку;

O_t – витрати, що здійснюються на тому ж кроці;

E – норма дисконту.

Якщо NPV проекту є позитивним, то проект є ефективним при даній нормі дисконту.

2) індекс прибутковості (PI або ІД), що розраховується за формулою:

$$PI = \frac{1}{K} \sum_{t=0}^T \frac{\Pi_t}{(1 + E)^t}$$

де К – сума дисконтованих вкладень, що розраховується за формулою:



Рис. 2.1. Ієрархічна структура функціональної моделі аналізу економічної ефективності використання медичних інформаційних систем

Примітка. Сформовано автором

$$K = \sum_{t=0}^T \frac{O_t}{(1 + E)^t}$$

Якщо показник NPV є позитивним, то наведені формули визначають $PI > 1$, і навпаки. Якщо $PI > 1$, то проект ефективний, якщо $PI < 1$ – неефективний.

3) внутрішня норма доходності (IRR чи ВНД) є тою норму дисконту ($E_{вн}$), при якій величина наведених ефектів дорівнює наведеним капіталовкладенням, тобто IRR є рішенням щодо $E_{вн}$ рівняння:

$$\sum_{t=0}^T \frac{(\Pi_t - O_t)}{(1 + E_{вн})^t} = 0.$$

Якщо розрахунок NPV визначає, чи ефективний інвестиційний проект при заданій нормі дисконту (E), то IRR розраховується для того, щоб порівняти його з необхідною інвестору нормою доходу на капітал, що вкладається. Якщо IRR дорівнює чи більше необхідної норми доходу на капітал, то інвестиції у програму виправдані, в іншому випадку інвестиції недоцільні.

4) термін окупності – період, починаючи з якого початкові вкладення та інші витрати, пов'язані з інвестиційним проектом (програмою), покриваються сумарними результатами його здійснення.

Оскільки жоден критерій сам собою не є достатнім для ухвалення рішення про успішність проекту, рішення приймається з урахуванням значень усіх критеріальних показників.

Впровадження МІС супроводжується певними фінансовими витратами, зокрема: 1) витратами на підготовку закладу до впровадження МІС (витрати на навчання персоналу, закупівлю обладнання та ін.); 2) витрати на створення МІС (суми укладених закладом договорів на розробку/закупівлю готової МІС); 3) витрати на переведення закладу на нову технологію роботи (суми укладених закладом договорів за етапами введення МІС закладу в експлуатацію); 4) витрати на підтримку роботи МІС (витрати закладу на

персонал з адміністрування та супроводу системи – загальний фонд зарплати персоналу, що супроводжує МІС, за рік); 5) витрати на супровід МІС (суми укладених закладом договорів на супровід системи); 6) витрати на комунальне утримання МІС (електроенергія, охорона, витратні матеріали та ін.); 7) витрати на людський чинник (адаптація персоналу до МІС); 8) витрати на простій системи (витрати закладу, пов'язані з тимчасовим простоєм системи).

Запровадження МІС створює наступні вигоди: 1) економія часу медсестер на роботу з документами (СЕМК) (порівняння загального фонду зарплати медсестер у відділеннях за рік); 2) економія витрат за лікарські препарати (порівняння вартості спожитих лікарських засобів протягом року); 3) економія на лабораторних дослідженнях (порівняння сумарних річних витрат лабораторій); 4) економія на радіологічних дослідженнях (порівняння сумарних річних витрат відділень, які проводять радіологічні дослідження); 5) вигоди від скорочення термінів госпіталізації (порівняння даних про кількість ліжко-днів за рік та даних про загальну вартість ліжко-днів за рік); 6) економія витрат на роботу з платіжними документами (загальний фонд зарплати, зарплата працівників, які займаються платіжними документами щодо лікування пацієнтів); 7) збільшення суми рахунків страховим компаніям (порівняння загальної суми рахунків за страховими пацієнтами за рік); 8) скорочення помилок під час виставлення рахунків (порівняння сум рахунків, якими страхові компанії пред'являли претензії протягом року); 9) програмне забезпечення аналізу економічної ефективності використання медичних інформаційних систем.

Для можливості використання запропонованих алгоритмів та методів оцінки економічної ефективності проекту інформатизації закладу охорони здоров'я на практиці був розроблений макет програмного забезпечення аналізу економічної ефективності використання МІС, придатного для практичного використання у складі сучасних МІС.

Серверна частина програмного забезпечення працює під управлінням СУБД Oracle 10g. Клієнтська частина реалізована в технології Oracle APEX та

функціонує на робочій станції під керуванням ОС Microsoft Windows XP (і вище). На рис. 2.2 наведено схему алгоритму функціонування програмного забезпечення аналізу економічної ефективності використання медичних інформаційних систем.

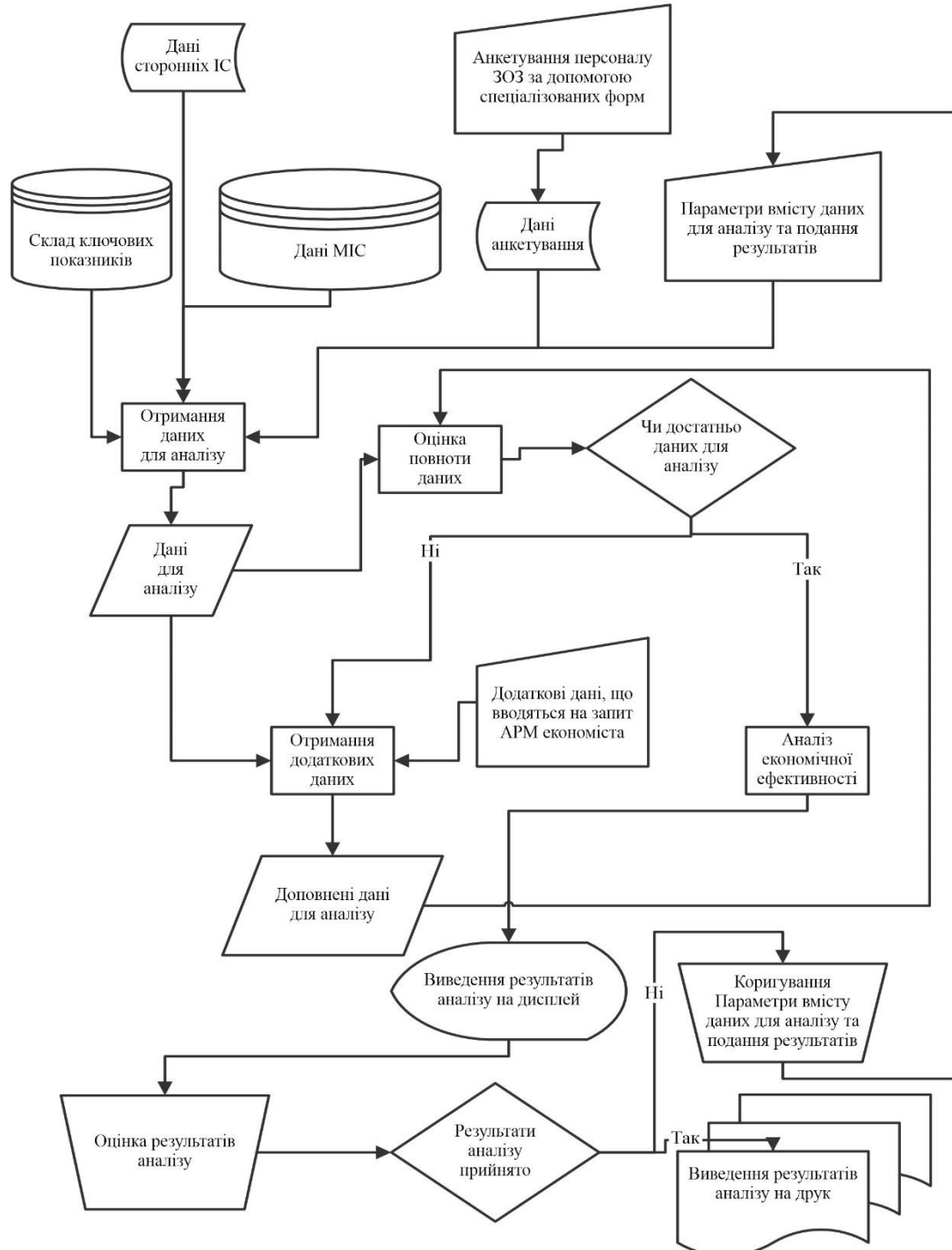


Рис. 2.2. Схема алгоритму функціонування програмного забезпечення аналізу економічної ефективності використання медичних інформаційних систем

Примітка. Сформовано автором

Робота з програмним забезпеченням ведеться через веб-інтерфейс, за допомогою якого формуються інтерактивні звіти з аналізу діяльності лікувально-профілактичного закладу. Інтерактивний звіт показує заздалегідь набір стовпців. Звіт може змінюватись за допомогою початкової умови фільтрації, порядку сортування за умовчанням, контрольних точок, виділення, розрахунків, об'єднань та діаграм. Кожен інтерактивний звіт може також змінюватися шляхом завдання керуючих елементів (область пошуку, меню дій та меню в заголовках стовпців), його результати можуть переглядатися або вивантажуватись у файл для подальшої обробки, також звіт може зберігатися для подальшого використання.

Програмне забезпечення формує звіти (згруповані за розділами): 1) загальні показники ефективності проектів інформаційної системи; 2) ключові показники клінічної підсистеми інформаційної системи; 3) ключові показники поліклінічної підсистеми інформаційної системи; 4) ключові показники економічної системи інформаційної системи; 5) ключові показники оцінки ефективності МІС персоналом закладу охорони здоров'я.

З використанням програмного забезпечення аналізу економічної ефективності використання МІС на базі пілотних закладів охорони здоров'я було проведено обчислювальний експеримент з оцінки економічної ефективності використання МІС. Нижче наведено результати оцінки інвестиційних проектів для трьох закладів охорони різного типу.

Першим закладом охорони здоров'я (ЗОЗ-1) для проведення обчислювального експерименту з оцінки ефективності використання медичної інформаційної системи було обрано велику комплексну багатoproфільну лікувально-профілактичну установу, яка надає комплексну медичну допомогу. У своєму складі ЗОЗ-1 має стаціонар, поліклініку, діагностичні та консультативні відділення. Стаціонар розрахований на 230 ліжок, поліклініка – на 300 тисяч відвідувань на рік.

Повний контур інформатизації лікувально-діагностичного та супутніх процесів включає облік контингенту, управління ресурсами, оформлення

електронних медичних карт, персоніфікований матулік, контроль якості лікування, аналітику та медстатистику з різних аспектів діяльності установи, а також надання інформації для аналізу та прийняття рішень.

МІС ЗОЗ-1 використовують 1000 користувачів.

Результати обчислювального експерименту наведено у табл. 2.12.

Оцінка отриманих для ЛПЗ-1 результатів: 1) чистий дисконтований дохід (NPV) має позитивне значення – ефективний проект; 2) індекс прибутковості (PI) більше 1 – проект ефективний; 3) внутрішня норма доходності (IRR) більше 10% – ефективний проект, інвестиції виправдані; 4) термін окупності (PBP) – 5 років після створення МІС.

Таблиця 2.12

Результати обчислювального експерименту з оцінки економічної ефективності МІС ЗОЗ-1

Найменування показника	Значення показника
Чистий дисконтований дохід (NPV), тис. грн.	51100
Індекс доходності (PI)	1,59
Внутрішня норма доходності (IRR), %	19
Термін окупності (PBP), років	5

Примітка. Розраховано автором

Другим закладом охорони здоров'я (ЗОЗ-2) для проведення обчислювального експерименту з оцінки ефективності використання МІС було обрано великий багатопрофільний заклад стаціонарного типу на 550 ліжок. Інформатизація закладу проводилася поетапно з додаванням нового функціоналу та нових відділень.

Повний контур інформатизації лікувально-діагностичного та супутніх процесів включає облік контингенту, управління ресурсами, оформлення електронних медичних карт, розрахунки з пацієнтами, взаємодія зі страховими компаніями, контроль якості лікування, аналітику та медстатистику з різних аспектів діяльності установи, а також надання інформації для аналізу та прийняття рішень.

МІС ЗОЗ-2 використовують 850 користувачів.

Для проведення обчислювального експерименту використовувалися

фактичні показники за період створення системи (4 роки) та прогнозовані на період 5 років після завершення проекту.

Результати обчислювального експерименту наведено в табл. 2.13.

Оцінка отриманих для ЗОЗ-2 результатів: 1) чистий дисконтований дохід (NPV) має позитивне значення – проект ефективний; 2) індекс прибутковості (PI) більше 1 – проект ефективний; 3) внутрішня норма прибутковості (IRR) більше 10% - проект ефективний; 4) термін окупності (PBP) – 3 роки після створення МІС.

Таблиця 2.13

Результати обчислювального експерименту з оцінки економічної ефективності МІС у ЗОЗ-2

Найменування показника	Значення показника
Чистий дисконтований дохід (NPV), тис. грн.	155133
Індекс доходності (PI)	1,2
Внутрішня норма доходності (IRR), %	11
Термін окупності (PBP), років	3

Примітка. Розраховано автором

Третім закладом охорони здоров'я (ЗОЗ-3) для проведення обчислювального експерименту з оцінки ефективності використання медичної інформаційної системи було обрано комерційний регіональний багатопрофільний заклад охорони здоров'я амбулаторно-поліклінічного типу (на 20 000 відвідувань на рік).

Інформатизацію закладу охорони здоров'я було розпочато у 2018-му році та проводили у мінімальному контурі (облік контингенту, управління ресурсами, розрахунки з пацієнтами, взаємодія зі страховими компаніями, медична статистика).

МІС ЗОЗ-3 використовують 22 користувача.

Для проведення обчислювального експерименту використовувалися фактичні показники за період створення системи (3 роки) та прогнозовані на період 6 років після закінчення проекту.

Результати обчислювального експерименту наведено у табл. 2.14.

Оцінка отриманих для ЗОЗ-3 результатів: 1) чистий дисконтований дохід (NPV) має позитивне значення – проект ефективний; 2) індекс прибутковості (PI) більше 1 – проект ефективний; 3) внутрішня норма прибутковості (IRR) більше 10% – проект ефективний; 4) термін окупності (PBP) – 4 роки після створення МІС.

За підсумками проведення обчислювального експерименту з оцінки економічної ефективності використання МІС в закладах охорони здоров'я видно, що ефективність проекту безпосередньо залежить від глибини впровадження (чим повніше охоплює інформатизація бізнес-процеси закладу, тим вища ефективність проекту) і масштабу закладу (чим більший заклад, тим ефективніше проект).

Таблиця 2.14

Результати обчислювального експерименту з оцінки економічної ефективності МІС ЗОЗ-3

Найменування показника	Значення показника
Чистий дисконтований дохід (NPV), тис. грн.	9852
Індекс доходності (PI)	1,1
Внутрішня норма доходності (IRR), %	12
Термін окупності (PBP), років	4

Примітка. Розраховано автором

Отже, впровадження МІС приносить вигоди навіть за мінімального контуру інформатизації у невеликих закладах охорони здоров'я (в описі експерименту – ЗОЗ-3), лише термін окупності вкладень може бути більшим, ніж у великих закладів охорони здоров'я з повномасштабною інформатизацією.

