

**МОДЕРНІЗАЦІЯ МЕНЕДЖМЕНТУ ТА ПУБЛІЧНОГО
УПРАВЛІННЯ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Монографія

Монографія

**МОДЕРНІЗАЦІЯ МЕНЕДЖМЕНТУ
ТА ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ
В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**



Тернопіль 2020

Монографія

«МОДЕРНІЗАЦІЯ МЕНЕДЖМЕНТУ
ТА ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ
В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»

Тернопіль
2020

Авторський колектив

1. **Августин Руслан Ростиславович** – д.е.н., доцент, доцент, кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ТНЕУ (п.5.6).
2. **Апостолок Оксана Зіновіївна** – к.е.н., доцент, доцент кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ТНЕУ (пп.4.9, 2.4).
3. **Артимович Андрій Іванович** – директор КМП «Тернопільська міська дитяча комунальна лікарня» (п.4.4).
4. **Бречко Олександр Володимирович** – к.е.н., доцент, доцент економічної експертизи та аудиту бізнесу, ТНЕУ. (п.3.5).
5. **Васіна Алла Юріївна** – д.е.н., доцент, доцент, кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ТНЕУ (п.2.7).
6. **Гойда Ніна Григорівна** – д. мед. н., проф. Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України (п.2.6).
7. **Демків Ірина Олегівна** – к.е.н., доцент кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ТНЕУ (п.4.6).
8. **Дудкіна Олена Павлівна** – к.е.н., доцент кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ТНЕУ (п.5.7).
9. **Дудка Денис Сергійович** – головний лікар КНП «Красилівська центральна районна лікарня» (п.4.3).
10. **Дяків Ольга Петрівна** – к.е.н., доцент кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ТНЕУ (п.5.4).
11. **Желюк Тетяна Леонтіївна** – д.е.н., професор, професор кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ТНЕУ (передмова, пп.1.1, 2.3, 3.1, 5.9).
12. **Жуковська Аліна Юріївна** – к.е.н., доцент кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ТНЕУ (4.1, 4.2, 4.4, 5.8).
13. **Зембра Богдан Йосипович** – директор комунального некомерційного підприємства «Зборівська центральна районна лікарня» Зборівської районної ради (п.2.4).
14. **Котис Наталя Володимирівна** – к.е.н., доцент кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ТНЕУ (п.5.5).
15. **Корицький Григорій Іванович** – д. мед. н., проф. кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу Тернопільського національного економічного університету, Генеральний директор КНП «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня» (п.2.6).
16. **Кривокульська Наталя Михайлівна** – к.е.н., доцент кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ТНЕУ (пп.4.7, 4.8.)
17. **Крисько Жанна Леонідівна** – к.е.н., доцент кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ТНЕУ (п.3.2).
18. **Крамарчук Світлана Петрівна** – к.е.н., доцент кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ТНЕУ (п.4.3).
19. **Левицький Петро Ростиславович** – к.м.н., директор Тернопільського міського лікувально-діагностичного центру (п.3.4).
20. **Литвинова Ольга Несторівна** – к.м.н., доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», доцент кафедри менеджменту та публічного управління ТНЕУ (п.2.1).
21. **Мацик Володимир Олександрович** – аспірант кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ТНЕУ (пп. 2.8.,5.9).
22. **Мельник Алла Федорівна** – д.е.н., професор, професор кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ТНЕУ (п.1.5).
23. **Медвідь Микола Миколайович** – директор КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги» (м. Тернопіль) (п.2.2).
24. **Микитюк Петро Петрович** – д.е.н., професор, професор кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу Тернопільського національного економічного університету (п.5.1).

25. **Микитюк Юлія Ігорівна** – аспірант кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу Тернопільського національного економічного університету. (п.5.2.)
26. **Монастирський Григорій Леонардович** – д.е.н., професор, професор кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ТНЕУ (п.2.9).
27. **Овсянюк-Бердадіна Олександра Федорівна** – к.е.н, доцент, доцент кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ТНЕУ (п.1.8).
28. **Опалюк Ольга Романівна** – головний спеціаліст відділу організаційного забезпечення та управління персоналом управління охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації (п.1.8.).
29. **Скарлош Тетяна Ярославівна** – заступ.начальника Управління охорони здоров'я Тернопільської ОДА, начальник відділу надання медичної допомоги населенню (п.1.7).
30. **Скочиляс Світлана Мирославівна** – к.е.н, доцент, доцент кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ТНЕУ (пп.2.2, 2.5).
31. **Сорока Тетяна Миколаївна** – к.е.н, викладач кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ТНЕУ (п.5.3).
32. **Стахів Олег Володимирович** – аспірант кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ТНЕУ, директор ТОВ Клініка ЛОР ендоскопічної та пластичної хірургії Стахіва «До і після». (п.5.6)
33. **Нитка Олена Миколаївна** – заст. директора з медичної частини Тернопільської міської комунальної лікарні № 3. (п. 2.3).
34. **Павлишин Галина Андріївна** – д. мед. н., проф., завідувач кафедри педіатрії № 2 Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського (п.2.6).
35. **Попович Тамара Миколаївна** – к.е.н., доцент кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ТНЕУ (пп.3.2., 3.3).
36. **Пінчук Денис Вікторович** – к.е.н., викладач кафедри міжнародних економічних відносин, Київський національний торговельно