2.3. Аналіз потенційних можливостей переведення окремих напрямків діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я на аутсорсинг

Для виявлення потенційних можливостей переведення окремих напрямків діяльності закладу охорони здоров'я на аутсорсинг проаналізовано судження керівників закладів охорони здоров'я. В рамках дослідження було

проведено соціологічне опитування з використанням спеціально розробленої анкети, що складається з 2 блоків. Перший блок включав питання про респондента, у другому містилися питання щодо використання аутсорсингу в закладі охорони здоров'я. Анкета була модифікована та валідизована під час пілотного дослідження. За характером проведення дослідження було експериментальним, аналітичним, з допомогою індивідуальних даних, за часом – поперечним, одномоментним.

Включення учасників дослідження у вибірку сукупність здійснювалося методом квотної вибірки за 5 статистичними параметрами: стать, вік, освіта, місце роботи, стаж роботи. Після перевірки повноти та якості заповнення всіх пунктів анкети до дослідження було включено 124 анкети керівників закладів охорони здоров'я, які мають вищу медичну освіту та стаж роботи у сфері охорони здоров'я 10 та більше років.

Учасники анкетування були поділені на дві групи: до першої (далі – 1 група) увійшли особи, які приймають управлінські рішення, у кількості 54 осіб (43,5% від загальної кількості анкетованих). До неї були включені керівники, заступники керівників та завідувачі відділень закладів охорони здоров'я. Другу групу (далі – 2 група) склали особи, які не приймають управлінські рішення, всього – 70 осіб (56,5%). До цієї групи увійшли лікарі, які мають підготовку за напрямком організації охорони здоров'я та громадського здоров'я, професорсько-викладацький персонал профільних кафедр медичних вузів та науковців.

У проведеному дослідженні були використані такі методи, як соціологічний, аналітичний та статистичний.

Статистичний аналіз проводився за допомогою розрахунку кількісних та якісних змінних. Отримані дані були проаналізовані та описані за допомогою методів дескриптивної статистики, проведено розрахунок показників середніх величин, у тому числі стандартного відхилення, розрахунок 95% довірчих інтервалів (ДІ) проводився методом Fisher. Відмінності між групами визначалися на підставі статистично значимих відмінностей методом 2-

квадрат Пірсона. Критичний рівень значимості прийнято при $p \leq 0,05$. Обробка статистичних даних здійснювалася за допомогою програми Microsoft Excel та пакету прикладних програм WinPEPI.

Для вивчення справжньої ситуації в закладах охорони здоров'я та можливого прогнозування з подальшими рекомендаціями, респондентам задавалися питання щодо аутсорсингу в цілому та їх думки про цей напрям у охороні здоров'я. Відповіді респондентів із заданих питань аналізувалися як загалом у групі учасників, так і у порівнянні отриманих результатів між двома групами.

Середній вік респондентів становив 49,9 (ДІ 95%: 48,3-51,5%) років, у дослідженні взяло участь 71,8% (ДІ 95%: 66,4-77,2%) жінок та 28,2% (ДІ 95%: 22,8-33,6%) чоловіків. Серед анкетованих 24,2% (ДІ 95%: 19,2-29,2%) мали вчений ступінь кандидата наук, 10,5% (ДІ 95%: 5,5-15,5%) – доктора наук, наукове звання доцента та професора мали 13,7% (ДІ 95%: 6,3-21,1%) та 4,8% відповідно.

У 1 групі жінки склали 63,0% (ДІ 95%: 58,0-68,0%), чоловіки – 37,0% (ДІ 95%: 32,0-42,0%), середній вік цієї групи становив 47,6 (ДІ 95%: 45,3-50,0%) років. У 2 групі жінки становили 78,6% (ДІ 95%: 68,9-88,2%), чоловіки – 21,4% (ДІ 95%: 11,8-31,1%), середній вік респондентів становив 51,6 (ДІ 95%: 49,3-53,9%) років (табл. 2.15). За наявністю у респондентів наукового ступеня чи вченого звання респонденти розподілилися наступним чином: частка кандидатів наук у 1 групі склала 11,1% (ДІ 95%: – 1,6-23,9%), а у 2 групі – 34,3% (ДІ 95%: 30,5-38,0%) ($p = 0,0218$); частка докторів наук у 1 групі склала 1,9% (ДІ 95%: 10,9-14,6%), а у 2 групі – 17,1% (ДІ 95%: 13,4-20,9%) ($P = 0,0352$); в 1 групі частка доцентів склала 1,9% (ДІ 95%: 13,5-17,2%), тоді як ця частка у 2 групі склала 34,3% (ДІ 95%: 15,4-30,3%) ($p = 0,0163$); в 1 групі були відсутні респонденти з вченим званням професор, а в 2 групі їхня частка склала 8,6% (ДІ 95%: 1,1-16,0%) ($p=0,1186$). Можна зробити висновок, що значні відмінності між 1 і 2 групою отримані лише за такими показниками, як наявність наукового ступеня та/або вченого звання.

Порівняльна характеристика респондентів 1 та 2 груп

	1 група			2 група			p
	Абс.	%	ДІ	Абс.	%	ДІ	
N	54	43,5		70	56,5		
1	2	3	4	5	6	7	8
Вік							
19–39	8	14,8	(ДІ 95%: 9,5-20,1%)	6	8,6	(ДІ 95%: 5,0-12,2%)	0,3367
40–49	28	51,9	(ДІ 95%: 46,6-57,1%)	29	41,4	(ДІ 95%: 37,8-45,0%)	0,4844
50–59	11	20,4	(ДІ 95%: 15,1-25,6%)	17	24,3	(ДІ 95%: 20,7–27,9%)	0,6807
60–69	7	13,0	(ДІ 95%: 7,7-18,2%)	16	22,9	(ДІ 95%: 19,3-26,5%)	0,2452
70–79	0	0,0	(ДІ 95%: -5,3-5,3%)	2	2,9	(ДІ 95%: -0,7-6,5%)	0,3860
Підлога							
чоловічий	20	37,0	(ДІ 95%: 32,0-42,0%)	15	21,4	(ДІ 95%: 11,8-31,1%)	0,1570
жіночий	34	63,0	(ДІ 95%: 58,0-68,0%)	55	78,6	(ДІ 95%: 68,9-88,2%)	0,4348
Наукова ступінь							
кандидат наук	6	11,1	(ДІ 95%: -1,6-23,9%)	24	34,3	(ДІ 95%: 30,5-38,0%)	0,0218
доктор наук	1	1,9	(ДІ 95%: -10,9-14,6%)	12	17,1	(ДІ 95%: 13,4-20,9%)	0,0352
ступінь відсутня	47	87,0	(ДІ 95%: 74,3-99,8%)	34	48,6	(ДІ 95%: 44,8-52,3%)	0,0435
Вчене звання							
доцент	1	1,9	(ДІ 95%: -13,5-17,2%)	16	22,9	(ДІ 95%: 15,4-30,3%)	0,0163
професор	0	0,0	(ДІ 95%: -15,3-15,3%)	6	8,6	(ДІ 95%: 1,1-16,0%)	0,1186
звання відсутня	53	98,1	(ДІ 95%: 82,8-113,5%)	48	68,6	(ДІ 95%: 61,1-76,0%)	0,1829
Стаж роботи (загальний) у системі охорони здоров'я громадян							
11–15	13	24,1	(ДІ 95%: 22,8-25,4%)	12	17,1	(ДІ 95%: 15,2-19,1%)	0,4396
16–20	9	16,7	(ДІ 95%: 15,4-18,0%)	19	27,1	(ДІ 95%: 25,2-29,1%)	0,2713
21–25	10	18,5	(ДІ 95%: 17,2-19,8%)	9	12,9	(ДІ 95%: 10,9-14,8%)	0,4600
26–30	8	14,8	(ДІ 95%: 13,5-16,1%)	9	12,9	(ДІ 95%: 10,9-14,8%)	0,7846
більше 30	14	25,9	(ДІ 95%: 24,6-27,2%)	21	30,0	(ДІ 95%: 28,1-31,9%)	0,7080
Стаж роботи у сфері організації охорони здоров'я							
11–15	25	46,3	(ДІ 95%: 41,5-51,1%)	23	32,9	(ДІ 95%: 30,3–35,4%)	0,3146

Продовження табл. 2.15

1	2	3	4	5	6	7	8
16–20	14	25,9	(ДІ 95%: 21,2-30,7%)	20	28,6	(ДІ 95%: 26,1-31,1%)	0,8046
21–25	9	16,7	(ДІ 95%: 11,9-21,4%)	13	18,6	(ДІ 95%: 16,1-21,1%)	0,8179
26–30	6	11,1	(ДІ 95%: 6,4-15,9%)	8	11,4	(ДІ 95%: 8,9-13,9%)	0,9606
більше 30	0	0,0	(ДІ 95%: -4,8-4,8%)	6	8,6	(ДІ 95%: 6,1-11,1%)	0,1186

Примітка. Побудовано за результатами проведеного дослідження

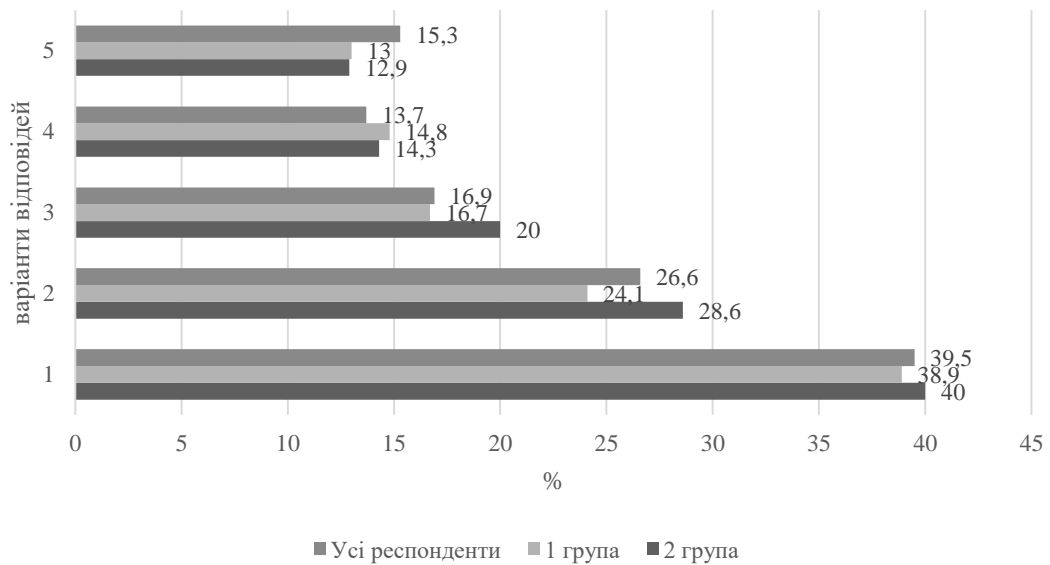
У структурі займаних посад респонденти розподілилися так: у 1 групі частка керівників медичних організацій становила 7,4% (ДІ 95%: 0,9-13,9%), заступників керівника медичної організації – 35,2% (ДІ 95%: 28,7-41,7%), завідувачів відділення – 53,7% (ДІ 95%: 47,2-60,2%); у 2 групі частка викладачів закладів вищої освіти становила 48,6% (ДІ 95%: 44,4-52,7%), співробітників різних НДІ – 25,7% (ДІ 95%: 21,5-29,9%) , лікарів 18,6% (ДІ 95%: 14,4-22,7%).

Практично у кожного третього респондента стаж роботи у системі охорони здоров'я громадян становив понад 30 років (28,2% (ДІ 95%: 27,2-29,2%)), при цьому у 1 групі частка таких респондентів – 25,9% (ДІ 95%: 24,6-27,2%), а у 2 групі – 30,0% (ДІ 95%: 28,1-31,9%) (P = 0,7080). Найбільший стаж роботи в галузі охорони здоров'я та громадського здоров'я у 38,7% (ДІ 95%: 36,3-41,1%) учасників дослідження становив від 11 до 15 років: у 1 групі – у 46,3% (ДІ 95 %: 41,5-51,1%), у 2 групі – у 32,9% (ДІ 95%: 30,3-35,4%) (P=0,3146). Дані факти підтверджують, що як респондентами виступили досвідчені фахівці – керівники охорони здоров'я.

На наявність сертифікату за спеціальністю «Організація охорони здоров'я та громадське здоров'я» вказали 54,8% (ДІ 95%: 51,2-58,5%); за спеціальністю «Управління сестринською діяльністю» – 9,7% (ДІ 95%: 6,0-13,3%) анкетованих; за іншими спеціальностями (загальна лікарська практика, терапія, педіатрія, хірургія, інфекційні хвороби, фтизіатрія, анестезіологія та реанімація) сертифікат був у 12,1% (ДІ 95%: 8,4-15,8%); відсутність сертифікату відзначили 23,4% (ДІ 95%: 19,7-27,0%) анкетованих – викладачі

та науковці.

Для вивчення думок респондентів щодо впливу впровадження аутсорсингу на діяльність закладів охорони здоров'я їм було запропоновано обрати один із п'яти варіантів відповідей (рис. 2.3).



1. Необхідно, оскільки це позитивно вплине на ефективність її діяльності
2. Необхідно, оскільки це нові тенденції в управлінні медичною організацією
3. Негативно вплине на ефективність її діяльності
4. Збільшить її витрати
5. Не вплине її діяльність

Рис. 2.3. Розподіл думок респондентів щодо необхідності впровадження аутсорсингу у медичних організаціях (%)

Примітка. Побудовано за результатами проведеного дослідження

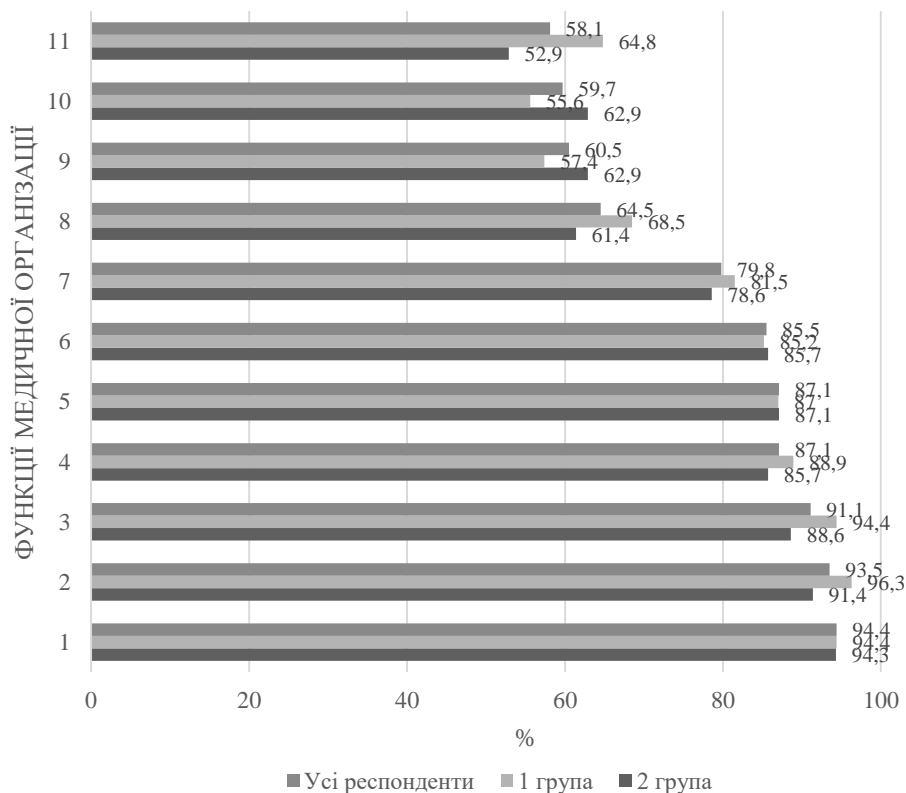
Більше третини всіх респондентів вважають, що аутсорсинг позитивно вплине на ефективність діяльності медичної організації (39,5% (ДІ 95%; 37,6-41,4%)). Більшість анкетованих 1 групи з цим згідно (38,9% (ДІ 95%; 36,0-41,8%)). Також вважають і респонденти 2 групи: частка їхніх відповідей про те, що аутсорсинг необхідний як фактор впливу на ефективність діяльності закладів охорони здоров'я, склала 40,0% (ДІ 95%; 37,3-42,7%).

Четверта частина анкетованих впевнена, що аутсорсинг є новою тенденцією в управлінні медичною організацією (26,6% (ДІ 95%; 24,7-28,5%)): у 1 групі таку думку висловили 24,1% (ДІ 95%; 21,2-27,0%), а у 2 групі – 28,6% (ДІ 95%; 25,9-31,3%) анкетованих.

Негативний вплив на ефективність діяльності медичної організації відзначили 16,9% усіх учасників дослідження (ДІ 95%: 15,0-18,8%). У 1 групі таких виявилося 16,7% (ДІ 95%: 13,8-19,6%), а у 2 групі частка таких відповідей склала 20,0% (ДІ 95%: 17,3-22,7%) .

Аналіз отриманих результатів показав, що відповіді учасників, включених до 1 та 2 групи, в основному, можна порівняти та проілюструвати загальне позитивне ставлення до аутсорсингу.

Респондентам було поставлене питання про можливість або неможливість передачі тих чи інших функцій, що виконуються медичними організаціями, на аутсорсинг. Думки учасників дослідження з вибором відповідей понад 50% із запропонованих варіантів представлені на рис. 2.4.



1. Прибирання територій
2. Охорона медичної організації
3. Послуги пральні
4. Обслуговування автотранспорту медичної організації
5. Послуги обслуговування не медичного обладнання та комунікацій (котельня, ліфт, насоси, енергетика, зв'язок)

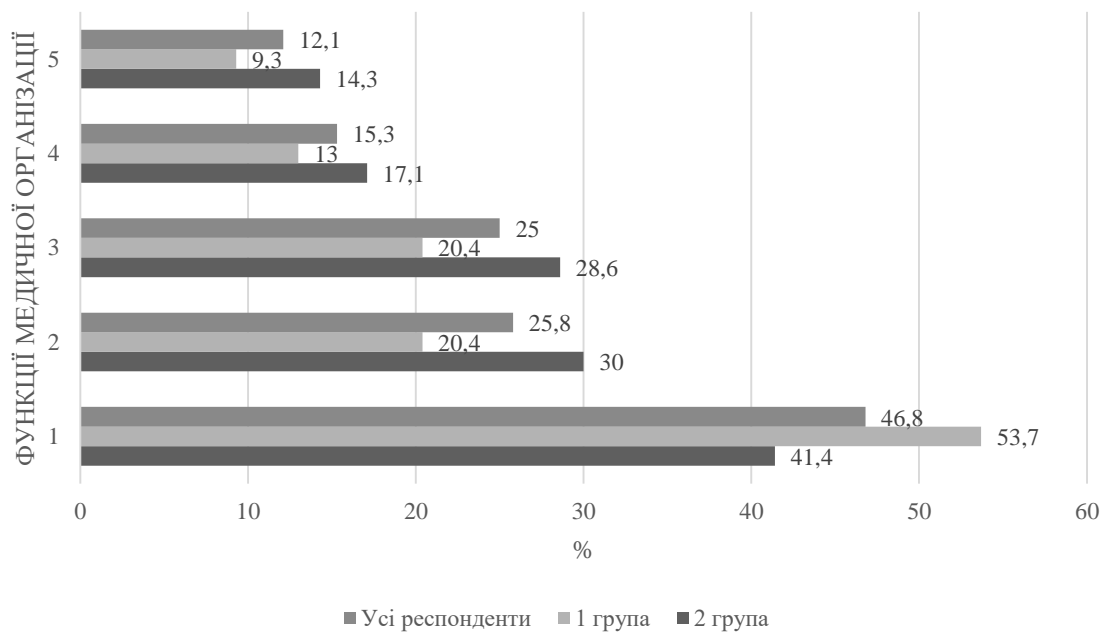
6. Обслуговування оргтехніки
7. Обслуговування медичного обладнання
8. Ведення сайту медичної організації
9. Прибирання приміщень
10. Організація харчування
11. Супровід інформаційних систем у медичній організації

Рис. 2.4. Думки респондентів щодо можливості передачі функцій закладів охорони здоров'я на аутсорсинг (%)

Примітка. Побудовано за результатами проведеного дослідження

Більшість респондентів як 1, так і 2 групи відзначили, що на аутсорсинг можна передати прибирання територій (94,4% (ДІ 95%: 86,0-102,9%) та 94,3% (ДІ 95%: 87,7) – 100,9%) відповідно). Також одноставно більшість респондентів вважають, що на аутсорсинг можна передати охорону медичної організації (93,5% (ДІ 95%: 88,4-98,6%)). У 1 групі такий вибір зробили 96,3% (ДІ 95%: 87,8-104,7%), а у 2 групі – 91,4% (ДІ 95%: 84,8-98,1%) анкетованих.

Думки учасників дослідження з меншою популярністю (вибір відповідей менше 50% із запропонованих варіантів) представлені на рис. 2.5.



1. Юридичний супровід
2. Ведення бухгалтерії
3. Закупівлі/контракти

4. Ведення кадрового діловодства
5. Планово-економічна діяльність

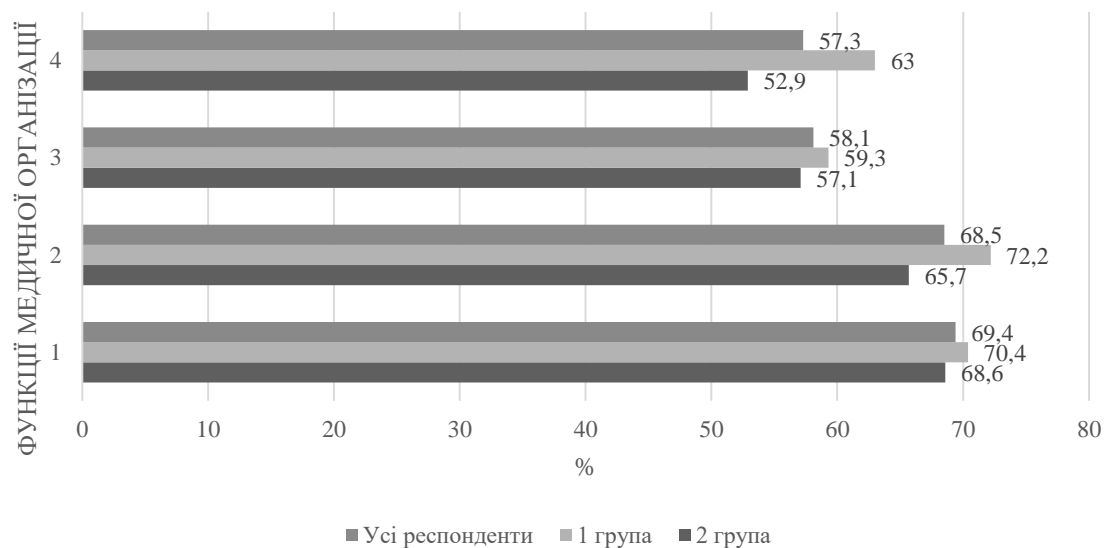
Рис. 2.5. Думки респондентів щодо можливості передачі функцій медичної організації на аутсорсинг (%)

Примітка. Побудовано за результатами проведеного дослідження

Юридичний супровід діяльності медичної організації можна передати на аутсорсинг на думку 53,7% (ДІ 95%: 45,3-62,2%) учасників 1 групи та 41,4% (ДІ 95%: 34,8-48,1%) учасників 2 групи.

На думку всіх респондентів, не можна передавати на аутсорсинг планово-економічну діяльність (69,4% (ДІ 95%: 65,3-73,4%)). З цим згодні

70,4% (ДІ 95%: 63,7-77,1%) учасників 1 групи та 68,6% (ДІ 95%: 65,3-73,4%) респондентів 2 групи. Думки учасників дослідження з вибором відповідей понад 50% із запропонованих варіантів представлені на рис. 2.6.



1. Планово-економічна діяльність
2. Ведення кадрового діловодства
3. Закупівлі/контракти
4. Ведення бухгалтерії

1. Ведення бухгалтерії
2. Закупівлі/контракти
3. Ведення кадрового діловодства
4. Планово-економічна діяльність

Рис. 2.6. Думки респондентів про неможливість передачі функцій медичної організації на аутсорсинг (%)

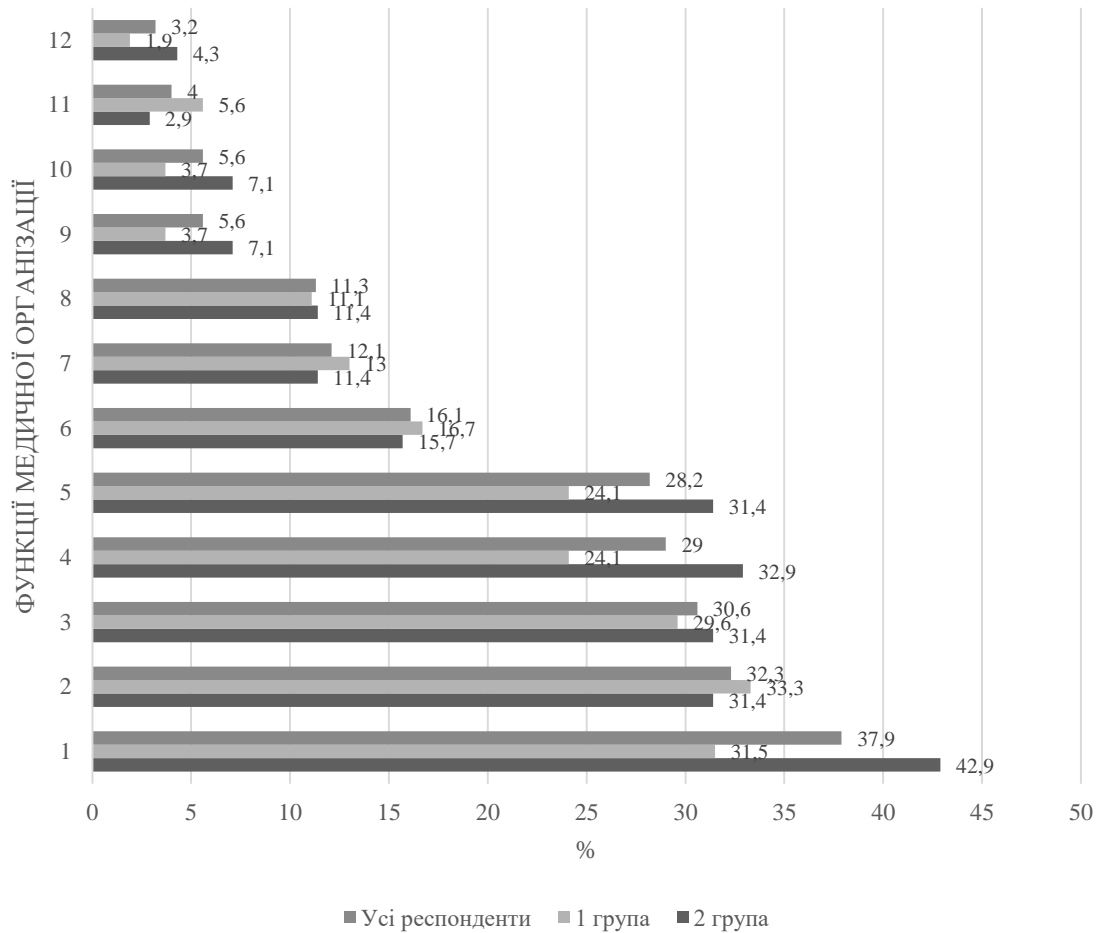
Примітка. Побудовано за результатами проведеного дослідження

Неможливість передачі на аутсорсинг ведення кадрового діловодства відзначило 68,5% (ДІ 95%: 64,5–72,6%) усіх респондентів, у 1 групі така думка у 72,2% (ДІ 95%: 65,5–78), 9%), у 2 групі у 65,7% (ДІ 95%: 64,5-72,6%) учасників.

Думки учасників дослідження з вибором відповідей менше 50% із запропонованих варіантів представлені на малюнку 5. Так 37,9% усіх респондентів, 31,5% (ДІ 95%: 24,8–38,2%) учасників 1 групи та 42,9% учасників 2 групи (ДІ 95%: 33,8–42,0%) вважають, що така функція як юридичний супровід не може бути передана компаніям-аутсорсерам.

Близько третини всіх респондентів вважають, що прибирання приміщень не потрібно передавати на аутсорсинг. Ця думка склалася у 33,3%

(ДІ 95%: 26,6-40,0%) учасників 1 групи та 31,4% респондентів 2 групи (ДІ 95%: 28,2-36,3%) (рис. 2.7).



1. Юридичний супровід
2. Прибирання приміщень
3. Організація харчування
4. Ведення сайту медичної організації
5. Супровід інформаційних систем у медичній організації
6. Обслуговування медичного обладнання
7. Обслуговування оргтехніки

8. Обслуговування автотранспорту медичної організації
9. Послуги пральні
10. Послуги обслуговування немедичного обладнання та комунікацій (котельня, ліфт, насоси, енергетика, зв'язок)
11. Прибирання територій
12. Охорона медичної організації

Рис. 2.7. Думки респондентів про неможливість передачі функцій медичної організації на аутсорсинг (%)

Примітка. Побудовано за результатами проведеного дослідження

Результати дослідження демонструють відносно схожий погляд респондентів на ті функції, які можна і не можна передавати на аутсорсинг в обох групах. Порівняльні дані думки 1 та 2 груп представлені в табл. 2.16.

Таблиця 2.16

**Порівняльна характеристика відповідей респондентів 1 та 2 груп щодо
можливості передачі на аутсорсинг певних функцій**

1	Група 1			Група 2			P=
	Абс.	%	ДІ	Абс.	%	ДІ	
2	3	4	5	6	7	8	
Функції, які можна передати на аутсорсинг							
Організація питання	30	55,6	(ДІ 95%: 47,1-64,0%)	44	62,9	(ДІ 95%: 56,2-69,5%)	0,6787
Прибирання приміщень	31	57,4	(ДІ 95%: 49,0-65,9%)	44	62,9	(ДІ 95%: 56,2-69,5%)	0,7595
Прибирання територій	51	94,4	(ДІ 95%: 86,0-102,9%)	66	94,3	(ДІ 95%: 87,7-100,9%)	0,9948
Послуги пральні	51	94,4	(ДІ 95%: 86,0-102,9%)	62	88,6	(ДІ 95%: 81,9-95,2%)	0,8063
Охорона медичної організації	52	96,3	(ДІ 95%: 87,8-104,7%)	64	91,4	(ДІ 95%: 84,8-98,1%)	0,8414
Ведення бухгалтерії	11	20,4	(ДІ 95%: 11,9-28,8%)	21	30,0	(ДІ 95%: 23,4-36,6%)	0,3482
Ведення кадрового діловодства	7	13,0	(ДІ 95%: 4,5-21,4%)	12	17,1	(ДІ 95%: 10,5-23,8%)	0,5839
Планово-економічна діяльність	5	9,3	(ДІ 95%: 0,8-17,7%)	10	14,3	(ДІ 95%: 7,7-20,9%)	0,4503
Обслуговування автотранспорту медичної організації	48	88,9	(ДІ 95%: 80,4-97,3%)	60	85,7	(ДІ 95%: 79,1-92,3%)	0,8875
Юридичний супровід	29	53,7	(ДІ 95%: 45,3-62,2%)	29	41,4	(ДІ 95%: 34,8-48,1%)	0,4166
Ведення сайту медичної організації	37	68,5	(ДІ 95%: 60,1-77,0%)	43	61,4	(ДІ 95%: 54,8-68,1%)	0,7083
Супровід інформаційних систем у медичній організації	35	64,8	(ДІ 95%: 56,4-73,3%)	37	52,9	(ДІ 95%: 46,2-59,5%)	0,4929
Обслуговування оргтехніки	46	85,2	(ДІ 95%: 76,7-93,6%)	60	85,7	(ДІ 95%: 79,1-92,3%)	0,9815
Обслуговування медичного обладнання	44	81,5	(ДІ 95%: 73,0-89,9%)	55	78,6	(ДІ 95%: 71,9-85,2%)	0,8875
Закупівлі/контракти	11	20,4	(ДІ 95%: 11,9-28,8%)	20	28,6	(ДІ 95%: 21,9-35,2%)	0,4166
Послуги обслуговування немедичного обладнання та комунікацій (котельня, ліфт, насоси, енергетика, зв'язок)	47	87,0	(ДІ 95%: 78,6-95,5%)	61	87,1	(ДІ 95%: 80,5-93,8%)	0,9963

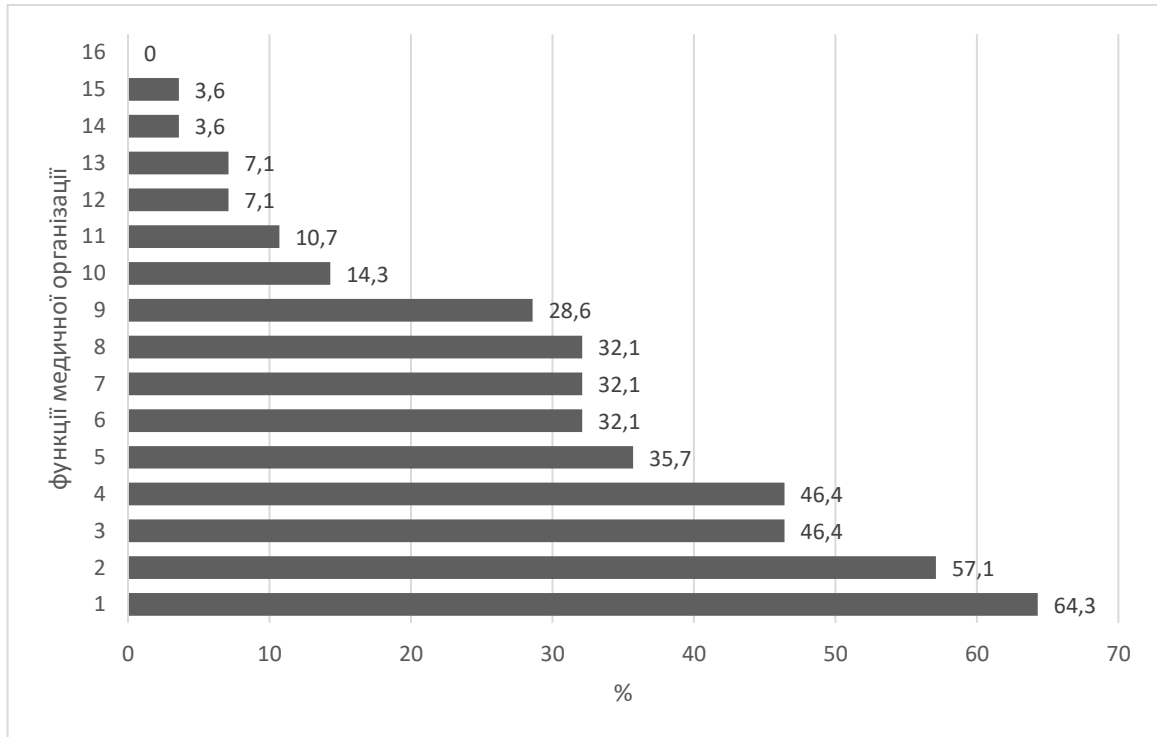
Продовження табл. 2.16

1	2	3	4	5	6	7	8
Функції, які не можна передати на аутсорсинг							
Організація питань	16	29,6	(Ді 95%: 22,9-36,3%)	22	31,4	(Ді 95%: 26,6-34,7%)	0,8875
Прибирання приміщень	18	33,3	(Ді 95%: 26,6-40,0%)	22	31,4	(Ді 95%: 28,2-36,3%)	0,8625
Прибирання територій	3	5,6	(Ді 95%: -1,1-12,2%)	2	2,9	(Ді 95%: 0,0-8,1%)	0,4749
Послуги пральні	2	3,7	(Ді 95%: -3,0-10,4%)	5	7,1	(Ді 95%: 1,6-9,7%)	0,4429
Охорона медичної організації	1	1,9	(Ді 95%: -4,8-8,5%)	3	4,3	(Ді 95%: -0,9-7,3%)	0,4728
Ведення бухгалтерії	34	63,0	(Ді 95%: 56,3-69,7%)	37	52,9	(Ді 95%: 53,2-61,3%)	0,5581
Ведення кадрового діловодства	39	72,2	(Ді 95%: 65,5-78,9%)	46	65,7	(Ді 95%: 64,5-72,6%)	0,7388
Планово-економічна діяльність	38	70,4	(Ді 95%: 63,7-77,1%)	48	68,6	(Ді 95%: 65,3-73,4%)	0,927
Обслуговування автотранспорту медичної організації	6	11,1	(Ді 95%: 4,4-17,8%)	8	11,4	(Ді 95%: 7,2-15,4%)	0,9606
Юридичний супровід	17	31,5	(Ді 95%: 24,8-38,2%)	30	42,9	(Ді 95%: 33,8-42,0%)	0,3829
Ведення сайту медичної організації	13	24,1	(Ді 95%: 17,4-30,8%)	23	32,9	(Ді 95%: 25,0-33,1%)	0,4268
Супровід інформаційних систем у медичній організації	13	24,1	(Ді 95%: 17,4-30,8%)	22	31,4	(Ді 95%: 24,1-32,3%)	0,4986
Обслуговування оргтехніки	7	13,0	(Ді 95%: 6,3-19,7%)	8	11,4	(Ді 95%: 8,0-16,2%)	0,8183
Обслуговування медичного обладнання	9	16,7	(Ді 95%: 10,0-23,4%)	11	15,7	(Ді 95%: 12,0-20,2%)	0,9034
Закупівлі/контракти	32	59,3	(Ді 95%: 52,6-66,0%)	40	57,1	(Ді 95%: 54,0-62,1%)	0,903
Послуги обслуговування немедичного обладнання та комунікацій (котельня, ліфт, насоси, енергетика, зв'язок)	2	3,7	(Ді 95%: -3,0-10,4%)	5	7,1	(Ді 95%: 1,6-9,7%)	0,4429

Примітка. Побудовано за результатами проведеного дослідження

Ми не отримали достовірних відмінностей думок респондентів 1 і 2 груп, отримані дані розрізняються лише ранговим місцем тих самих функцій.

Учасникам 1 групи, як особам, що приймають управлінські рішення, цілеспрямовано було поставлено питання про те, які саме функції в медичних організаціях, якими вони керують, на сьогодні вже передані на аутсорсинг (рис. 2.8).



1. Послуги пральні
2. Обслуговування медичного обладнання
3. Обслуговування автотранспорту медичної організації
4. Послуги обслуговування немедичного обладнання та комунікацій (котельня, ліфт, насоси, енергетика, зв'язок)
5. Прибирання територій
6. Організація харчування
7. Прибирання приміщень

8. Охорона медичної організації
9. Супровід інформаційних систем у медичній організації
10. Обслуговування оргтехніки
11. Юридичний супровід
12. Ведення бухгалтерії
13. Закупівлі/контракти
14. Планово-економічна діяльність
15. Ведення сайту медичної організації
16. Ведення кадрового діловодства

Рис. 2.8. Відповіді респондентів 1 групи про функції медичної організації, передані на аутсорсинг (%)

Примітка. Побудовано за результатами проведеного дослідження

Найчастіше на аутсорсинг передають такі функції, як послуги пральні (64,3% (ДІ 95%: 62,1-66,5%)), обслуговування медичного обладнання (57,3% (ДІ 95%: 55,0-59,3%)), обслуговування автотранспорту МО (46,4% (ДІ 95%: 44,2-48,6%)), обслуговування немедичного обладнання та комунікацій (46,4%

(ДІ 95%: 44,2-48) ,6%)), прибирання територій (35,7% (ДІ 95%: 33,5-37,9%)).

Якщо порівняти відповіді на запитання керівників медичних організацій про те, які функції можуть бути передані на аутсорсинг, з тим, що вже фактично передано, можна дійти невтішного висновку про збіг відповідей. Таким чином, можна зробити висновок, що значна частина того, що може бути передано, в даний момент вже знаходиться на аутсорсингу. Проте аналіз впливу аутсорсингу на ефективність діяльності закладів охорони здоров'я потребує додаткових досліджень.

Більшість респондентів (66,1%) вважають, що впровадження аутсорсингу в медичній організації є необхідним, оскільки це позитивно вплине на ефективність її діяльності (39,6%), є новою тенденцією в управлінні медичною організацією (26,6%).

Учасники анкетування зазначили, що на аутсорсинг можна передати такі позиції, як прибирання територій (94,4%), охорона медичної організації (93,5%), послуги пральні (91,1%), обслуговування автотранспорту медичної організації та обслуговування немедичного обладнання та комунікацій (по 87,1%), обслуговування оргтехніки (85,5%) та обслуговування медичного обладнання (79,8%).

На думку респондентів, не можна передавати на аутсорсинг такі функції, як планово-економічна діяльність (69,4%), ведення кадрового діловодства (68,5%), закупівлі/контракти (58,1%), ведення бухгалтерії (57,3%) , юридичний супровід діяльності медичної організації (37,9%).

Найпоширенішими функціями, які в медичних організаціях вже передані на аутсорсинг, є пральня (64,3%), обслуговування медичного обладнання (57,3%), автотранспортні послуги (46,4%), обслуговування немедичного обладнання та комунікацій (46,4%), збирання територій (35,7%).

Порівняльний аналіз думок респондентів 1 і 2 груп щодо необхідності впровадження аутсорсингу в медичних організаціях, про процеси, які можна/не можна передавати на аутсорсинг, показав їх сумісність та схожість за всіма варіантами запропонованих відповідей.

Висновки до розділу 2

КНП «ТОКЛ» є «клінічним лікувально-профілактичним закладом охорони здоров'я Тернопільської області. КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» – головний лікувально-профілактичний заклад області, який є клінічною базою для кафедр Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, базою підвищення кваліфікації лікарів та середнього медичного персоналу, підготовки лікарів-інтернів, проходження практики студентів медичних університетів і медичних коледжів» [41].

КНП «ТОКЛ» використовує у своїй діяльності технологію ІТ-аутсорсингу шляхом передачі функції управління медичною інформацією компанії «Укрмедсофт». Дана компанія запровадила в досліджуваному закладі охорони здоров'я і підтримує використання МІС «Укрмедсофт».

У ході дослідження економічної ефективності ІТ-аутсорсингу вирішено кілька завдань:

- визначено найбільш значні види витрат і переваг, що найбільш адекватно відображають економічну складову проекту аутсорсингу для закладу охорони здоров'я (при цьому враховувалися заклади різних форм власності та відомчої належності, що мають свою специфіку фінансування);
- розроблено алгоритми аналізу економічної ефективності використання МІС у закладі охорони здоров'я;
- розроблено макет програмного забезпечення аналізу економічної ефективності використання МІС, придатний для практичного використання у складі сучасних МІС;
- проведено обчислювальний експеримент з оцінки економічної ефективності використання МІС у закладах охорони різного типу.

В результаті аналізу потенційних можливостей переведення окремих напрямків діяльності закладу охорони здоров'я на аутсорсинг встановлено, що більшість респондентів (66,1%) вважають, що впровадження аутсорсингу в медичній організації є необхідним, оскільки це позитивно вплине на ефективність її діяльності (39,6%), є новою тенденцією в управлінні медичною

організацією (26,6%).

Учасники анкетування зазначили, що на аутсорсинг можна передати такі позиції, як прибирання територій (94,4%), охорона закладу охорони здоров'я (93,5%), послуги пральні (91,1%), обслуговування автотранспорту та обслуговування немедичного обладнання та комунікацій (по 87,1%), обслуговування оргтехніки (85,5%) та обслуговування медичного обладнання (79,8%).

На думку респондентів, не можна передавати на аутсорсинг такі функції, як планово-економічна діяльність (69,4%), ведення кадрового діловодства (68,5%), закупівлі/контракти (58,1%), ведення бухгалтерії (57,3%), юридичний супровід діяльності закладу охорони здоров'я (37,9%).

Найпоширенішими функціями, які в у деяких закладах охорони здоров'я вже передані на аутсорсинг, є пральня (64,3%), обслуговування медичного обладнання (57,3%), автотранспортні послуги (46,4%), обслуговування немедичного обладнання та комунікацій (46, 4%), прибирання територій (35,7%).

Порівняльний аналіз думок респондентів щодо необхідності впровадження аутсорсингу в закладах охорони здоров'я, про процеси, які можна/не можна передавати на аутсорсинг, показав їх сумісність та схожість за всіма варіантами запропонованих відповідей.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМКИ ВПРОВАДЖЕННЯ АУТСОРСІНГУ В ДІЯЛЬНІСТЬ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Аутсорсінг в системі організації лікувального харчування в закладі охорони здоров'я

Найбільш поширеною формою реалізації аутсорсингу у сфері охорони здоров'я є передача функцій харчоблоку. Під аутсорсингом в системі організації лікувального харчування розуміється «передача на договірній основі функцій з приготування дієтичних страв зовнішньому виконавцю, що спеціалізується в галузі громадського харчування та має знання, досвід приготування дієтичних страв та (або) технічне оснащення» [16].

Оскільки аутсорсинг передбачає передачу неосновних (другорядних) видів роботи, цей метод трактується передусім метод стратегічного формування структури господарської діяльності організації. При цьому сутність поняття аутсорсингу можна розкрити з різних сторін: 1) як повну передачу другорядних процесів під час надання медичної допомоги стороннім організаціям; 2) як переведення внутрішнього підрозділу (або підрозділів) закладу охорони здоров'я до організації постачальника послуг, що пропонує надавати якусь спеціалізовану послугу протягом певного часу за договірною ціною; 3) як систему відносин, що виникають під час передачі закладом охорони здоров'я (замовником) деяких видів своєї діяльності спеціалізованим фірмам (виконавцям) на основі довгострокових договорів.

Аутсорсинг можна представити як форму господарських взаємин, при яких замовник концентрується на основних видах діяльності та передає другорядні, але функціонально необхідні процеси та функції, а також відповідальність за їх виконання професійним компаніям на довгостроковій основі з метою підвищення якості, зниження витрат та часу для виконання цих процесів. Виконавцю ж залишається розвивати та покращувати заявлені процеси та функції.

Особливість аутсорсингу в охороні здоров'я полягає у наявності двох різноспрямованих потоків послуг. З одного боку, передача функцій з обслуговування кінцевих споживачів, які раніше виконували спеціальні служби, відділи, підрозділи закладу охорони здоров'я, з іншого – придбання послуг спеціалізованих організацій – аутсорсерів з реалізації функцій, які раніше виконував заклад охорони здоров'я самостійно (задоволення внутрішніх потреб установи).

В даний час це особливо актуально, тому що сучасна система державного та муніципального управління пред'являє дуже високий рівень вимог до ефективності виконання покладених на заклади охорони здоров'я функцій. Водночас вона стає все більш відкритою для впровадження та використання сучасних технологій.

Аутсорсинг – порівняно новий вид послуг у системі охорони здоров'я. На відміну від послуг сервісу та підтримки, що мають разовий, епізодичний, випадковий характер і обмежені початком і кінцем, на аутсорсинг передаються зазвичай функції з професійної підтримки безперебійної функціональності окремих систем та інфраструктури на основі тривалого контракту (не менше 1 року).

В даний час в світі впровадження аутсорсингу послуги з організації лікувального харчування в закладах охорони здоров'я проводиться у таких формах (рис. 1.1): залежно від того, яка установа громадського харчування стане аутсорсером, формуються різні види функціонування систем аутсорсингу, фінансової взаємодії та системи зовнішнього контролю.

Причинами переведення на аутсорсинг послуги з організації лікувального харчування у закладах охорони здоров'я є такі об'єктивні чинники: 1) низький рівень оснащення харчоблоків сучасним обладнанням; 2) необхідність капітального ремонту будівель, у яких розташовуються харчоблоки; 3) низька укомплектованість кадрами харчоблоків.

Має місце і низка суб'єктивних чинників, що визначають необхідність проведення модернізації організації та проведення лікувального харчування у

стаціонарах. Це, по-перше, фінансування цього розділу за залишковим принципом. По-друге, відсутність належного контролю якості та безпеки роботи харчоблоку, їдалень та буфетів з боку керівників закладів охорони здоров'я, які вважають цей вид медичної послуги другорядним. У той же час при розвитку критичних ситуацій, таких як спалахи внутрішньолікарняних інфекцій, фахівці в результаті позапланових перевірок виявляють велику кількість порушень як у роботі харчоблоку, так і в оснащенні та стані приміщень, де обробляється та виробляється дієтичне харчування. В даний час харчоблоки лікарень не проходять ліцензування та сертифікацію продукції, тому що не є закладами громадського харчування. Цей факт також спричинив повну зневагу керівників закладів охорони здоров'я до модернізації цієї служби.

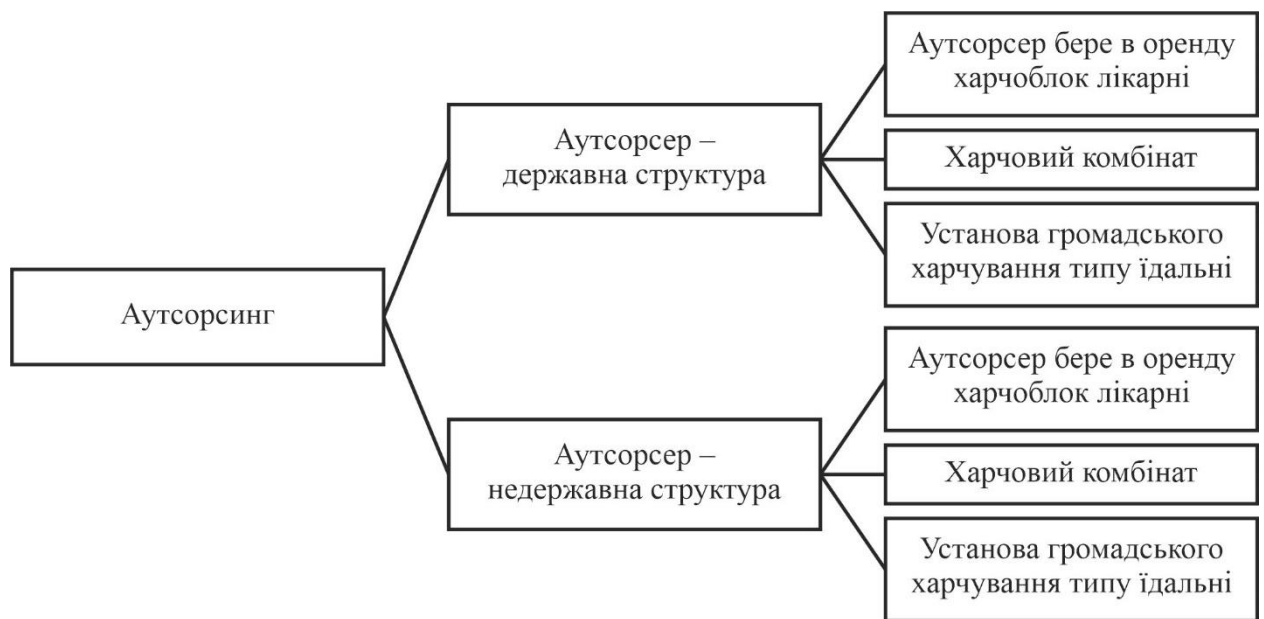


Рис. 3.1. Структура аутсорсингу лікувального харчування

Примітка. Наведено за [16]

Необхідність модернізації організації та проведення лікувального харчування у стаціонарах зумовлена низкою порушень. Найпоширенішими порушеннями є: 1) нецільове та нераціональне витрачання коштів, що виділяються на закупівлю продуктів харчування; 2) порушення виконання вимог відповідності хімічного складу та калорійності дієт нормативним вимогам; 3) низький рівень харчової цінності лікувальних раціонів; 4)

відсутність білкової корекції лікувальних раціонів; 5) відсутність системи внутрішньовідомчого контролю над організацією та проведенням лікувального харчування.

Підставою для розгляду питання про передачу харчоблоків стороннім організаціям також залишається можливість більш повної стандартизації при виконанні цієї послуги та підвищення якості обслуговування, зниження фінансових витрат. Головною метою переведення послуг з приготування дієтичних страв у харчоблоку закладу охорони здоров'я у систему аутсорсингу є підвищення якості їх надання.

Для оцінки можливості переходу на аутсорсинг необхідно розглянути переваги та недоліки низки існуючих на сьогоднішній день схем організації такої взаємодії з правових, організаційних та фінансово-економічних позицій.

Аутсорсинг є сучасною моделлю управління господарськими процесами, що забезпечує додаткові конкурентні переваги. Головне джерело цих переваг у використанні резервів (матеріальних та нематеріальних) приватних компаній для досягнення успіху на ринку медичних послуг. В аутсорсингу найбільш результативні організації, які мають власні ресурси, завдяки яким вони можуть зробити значний внесок у процес надання послуг.

Основними перевагами переведення роботи харчоблоків у систему аутсорсингу є, вперше, можливість зосередження установою наявних ресурсів на лікувально-дігностичному процесі (це пов'язано з тим, що договір аутсорсингу укладається саме за непрофільними напрямками діяльності установи); по-друге, скорочення фінансових витрат, тому що в більшості випадків послуги фірми- аутсорсера коштують дешевше, ніж утримання власного персоналу відповідної кваліфікації та проведення закупівель продуктів харчування.

Крім того, аутсорсинг дозволяє: 1) залучити чужий досвід: аутсорсингова компанія спеціалізується на певному виді діяльності та обслуговує велику кількість установ, що дозволяє їй досконально розбиратися у всіх поточних питаннях та використовувати напрацьований досвід; 2)

забезпечити надійність та стабільність, тому що аутсорсингова компанія несе відповідальність за виконувану роботу відповідно до договору на обслуговування та чинного законодавства; 3) мати гнучкість рішень при організації лікувально-профілактичного процесу та впровадження нових технологій: для аутсорсингової компанії зростання або скорочення в медичній установі супроводжуватиметься лише переглядом вартості послуг, переданих на аутсорсинг.

Однак є загрози, що потенційно зумовлені самим аутсорсингом, такі як небезпека виведення за межі медичного закладу багатьох видів діяльності та позбавлення частини власних ресурсів і можливостей. У таких випадках медичний заклад ризикує втратити види діяльності, які раніше забезпечували успіх серед пацієнтів. Важливо адекватно оцінити яку частину персоналу перевести в аутсорсингову фірму і як організувати контроль роботи аутсорсера.

Слід зазначити, що, на жаль, завжди є ще одна небезпека – можливість витоку відомостей конфіденційного характеру. Зазвичай аутсорсингова фірма гарантує, що витік інформації про замовника виключено, тому що в ній діє положення про комерційну таємницю клієнта, порушення якого завдасть шкоди передусім аутсорсингової компанії. Передача інформації про діяльність клієнта здійснюється лише відповідно до чинного законодавства. Рішення про законність вимог про видачу інформації виноситься лише після аналізу ситуації юристами аутсорсингової компанії.

При вирішенні передачі на аутсорсинг послуг з приготування харчування хворих керівник може вибрати кілька форм цієї організаційної технології: звичайний аутсорсинг, спільний аутсорсинг, аутсорсинг з елементами реорганізації.

Звичайний аутсорсинг передбачає використання тільки послуги з приготування харчування хворим в умовах харчоблоку лікарні, взятого в оренду аутсорсером. Даний вид аутсорсингу використовується, як правило, для того, щоб аутсорсер провів ремонтні роботи на харчоблоці, замінив

обладнання, привів у відповідність до нормативних вимог принципи складання лікувальних раціонів. В основу вибору цієї форми аутсорсингу закладено принципи мінімізації витрат та необхідність впровадження в роботу установи системи стандартів. Спільний аутсорсинг передбачає співпрацю та гнучкість у взаєминах із постачальником послуг. При цьому виді аутсорсингу лікувально-профілактичний заклад може передати ширший спектр функцій, обсяг яких визначається разом із постачальником послуг. У цьому випадку може відбутися переведення частини співробітників до компанії постачальника послуг. Аутсорсинг з елементами реорганізації здатний принести найбільший зиск обом сторонам. Ця модель вимагає від партнерів кардинальної реорганізації діяльності (як окремих підрозділів, і організацій загалом). Організації спільно визначають широкий спектр процесів, які спільно використовуватимуться. Як приклад можна навести варіант, коли аутсорсер використовує приміщення харчового блоку та персонал лікувально-профілактичного закладу для надання послуг з приготування їжі даній установі, а також іншим організаціям або фізичним особам.

Кожна розглянута модель співробітництва в рамках аутсорсингу дозволяє мінімізувати певні ризики, пов'язані з наданням цієї послуги.

Звичайний аутсорсинг, що пропонує стійкий рівень послуг, знижує фінансові ризики (тобто фінансові можливості виявляться недостатніми для виконання нормативних вимог).

Спільний аутсорсинг за рахунок вищого рівня послуг, підвищення гнучкості та швидкості бізнес-процесів дозволяє розділити операційні ризики обох партнерів. Операційний ризик - це ризик втрат внаслідок неправильної дії або припинення виконання внутрішніх операційних процесів, неправильної поведінки працівників та нестабільного функціонування харчоблоку. Таким чином, прості вид операції можуть призвести до функціональних збоїв, що може бути джерелом фінансових ризиків, а також завдає шкоди репутації установи. Кожна лікувально-профілактична установа схильна до операційних ризиків через розвиток технологій та ускладнення виробничих процесів. Тому,

передаючи частину функцій до рук фахівців, керівництво установи насамперед страхує себе від операційних ризиків. Також доведено, що після впровадження аутсорсингу значно підвищується рівень контролю.

Аутсорсинг із елементами реорганізації дозволяє розділити стратегічні ризики обох партнерів. Звертання лікувально-профілактичного закладу до аутсорсингу визначається причинами стратегічного характеру: необхідністю максимально використовувати наявні ресурси для досягнення своєї стратегічної мети — надання висококваліфікованої медичної допомоги. Стратегічний ризик стосується широких аспектів діяльності лікувально-профілактичної установи, на які вона не може впливати. Стратегічний ризик включає також комерційні ризики, які пов'язані з втратою потоку пацієнтів, а також невмінням грамотно керувати роботою установи. В умовах посилення конкуренції з боку різних медичних установ причинами стратегічного ризику можуть стати також впровадження конкурентами нових технологій, поява нових, більш досконалих методів лікування та діагностики, що призводить до зменшення кількості пролікованих пацієнтів і, відповідно, до зниження фінансування. Концентрація уваги на основній діяльності медичного закладу – надання медичних послуг – дозволяє розробити ефективну стратегію розвитку та уникнути ризиків.

Вибираючи певний вид аутсорсингу та переходячи від малого до більшого, керівник установи здатний впливати не тільки на управління ризиками, а й на всю організацію лікувального харчування у закладі. Таким чином, в даний час метою переходу на аутсорсинг мають стати підвищення якості послуг, зниження рівня витрат, вивільнення ресурсів та підвищення задоволеності пацієнтів послугами.

Передача повноважень щодо приготування дієтичних страв сторонньої організації передбачає збереження контролю за процесом приготування їжі з боку лікувального закладу.

Для ознайомлення хворих щодня на чільному місці у відділеннях вивіщується меню. На підставі меню та відомостей відділень про наявність

хворих, які перебувають на харчуванні, працівники відділень роздають хворим готові страви та інші продукти за режимами харчування, розклавши все на порції. Не рідше одного разу на місяць (раптово) адміністрацією спільно з лікарем-дієтологом (дієтичною сестрою) перевіряється вага та кількість готових страв у відділеннях.

Таким чином, внутрішньовідомчий контроль замінюється організацією системою позавідомчого контролю, що полягає у затвердженні стандартів лікувального харчування на всіх етапах його проведення (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Контроль за роботою харчоблоку

Показники роботи харчоблоку	Заходи щодо контролю роботи харчоблоку
Забезпечення якості продуктів харчування	Перевірка якості продуктів та їх надходження на склад та харчоблок, контроль правильності зберігання запасів продуктів харчування
Дотримання технології приготування страв	Перевірка правильності закладення продуктів харчування під час приготування страв
Видача готової продукції	Контроль видачі готової продукції

Примітка. Запропоновано автором

Передача частини робіт на аутсорсинг дозволяє скоротити витрати, оскільки найчастіше послуги аутсорсера коштують набагато дешевше, ніж утримання власного персоналу, харчоблоку, технічного обладнання, оплати комунальних послуг.

За договором аутсорсингу в системі організації лікувального харчування, як правило, передаються такі функції, як: 1) організація приготування дієтичних страв на харчоблоку, взятому в оренду у лікувально-профілактичної установи, співробітниками харчоблоку, також орендованими у лікувально-профілактичної установи; 2) організація приготування дієтичних страв у харчоблоці аутсорсера без оренди працівників закладу охорони здоров'я, з організацією транспортних перевезень, необхідних для доставки харчування до закладу.

Між лікувально-профілактичною установою та аутсорсинговою

організацією укладається цивільно-правовий договір, предметом якого є надання послуги або виконання роботи. Головна перевага аутсорсингу полягає у більш якісному та менш витратному виконанні переданої функції. Це пояснюється ширшими порівняно з закладом охорони здоров'я можливостями аутсорсера: наприклад, закупівля продуктів харчування за низькими цінами завдяки налагодженим зв'язкам, особливо за наявності продуктових складів; наявність фахівців, які мають досвід роботи в даній галузі тощо. У аутсорсера накопичено практичний досвід, на основі чого створюються різні напрацювання для реалізації переданої йому функції, оскільки це його основна діяльність. Формується професійна спеціалізація аутсорсера, звідси і зниження витрат. Таким чином, витрати при аутсорсингу стають нижчими, ніж при самостійному виконанні відповідної функції.

Зниження витрат є важливою перевагою аутсорсингу, але основне завдання закладу охорони здоров'я полягає у концентрації своєї діяльності на організації якісного медичного обслуговування, лікувального та діагностичного процесу. За умови передачі таких функцій, як проведення робіт із забезпечення та оновлення харчоблоку та буфетним обладнанням, із закупівлі продуктів харчування, виплати заробітної плати працівникам харчоблоку, сплаті податків, змісту продуктового складу – за керівником закладу охорони здоров'я залишаються основні функції щодо організації проведення лікувального харчування, підготовці документації, стандартів щодо забезпечення якісного харчування для пацієнтів (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Роботи, які проводяться керівником для забезпечення харчуванням закладу охорони здоров'я

Перелік робіт	Заходи щодо впровадження робіт
1	2
Підготовка регламентуючих документів щодо організації харчування	– підготовка наказу про організацію дієтичного харчування; – організація роботи ради з лікувального харчування;
Проведення робіт з організації харчування у медичній установі	– підготовка документації щодо організації лікувального харчування; – розробка лікувальних раціонів харчування, що

1	2
(організації)	використовуються у медичній установі (організації); – підготовка переліку натуральних продуктів для складання лікувальних раціонів харчування;
Проведення робіт з визначення переліку лікувальних раціонів харчування	– визначення переліку стандартних дієт; – визначення переліку спеціальних дієт
Проведення робіт зі складання переліку дієтичних страв	– складання переліку молочних страв; – складання переліку страв із включенням сухих білкових композитних сумішей; – складання переліку страв із яєць; – складання переліку м'ясних страв; – складання переліку страв із бобових; – складання переліку страв із овочів; – складання переліку страв із фруктів та ягід; – складання переліку кондитерських страв; – складання переліку напоїв; – складання переліку соусів; – складання переліку допоміжних харчових продуктів;
Підготовка карток-розкладок дієтичних страв	– підготовка карток-розкладок дієтичних страв, виготовлених з основних продуктів харчування; – підготовка карток-розкладок дієтичних страв, приготовлених із включенням сухих білкових композитних сумішей;
Складання семиденного меню стандартних, спеціальних та індивідуальних дієт	– складання картотеки страв семиденного меню; – підготовка меню-розкладки семиденного меню; – розрахунок калорійності семиденного меню; – розрахунок хімічного складу семиденного меню; – розрахунок добової потреби у продуктах харчування відповідно до середньодобового набору продуктів; – розрахунок добової потреби у сухих білкових композитних сумішах відповідно до рекомендованих норм; – підготовка семиденного зведеного меню - літнього та зимового варіанта.

Примітка. Сформовано автором

При передачі функції приготування дієтичних страв аутсорсеру відповідальність за організацію лікувального харчування залишається на керівнику лікувально-профілактичного закладу та на відповідальному за організацію лікувального харчування в закладі охорони здоров'я – лікарі-дієтологу.

У посадових обов'язках лікаря-дієтолога залишається низка робіт та

послуг, які визначають лікувальне харчування як частину комплексної терапії хворого (табл. 3.3). Індивідуалізація харчування у складних хворих, особливо з тяжкими ураженнями шлунково-кишкового тракту та порушеннями обмінних процесів, дає можливість зменшити кількість лікарських препаратів конкретному хворому, в той же час зберегти якість їжі, яка задовольняє його потреби.

Таблиця 3.3

Структура послуг у роботі лікаря-дієтолога

Послуги	Заходи щодо надання послуги
Прийом (огляд, консультація) пацієнта, стан якого потребує призначення індивідуального харчування	<ul style="list-style-type: none"> – вимір маси тіла, вимір зростання; – оцінка порушень білкового обміну; – біохімічна оцінка порушень харчового статусу; – розрахунок потреби у білках, жирах, вуглеводах, калорійності; – розрахунок додаткової потреби в білках, жирах, вуглеводах, калорійності; – вибір та призначення стандартної, спеціальної чи індивідуальної дієти;
Консультативна робота	<ul style="list-style-type: none"> – консультування завідувачів відділень з питань організації дієтичного (лікувального) харчування; – консультування лікарів лікувальних відділень з питань організації дієтичного (лікувального) харчування; – консультування хворих у відділеннях стаціонару з питань раціонального та лікувального харчування;
Експертна робота	<ul style="list-style-type: none"> – проведення вибіркової перевірки історій хвороби за відповідністю призначених дієт та етапності дієтотерапії; – аналіз ефективності лікувального харчування.

Примітка. Сформовано автором

Якість лікувального харчування залежить насамперед від підготовчого етапу передачі повноважень аутсорсеру. На цьому етапі лікар-дієтолог повинен правильно підготувати технічну документацію, скласти картотеку дієтичних страв, семиденне меню стандартних спеціальних дієт. Робота на харчоблоці та організація внутрішньовідомчого контролю також покладається на лікаря-дієтолога (табл. 3.4).

Доведення технологічного процесу приготування їжі до споживача – конкретного хворого та запровадження принципів збалансованого та

оптимального харчування залежить не лише від лікаря-дієтолога. Ряд медичних послуг та робіт залишаються у віданні безпосередньо медичного персоналу ЛПЗ (табл. 3.5). Пізніше, для продовження хворим на дієтотерапію самостійно, в амбулаторних умовах, проводяться певні роботи лікарем (дільничним, загальної практики, спеціалістом) для забезпечення харчуванням хворих при амбулаторних відвідуваннях хворого.

Таблиця 3.4

Роботи, що проводяться лікарем-дієтологом для забезпечення технології приготування лікувальних раціонів

Перелік робіт	Заходи щодо проведення робіт
Розробка меню стандартних та спеціальних дієт	<ul style="list-style-type: none"> – вибір дієтичних страв, що використовуються при складанні дієт; – вибір карток-розкладок дієтичних страв дієт;
Вибір продуктів харчування для приготування дієтичного харчування	<ul style="list-style-type: none"> – вибір натуральних продуктів; – вибір спеціалізованих продуктів; – вибір дієтичних продуктів харчування;
Визначення хімічного складу семиденного меню стандартних дієт	<ul style="list-style-type: none"> – визначення норм добового споживання білків, жирів та вуглеводів та контроль дотримання норм; – визначення співвідношення білка натуральних та спеціалізованих продуктів харчування (сухих білкових композитних сумішей) у добовому наборі продуктів харчування; – підрахунок та контроль за калорійністю щоденного меню, що входить у семиденне меню стандартних дієт;
Порядок виписки харчування для хворих та отримання дієтичних страв у медичних закладах (організаціях)	<ul style="list-style-type: none"> – складання порційних вимог у відділеннях; – складання зведених відомостей щодо наявності хворих, які перебувають на харчуванні; – складання щоденного меню-розкладки на харчування хворих на підставі зведеного семиденного меню з урахуванням середньодобового набору продуктів харчування; – складання вимоги на видачу продуктів харчування зі складу (комори) до харчоблоку для приготування дієтичних страв.

Примітка. Сформовано автором

Організація та проведення лікувального харчування є основою не тільки для формування ключових позицій технологічного процесу, а й для формування посадових інструкцій персоналу лікарні та персоналу, що працює у аутсорсера, а також розрахунку медикоекономічних стандартів лікувального

харчування та введення в ЛПЗ єдиних критеріїв оцінки ефективності лікувального харчування нових технологій.

Таблиця 3.5

Роботи з організації харчування у відділеннях

Перелік робіт	Заходи щодо проведення робіт
Роботи завідувачів відділень з організації харчування у клінічних відділеннях	<ul style="list-style-type: none"> – організація консультацій лікарів відділень з питань організації лікувального харчування; – організація консультацій хворих з питань лікувального та раціонального харчування; – консультації завідувача відділення з питань призначення індивідуальної дієти хворому; – контроль за призначенням лікарем, що лікує і черговим, дієтотерапії хворим залежно від ступеня тяжкості стану, фази захворювання; – контроль за рекомендаціями під час виписки хворого з питань раціональної дієтотерапії; – вибіркова перевірка історій хвороби за відповідністю призначених дієт та етапності дієтотерапії; – проведення робіт з аналізу ефективності лікувального харчування
Роботи старшої медичної сестри в буфетних та харчоблоку	<ul style="list-style-type: none"> – проведення робіт з контролю роботи буфетних, харчоблоків та медичних сестер дієтичних; – проведення робіт з контролю якості продуктів при їх надходженні на склад та харчоблок; правильності зберігання запасів продуктів; – проведення робіт з контролю правильності закладання продуктів під час приготування страв; – проведення робіт з контролю якості готової їжі перед видачею її у відділення шляхом зняття проби у кожний прийом їжі; – визначення переліку та кількості продуктів домашніх передач хворим, які перебувають на лікуванні
Роботи, що проводяться лікарем для забезпечення харчування хворих, госпіталізованих до медичного закладу (організації)	<ul style="list-style-type: none"> – вимірювання індексу маси тіла хворого; – вибір лікувального раціону залежно від фази захворювання, ступеня тяжкості стану хворого із записом в історії хвороби та листку призначення виду дієти (стандартної, спеціальної, індивідуальної); – призначення додаткового харчування хворим залежно від ступеня недостатності харчування; – здійснення роздачі готової їжі згідно з порційними вимогами; – вибір, призначення та рекомендації стандартної (спеціальної або індивідуальної) дієти для продовження пацієнтом самостійної дієтотерапії в амбулаторних умовах

Примітка. Сформовано автором

Перехід на аутсорсинг у системі організації лікувального харчування у

ЛПЗ проводиться поетапно.

Перший етап: проведення аналізу фактичних витрат на організацію та проведення лікувального харчування пацієнтів, включаючи прямі та непрямі витрати, тобто вартість продуктів харчування на один ліжко-день, витрати на оплату праці співробітників харчоблоку, на комунальні послуги та поточний утримання обладнання та приміщень харчоблоку .

Другий етап (може проводиться паралельно першому): маркетингові дослідження ринку організацій громадського харчування з метою визначення запропонованої вартості харчування на один ліжко-день, умов роботи передбачуваних аутсорсерів , аналіз пропонованих форм аутсорсерів та визначення виду аутсорсингу, що планується для впровадження в ЛПЗ.

Третій етап (впливає з першого та другого етапів): визначення потреби в асигнуваннях на черговий фінансовий рік, проведення розрахунків та обґрунтувань для застосування та впровадження аутсорсингу, внесення відповідних змін до кошторису установи, підготовка технічної документації для проведення конкурсу, визначення джерела фінансування.

Четвертий етап: організація процедур розміщення державного замовлення, підготовка технічної документації щодо конкурсу з метою вибору постачальника для подальшого укладання договору з організацією комунального харчування.

Перед переходом на новий вид організації системи лікувального харчування необхідно чітко визначити вихідні показники оцінки даного виду послуг, показники, що моніторуються, та критерії оцінки результатів переходу на нову систему харчування. Оцінка впливу впровадження аутсорсингу на ефективність діяльності бюджетної установи має на увазі під собою вирішення питання про те, чи застосовувати систему аутсорсингу при організації лікувального харчування в конкретному лікувальному закладі. Для цього необхідно проаналізувати сильні та слабкі сторони лікувального закладу. При цьому необхідно чітко представляти всі можливості та загрози застосування технології аутсорсингу у цій сфері. Головним критерієм вибору буде якість

надання послуги лікувального харчування у закладі.

Таким чином, ухвалення рішення про використання аутсорсингу вимагає зваженого та обґрунтованого підходу, який має забезпечити підвищення якості наданої послуги.

Реальна можливість передачі послуг з організації та проведення харчування хворих на аутсорсинг залежить від фінансово-ресурсних можливостей закладу. З цією метою проводиться попереднє економічне обґрунтування аутсорсинг-проекту. Обов'язково мають розглядатися альтернативні витрати — витрати, пов'язані з наданням цієї послуги у вигляді ресурсів установи. Для цього слід враховувати такі складові витрат: витрати на оплату праці, витрати на комунальні витрати на кухні, витрати на продукти харчування. Витрати на оплату послуг аутсорсера складаються із витрат на оплату ринкової вартості послуги та витрат на доставку.

Що стосується комерційними організаціями, якщо вартість послуг з аутсорсингу, запропонована над ринком, менше розрахованої собівартості послуг у самій організації, то доцільно передати в аутсорсинг. У зворотній ситуації питання про перехід на аутсорсинг, як правило, вважається закритим, тому що ніяких економічних переваг у вигляді скорочення витрат аутсорсинг не приносить. Однак якщо це стосується медичної установи, необхідно враховувати рівень якості виконання робіт зовнішнім виконавцем. Так, якщо скорочення витрат при передачі послуги харчування на аутсорсинг досить проблематичне, але при цьому аутсорсер гарантує належну якість надання послуг відповідно до відповідних стандартів (а саме воно є визначальним для залучення клієнтів), то останнє є головним аргументом передачі лікувального харчування на аутсорсинг.

Грамотне впровадження організаційної технології аутсорсингу із запобіганням усім ризикам та після проведення відповідних розрахунків дозволить забезпечити наступні результати модернізації системи лікувального харчування: 1) підвищення якості медичних послуг та послуг лікувального харчування; 2) забезпечення надання населенню повного набору послуг; 3)

скорочення витрат під час управління громадськими фінансами; 4) створення сприятливих умов економічного розвитку установи; 5) залучення інвестицій, у т. ч. на розвиток сфери надання медичних послуг.

Тим самим застосування технології аутсорсингу дозволяє підвищити ефективність використання фінансових коштів і, як наслідок, створити більш цивілізовані умови для забезпечення доступної та якісної медичної допомоги.

Не слід забувати також, що застосування аутсорсингу як такого здатне дати максимально позитивний результат лише за умови застосування комплексного підходу до модернізації системи охорони здоров'я.

Таким чином, основна мета аутсорсингу в системі приготування харчування хворим та організації лікувального харчування полягає у створенні умов для фокусування лікувальної установи на основній діяльності – наданні медичних послуг, а також значному розширенні можливостей для підвищення якості адміністративно-господарського забезпечення закладу та для детального закріплення в аутсорсинговому контракті якості запитуваних результатів та відповідальності постачальника за виконання якісної послуги.

Особливо важливо, що в рамках аутсорсингу розширюється можливість для впровадження сучасних технологій за тих же або менших витрат і створення умов для їх зниження, перерозподілу ресурсів установи, раніше задіяних на другорядних функціях і напрямках. Все це безпосередньо впливає на підвищення якості послуги, що і є головною метою застосування технології аутсорсингу в сфері охорони здоров'я.

3.2. Аутсорсінг в системі управління ресурсами закладу охорони здоров'я

Упродовж кількох останніх років в Україні відбувається реорганізація системи охорони здоров'я. Таке складне становлення системи охорони здоров'я можна пояснити лише тим, що в нашій країні недостатні як соціальні гарантії населенню, так і бюджетні кошти галузі, відсутні певні традиції в сфері охорони здоров'я в умовах ринку і нерозвинена система медичного

страхування населення. Спостерігається недостатність обсягів виділених коштів на придбання, обслуговування, утилізацію медичного обладнання, яке потребує великих асигнувань. При цьому придбання необхідного медичного обладнання є важливою складовою процесу надання послуг: профілактики, обстеження, діагностики, лікування та реабілітації.

Відсутність єдиних методологічних та нормативно-правових підходів в організації діяльності державних та недержавних медичних структур в умовах ринкової економіки не дозволяє говорити про реальну конкурентоспроможність, націлену на задоволення потреб та запитів пацієнтів. В умовах трансформаційної економіки України зростає складність управління закладами охорони здоров'я. Причиною є надзвичайно високий рівень невизначеності зовнішнього середовища, що негативно впливає на ефективність управління такими закладами. У цьому контексті першочергового значення набувають дослідження можливостей розвитку закладів охорони здоров'я, в тому числі із використанням інноваційних методів. Тому всебічний аналіз управління розвитком закладу охорони здоров'я з метою підвищення його ефективності – основне завдання системи управління медичною установою. Даний інструментарій сприяє загальному підвищенню ефективності управління закладом охорони здоров'я та, як наслідок, забезпечення високої якості лікування пацієнтів. Водночас організації системи охорони здоров'я України в умовах обмежених фінансових можливостей держави, бюджетного дефіциту, зношеності медичного обладнання, а також порівняно невисокого рівня заробітної плати медичних працівників, потребують розробки та впровадження нових методів та механізмів управління. На етапі розвитку існує нагальна потреба у використанні ринкових підходів і концепцій загальної теорії управління на практичній діяльності закладів охорони здоров'я. Специфіка управління закладом охорони здоров'я визначається характерними рисами медичної допомоги та медичних послуг.

Традиційно виділяють три види моделей управління сферою охорони

здоров'я: бюджетну, страхову та приватну [16]. Дані моделі управління можна відповідним чином співвіднести з підходами до трактування медичних послуг (табл. 3.6)

Таблиця 3.6

Відповідність трактування медичної послуги та моделей управління охороною здоров'я

Модель управління	Особливості
Державна	Замовником медичних послуг у такій системі є держава. В рамках бюджетної моделі охорони здоров'я максимально, у порівнянні з іншими моделями, реалізовано принцип доступності медичної допомоги, але виникає ризик надмірного споживання медичних послуг. Витрати на послуги в даному випадку перебувають у прямій залежності від рівня їх необхідності.
Страхова	Модель характерна для соціально-страхової системи охорони здоров'я, що передбачає рівну доступність для всіх верств населення тих медичних послуг, які визначені у переліку державних гарантій медичної допомоги. Пацієнт виступає учасником ринку медичних послуг, діючи як замовник та споживач одночасно.
Змішана	Медична організація діє з урахуванням платності всіх медичних послуг всім верств населення з власних коштів громадян чи з допомогою добровільного медичного страхування. У такій системі замовником медичної послуги є пацієнт. Ця модель організації стимулює медичний заклад до надання дорогих та високотехнологічних послуг.

Примітка. Запропоновано автором

Як відомо, будь-яка робота починається з вибору інструментів, необхідних для її виконання. І її результат значною мірою залежить від ефективності та працездатності наявних інструментів. Інструменти лікаря – це медична техніка, яка є дороговартісною та потребує великих асигнувань [16].

В умовах тривалої кризи фінансування закладів охорони здоров'я обмежене і потребує розробки та впровадження нових методів та механізмів управління. Відсутність об'єктивних критеріїв оцінки стану медичної техніки та потреби в її поновленні призводять до неадекватного фінансування державної охорони здоров'я, а наслідок цієї неадекватності – неприпустимо високий фізичний та моральний знос медичної техніки та обумовлене ним зниження ефективності надання медичної допомоги та якості медичних послуг. Гранично високий знос медичного обладнання, на якому змушені

працювати медичні працівники, у зв'язку із неможливістю його своєчасного оновлення, призводить до цілого ряду серйозних негативних наслідків та знижує підсумкову ефективність усієї системи охорони здоров'я. Ці наслідки надають істотний негативний вплив на життєдіяльність країни в нестабільній соціально-економічній обстановці, але особливо сильним воно може стати в умовах економічної кризи.

З огляду на специфіку сфери охорони здоров'я можна сформулювати такі моделі управління процесом забезпечення якості медичної послуги: професійна, бюрократична та індустріальна. Професійна: в даній моделі не враховується економічна складова якості, а оцінка результату проводиться лікарем, оцінка якості лежить у площині професійної експертизи [29]. Бюрократична: аудиторний принцип стандартизації обсягів роботи та результатів медичної допомоги. У системі управління використовують накази, розпорядження та методологію повсюдного контролю [29]. Індустріальна: основою є модель Демінга PDCA: процесний підхід, підвищення якості, участь у процесі управління якістю всього персоналу та самоконтроль ключових етапів процесу [29].

Для вітчизняної медицини (ринку медичних послуг) така форма партнерства ще не є поширеною і є інноваційною. Головною ідеєю є принцип поділу функцій будь-якого підприємства чи установи, в тому числі і закладу охорони здоров'я, на профільні та супутні. Так для закладу охорони здоров'я супутніми функціями будуть: проведення діагностичних та лабораторних досліджень, ремонт та обслуговування медичного обладнання та ін. Усі ці супутні функції можуть передаватися на аутсорсинг.

Делегування виконання частини своїх функцій дає можливість організації сконцентруватися на ключових компетенціях, що є ефективним інструментом ринкової трансформації промислової кооперації і тим самим забезпечує конкурентні переваги. Перехід до аутсорсингової моделі організації діяльності організацій обумовлений насамперед тим, що динамічне та невизначене ринкове середовище висуває нові управлінські завдання,

вирішення яких потребує ринкової реконструкції всіх структурних елементів та підсистем.

Існуюча політика призводить до того, що обладнання використовується неефективно. Шляхом створення діагностичних, лабораторних обласних центрів установи могли б користуватися діагностичною та лабораторною базою аутсорсингової компанії. До основних переваг впровадження системи аутсорсингу в практиці управління закладом охорони здоров'я можна віднести звільнення площ, скорочення витрат на діагностику та лабораторні дослідження, заробітну плату обслуговуючого та технічного персоналу тощо.

Основними мотивуючими чинниками для використання схем аутсорсингу медичними організаціями є: 1) необхідність скорочення або реструктуризації організаційної структури закладу охорони здоров'я під впливом кризових процесів в економічній системі та через її недостатню гнучкість; 2) необхідність підвищення якості медичних послуг відповідно до вимог пацієнтів та умов конкуренції з боку приватних поліклінік; 3) висока якість послуг, технологій, якими володіє постачальник.

На прикладі Миколаївської області розглянемо створення єдиного центру морфологічних досліджень. Обґрунтуванням централізації лабораторії морфологічної діагностики у Миколаївській області на базі обласного онкологічного диспансеру є великий попит у морфологічних дослідженнях. Для уточнення діагностики того чи іншого захворювання всіх без винятку хірургічних напрямів (гінекології, онкології, стоматології, торакальної хірургії тощо), і не тільки, використовуються дані морфологічних досліджень. В основі хорошого лікування завжди лежить міждисциплінарний підхід – клініциста та морфолога. Утримання такої лабораторії у кожному спеціалізованому закладі під час економічної кризи не є можливим, оскільки дослідження тканин на цитологічному та гістологічному рівні виконується на дуже дорогому високотехнологічному обладнанні.

Розглядаючи можливість забезпечення закладів охорони здоров'я Тернопільського регіону лабораторним обладнанням для дослідження

морфологічних аналізів, необхідно брати до уваги такі потреби:

1) потреба у наявності підготовленого персоналу, здатного належним чином забезпечити виконання лабораторних досліджень. При цьому слід враховувати, що ця потреба включає як наявність відповідного медичного персоналу з необхідними кваліфікаційними навичками, так і витрати на оплату їх праці та своєчасне проходження курсів підвищення кваліфікації;

2) потреба у дорогому високотехнологічному лабораторному обладнанні та необхідних ресурсах для його функціонування (енергія, реактиви, колектратори та ін.). Технічне оснащення лабораторії у морфологічних дослідженнях має значення – технологіям належить одне з вирішальних ролей у гістологічній діагностиці.

Зазначені потреби призводять до необхідності виділення суттєвих сум бюджетного фінансування для закладів охорони здоров'я, що за умов кризового стану економіки України та поточної державної бюджетної політики неможливо. У зв'язку з чим для забезпечення виконання лабораторних досліджень в умовах недостатнього фінансування слід здійснити централізацію даних процесів шляхом створення відповідного центру лабораторних досліджень регіону. Даний центр має бути забезпечений необхідними ресурсами: технологічним обладнанням та лабораторними ресурсами; медичними працівниками та технічним персоналом.

Об'єднання частини медичних процесів у єдиному лабораторному центрі має такі переваги: 1) кращу організацію аналітичного дослідження, економію коштів, бюджетних ресурсів як внаслідок, скорочення кількості необхідного медичного та технічного персоналу, так і внаслідок зменшення кількості необхідного лабораторного обладнання; 2) висока продуктивність, підвищена якість наданих медичних послуг, і збільшений ступінь контролю за їх наданням.

Проте, централізація лабораторних досліджень має низку вузьких місць, серед яких можна виділити такі: 1) зростання обсягу заявок на проведення лабораторних морфологічних досліджень потребує покращення наявних

засобів автоматизації цієї групи медичних процесів; 2) географія потреб даного виду досліджень включає всю область, що викликає необхідність управління логістикою доставки зразків на аналізи.

Проведене дослідження дозволило сформулювати основні проблеми управління розвитком закладу охорони здоров'я та запропонувати можливий варіант їх вирішення за допомогою використання механізму аутсорсингу в управлінні. Розробка та впровадження системи аутсорсингу в управлінні закладом охорони здоров'я сприятиме зниженню витрат, підвищенню ефективності, покращенню якості наданих населенню медичних послуг та, відповідно, загальному підвищенню ефективності управління.

Для медичних організацій аутсорсинг є ефективним методом економії бюджетних коштів. Як показує практика, спеціалізований аутсорсинг завжди зменшує витрати на утримання об'єктів із одночасним підвищенням якості обслуговування.

Висновки до розділу 3

Перспективним напрямком впровадження аутсорсингу в діяльність закладу охорони здоров'я є організація лікувального харчування. Основна мета аутсорсингу в системі приготування харчування хворим та організації лікувального харчування полягає у створенні умов для фокусування лікувальної установи на основній діяльності – наданні медичних послуг, а також значному розширенні можливостей для підвищення якості адміністративно-господарського забезпечення закладу та для детального закріплення в аутсорсинговому контракті якості запитуваних результатів та відповідальності постачальника за виконання якісної послуги.

Ухвалення рішення про використання аутсорсингу вимагає зваженого та обґрунтованого підходу, який має забезпечити підвищення якості наданої послуги. Реальна можливість передачі послуг з організації та проведення харчування хворих на аутсорсинг залежить від фінансово-ресурсних можливостей закладу. З цією метою слід провести попереднє економічне

обґрунтування аутсорсинг-проекту. Обов'язково мають розглядатися альтернативні витрати – витрати, пов'язані з наданням цієї послуги у вигляді ресурсів установи. Для цього слід враховувати такі складові витрат: витрати на оплату праці, витрати на комунальні витрати на кухні, витрати на продукти харчування. Витрати на оплату послуг аутсорсера складаються із витрат на оплату ринкової вартості послуги та витрат на доставку.

Грамотне впровадження організаційної технології аутсорсингу із запобіганням усім ризикам та після проведення відповідних розрахунків дозволить забезпечити наступні результати модернізації системи лікувального харчування: 1) підвищення якості медичних послуг та послуг лікувального харчування; 2) забезпечення надання населенню повного набору послуг; 3) скорочення витрат під час управління громадськими фінансами; 4) створення сприятливих умов економічного розвитку установи; 5) залучення інвестицій, у т. ч. на розвиток сфери надання медичних послуг.

Тим самим застосування технології аутсорсингу дозволяє підвищити ефективність використання фінансових коштів і, як наслідок, створити більш цивілізовані умови для забезпечення доступної та якісної медичної допомоги.

Особливо важливо, що в рамках аутсорсингу розширюється можливість для впровадження сучасних технологій за тих же або менших витрат і створення умов для їх зниження, перерозподілу ресурсів установи, раніше задіяних на другорядних функціях і напрямках. Все це безпосередньо впливає на підвищення якості послуги, що і є головною метою застосування технології аутсорсингу в сфері охорони здоров'я.

Ще одним перспективним напрямком аутсорсингу в діяльності закладів охорони здоров'я є централізацію лабораторних досліджень шляхом створення відповідного центру лабораторних досліджень регіону. Даний центр має бути забезпечений необхідними ресурсами: технологічним обладнанням та лабораторними ресурсами; медичними працівниками та технічним персоналом.

Об'єднання частини медичних процесів у єдиному лабораторному

центрі має такі переваги: кращу організацію аналітичного дослідження, економію коштів, бюджетних ресурсів як внаслідок, скорочення кількості необхідного медичного та технічного персоналу, так і внаслідок зменшення кількості необхідного лабораторного обладнання; висока продуктивність, підвищена якість наданих медичних послуг, і збільшений ступінь контролю за їх наданням. Проте, централізація лабораторних досліджень має низку вузьких місць, серед яких можна виділити такі: зростання обсягу заявок на проведення лабораторних морфологічних досліджень потребує покращення наявних засобів автоматизації цієї групи медичних процесів; географія потреб даного виду досліджень включає всю область, що викликає необхідність управління логістикою доставки зразків на аналізи.

ВИСНОВКИ

Дослідження впровадження аутсорсингу в діяльність закладу охорони здоров'я, проведене на матеріалах КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» Тернопільської обласної ради, дозволило зробити наступні висновки та навести пропозиції.

Аутсорсинг – це передача на тривалий термін у цілому або частково необхідних організації різних за важливістю управлінських функцій чи бізнес-процесів і, за потреби, відповідних ресурсів зовнішнім виконавцям на контрактній основі для підвищення ефективності діяльності організації, що базується на стратегічному рішенні.

Основними цілями аутсорсингу є: 1) підвищення ефективності (насамперед економічної) роботи закладу охорони здоров'я та мінімізація господарських витрат; 2) підвищення якості виконання тих процесів, що передають на аутсорсинг; 3) зниження необхідності додаткових інвестицій у розвиток непрофільних видів діяльності закладу охорони здоров'я; 4) загальна оптимізація витрат та штатної чисельності закладу охорони здоров'я.

В сфері охорони здоров'я аутсорсинг сприймається як щось абсолютно нове і незвичне, хоча практично можна виділити дві сфери застосування аутсорсингу у організаціях охорони здоров'я: сфера послуг, що забезпечує життєдіяльність медичних організацій (що здійснюють прання білизни; технічне обслуговування, ремонт будівель та обладнання; харчоблоки, стерилізаційні відділення, транспорт, інформаційне забезпечення, функції охорони, миття вікон тощо); безпосередньо сфера медичної діяльності (залучення консультантів, виконання лабораторних досліджень та ін.).

КНП «ТОКЛ» є «клінічним лікувально-профілактичним закладом охорони здоров'я Тернопільської області. КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» – головний лікувально-профілактичний заклад області, який є клінічною базою для кафедр Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, базою підвищення кваліфікації лікарів та середнього медичного персоналу, підготовки лікарів-інтернів, проходження

практики студентів медичних університетів і медичних коледжів» [41].

КНП «ТОКЛ» використовує у своїй діяльності технологію ІТ-аутсорсингу шляхом передачі функції управління медичною інформацією компанії «Укрмедсофт». Дана компанія запровадила в досліджуваному закладі охорони здоров'я і підтримує використання МІС «Укрмедсофт».

У ході дослідження економічної ефективності ІТ-аутсорсингу вирішено кілька завдань:

- визначено найбільш значні види витрат і переваг, що найбільш адекватно відображають економічну складову проекту аутсорсингу для закладу охорони здоров'я (при цьому враховувалися заклади різних форм власності та відомчої належності, що мають свою специфіку фінансування);
- розроблено алгоритми аналізу економічної ефективності використання МІС у закладі охорони здоров'я;
- розроблено макет програмного забезпечення аналізу економічної ефективності використання МІС, придатний для практичного використання у складі сучасних МІС;
- проведено обчислювальний експеримент з оцінки економічної ефективності використання МІС у закладах охорони різного типу.

В результаті аналізу потенційних можливостей переведення окремих напрямків діяльності закладу охорони здоров'я на аутсорсинг встановлено, що більшість респондентів (66,1%) вважають, що впровадження аутсорсингу в медичній організації є необхідним, оскільки це позитивно вплине на ефективність її діяльності (39,6%), є новою тенденцією в управлінні медичною організацією (26,6%).

Учасники анкетування зазначили, що на аутсорсинг можна передати такі позиції, як прибирання територій (94,4%), охорона закладу охорони здоров'я (93,5%), послуги пральні (91,1%), обслуговування автотранспорту та обслуговування немедичного обладнання та комунікацій (по 87,1%), обслуговування оргтехніки (85,5%) та обслуговування медичного обладнання (79,8%).

На думку респондентів, не можна передавати на аутсорсинг такі функції, як планово-економічна діяльність (69,4%), ведення кадрового діловодства (68,5%), закупівлі/контракти (58,1%), ведення бухгалтерії (57,3%), юридичний супровід діяльності закладу охорони здоров'я (37,9%).

Найпоширенішими функціями, які в у деяких закладах охорони здоров'я вже передані на аутсорсинг, є пральня (64,3%), обслуговування медичного обладнання (57,3%), автотранспортні послуги (46,4%), обслуговування немедичного обладнання та комунікацій (46, 4%), прибирання територій (35,7%).

Порівняльний аналіз думок респондентів щодо необхідності впровадження аутсорсингу в закладах охорони здоров'я, про процеси, які можна/не можна передавати на аутсорсинг, показав їх сумісність та схожість за всіма варіантами запропонованих відповідей.

Перспективним напрямком впровадження аутсорсингу в діяльність закладу охорони здоров'я є організація лікувального харчування. Основна мета аутсорсингу в системі приготування харчування хворим та організації лікувального харчування полягає у створенні умов для фокусування лікувальної установи на основній діяльності – наданні медичних послуг, а також значному розширенні можливостей для підвищення якості адміністративно-господарського забезпечення закладу та для детального закріплення в аутсорсинговому контракті якості запитуваних результатів та відповідальності постачальника за виконання якісної послуги.

Ухвалення рішення про використання аутсорсингу вимагає зваженого та обґрунтованого підходу, який має забезпечити підвищення якості наданої послуги. Реальна можливість передачі послуг з організації та проведення харчування хворих на аутсорсинг залежить від фінансово-ресурсних можливостей закладу. З цією метою слід провести попереднє економічне обґрунтування аутсорсинг-проекту. Обов'язково мають розглядатися альтернативні витрати – витрати, пов'язані з наданням цієї послуги у вигляді ресурсів установи. Для цього слід враховувати такі складові витрат: витрати

на оплату праці, витрати на комунальні витрати на кухні, витрати на продукти харчування. Витрати на оплату послуг аутсорсера складаються із витрат на оплату ринкової вартості послуги та витрат на доставку.

Грамотне впровадження організаційної технології аутсорсингу із запобіганням усім ризикам та після проведення відповідних розрахунків дозволить забезпечити наступні результати модернізації системи лікувального харчування: 1) підвищення якості медичних послуг та послуг лікувального харчування; 2) забезпечення надання населенню повного набору послуг; 3) скорочення витрат під час управління громадськими фінансами; 4) створення сприятливих умов економічного розвитку установи; 5) залучення інвестицій, у т. ч. на розвиток сфери надання медичних послуг.

Тим самим застосування технології аутсорсингу дозволяє підвищити ефективність використання фінансових коштів і, як наслідок, створити більш цивілізовані умови для забезпечення доступної та якісної медичної допомоги.

Особливо важливо, що в рамках аутсорсингу розширюється можливість для впровадження сучасних технологій за тих же або менших витрат і створення умов для їх зниження, перерозподілу ресурсів установи, раніше задіяних на другорядних функціях і напрямках. Все це безпосередньо впливає на підвищення якості послуги, що і є головною метою застосування технології аутсорсингу в сфері охорони здоров'я.

Ще одним перспективним напрямком аутсорсингу в діяльності закладів охорони здоров'я є централізацію лабораторних досліджень шляхом створення відповідного центру лабораторних досліджень регіону. Даний центр має бути забезпечений необхідними ресурсами: технологічним обладнанням та лабораторними ресурсами; медичними працівниками та технічним персоналом.

Об'єднання частини медичних процесів у єдиному лабораторному центрі має такі переваги: кращу організацію аналітичного дослідження, економію коштів, бюджетних ресурсів як внаслідок, скорочення кількості необхідного медичного та технічного персоналу, так і внаслідок зменшення

кількості необхідного лабораторного обладнання; висока продуктивність, підвищена якість наданих медичних послуг, і збільшений ступінь контролю за їх наданням. Проте, централізація лабораторних досліджень має низку вузьких місць, серед яких можна виділити такі: зростання обсягу заявок на проведення лабораторних морфологічних досліджень потребує покращення наявних засобів автоматизації цієї групи медичних процесів; географія потреб даного виду досліджень включає всю область, що викликає необхідність управління логістикою доставки зразків на аналізи.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Буняк Н.М. Інноваційний аутсорсинг як інструмент управління підприємством. URL: <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/377>
2. Верещинська І.А. Логістичний інсорсинг в агрохолдингових компаніях. URL: <http://www.stattionline.org.ua/ekonom/75/11139-logistichnij-insorsing-v-diyalnosti-agroxoldingovix-kompanij.html>
3. Гавриленко К. Аутсорсинг як інструмент зниження витрат у системі стратегічного управління. *Актуальні проблеми економіки*. 2017. 1 (91). С. 104-109.
4. Гребешкова О.М., Стельмах О.Ю. Становлення ІТ-аутсорсингу в Україні: огляд через призму світової практики. *Формування ринкової економіки*. 2018. № 25. С. 305-313.
5. Двудіт З.П., Налутка П.В. Розвиток ІТ-аутсорсингу та його вплив на економіку України. *Економіка і суспільство*. 2021. № 34. С. 38-46.
6. Дідух О.В. Основні види аутсорсингу у господарській діяльності підприємств. *Вісник Хмельницького національного університету*. 2012. № 2. Т. 1. С. 29-33.
7. Желюк Т. Сучасні підходи до реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я. *Вісник Тернопільського національного економічного університету*. 2019. № 1. С. 37-50.
8. 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.
9. 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.
10. 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>

11. 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>

12. Зорій О. М. Особливості застосування аутсорсингу. Економічний аналіз: зб. наук. праць. Тернопіль: Видавничо-поліграфічний центр Тернопільського національного економічного університету «Економічна думка», 2013. Том 14. № 3. С. 18-28

13. Інститут аутсорсингу США. URL: <http://irpaai.com/outsourcinginstitute/>

14. Касьмін Д.С. Трансформація управлінських процесів в органах державного управління на засадах аутсорсингу. URL: http://www.economy.nayka.com.ua/pdf/6_2020/62.pdf

15. Ковтуненко К.В. Інноваційна економіка: теоретичні та практичні аспекти. Херсон: Грінь Д.С., 2017. 906 с.

16. Колісніченко, Н.М., Саханенко, С.Є. Шляхи використання інструментів аутсорсингу в управлінні охороною здоров'я України. *Ефективність державного управління*. 2023. № 3 (72), С. 29-34.

17. Косінова К.С. Аутсорсинг як засіб розвитку та зміцнення національної економіки України. *Економічна теорія та право*. 2017. № 2 (29). С. 193-204.

18. Котовська І.В., Сороківська О.А., Луциків. Аутсорсинг як інноваційний інструмент у сфері публічного управління. *Проблеми системного підходу в економіці*. 2017. Випуск № 4 (60). С. 53-59.

19. Красношарпа В.В., Трохимець І.І. Аутсорсинг та його застосування на підприємствах. *Ефективна економіка*. 2015. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=4097>

20. 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>

21. Кривокульська Н.М., Скочиляс С.М., Богач Ю.А. Інформаційно-аналітичне забезпечення як організаційний ресурс для прийняття управлінських рішень. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2021. № 5. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua>

22. Лабжання Р. Г. Місце і роль аутсорсингу у сфері послуг і виробництві. *Бізнес Інформ*. 2019. № 7. С. 357-361.

23. Лабжання Р.Г. Тенденції та перспективи розвитку ІТ-аутсорсингу в Україні. *Бізнес-інформ*. 2019. №10. С. 156-161.

24. Лабораторний аутсорсинг: важливі аспекти партнерства лабораторії та комунальних неприбуткових підприємств. URL: <https://health-ua.com/article/45417-laboratornij-outsorsing-vazhliv-aspekti-partnerstva-laborator-takomunalnih->

25. Лисканич Х. Аутсорсинг: За і проти. URL: <https://bc-club.org.ua/guidebook/articles/autsorsyng-vsi-za-i-proty.html>

26. Литюга Ю. В., Ревуцька Н. В. Ризики інноваційної діяльності та сучасні аутсорсингові моделі її здійснення. *Стратегія економічного розвитку України*. 2012. № 30. С. 61-67.

27. Микало О. І. Аналіз та класифікація форм аутсорсингу. *Економічний простір*. 2019. № 37. С. 216-222.

28. Микало О.І. Підходи до визначення терміна «аутсорсинг». *Економічний вісник НТУУ «КПІ»*. 2018. № 8. С. 111-115.

29. Мірошниченко, О. В., Черкасова, С. О., Каторська, І. В. Аутсорсинг як один із перспективних напрямків функціонування підприємств в Україні. *Вісник Сумського державного університету. Серія Економіка*. 2022. № 1. С. 22–30. . URL: <https://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/86849>

30. 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

31. Моргулець, О., Нищенко, О., Зінченко, О. Впровадження аутсорсингу бізнес-процесів на підприємстві. *Financial and Credit Activity Problems of Theory and Practice*, 2020. Vol. 3(34), 283-292.

32. Назаренко С.М. Закордонний досвід використання аутсорсингу. URL: <https://repository.kpi.kharkov.ua/server/api/core/bitstreams/49b67618-9d5e-4517-91bd-3e9a96189957/content>

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

34. Офіційний сайт КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» Тернопільської обласної ради. URL: <https://tokl.com.ua/>

35. Офіційний сайт міжнародного інституту аутсорсингу URL: <http://irpaai.com/outsourcinginstitute/>

36. Оцінка ефективності аутсорсингу. URL: <https://fillin.ua/stati/otsenka-effektivnosti-outsorsinga/>

37. Панков А. В. Аутсорсинг функцій менеджменту інновацій на базі субрегіонального інноваційного ринку. *Економіка: реалії часу*. 2012. № 3-4 (4-5). С. 63-66. URL: <http://economics.opu.ua/files/archive/2012/n4-5.html>

38. Пархоменко Н. О. Аутсорсинг як стратегія організаційного розвитку бізнес-систем у глобальному середовищі. URL: http://visnyk-econom.uzhnu.uz.ua/archive/33_2_2020ua/5.pdf

39. Пілявський, В. І. Пошук і відбір виконавця аутсорсингу для агропромислового. *Український журнал прикладної економіки*. 2020. Том 5. № 4. С. 368-376.

40. Саїнчук А. О. Аутсорсинг: види, класифікаційні ознаки та форми. Класифікація аутсорсингових проектів. *Управління розвитком складних систем*. 2013. Вип. 13. С. 50-57.

41. Статут КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» Тернопільської обласної ради.

42. Тонюк М.О. Аутсорсинг як інструмент забезпечення ефективності діяльності підприємства. *Економіка і суспільство*. 2017. Випуск № 10. С. 372-376.

43. Фіцак О. Напрямки імплементації технологій аутсорсингу в діяльність 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.

44. Фіцак О. Перспективи впровадження аутсорсингу в діяльність закладів охорони здоров'я. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів матеріали доповідей IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. 4 травня 2023 року, м. Тернопіль. С. 358-361.

45. 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, Збаразький 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%96%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8F%D0%BA.PDF>

46. 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/27328/8/18smmppz.pdf>

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

48. 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.

49. 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.

50. 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>

51. 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>

52. 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>

53. 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>

54. 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>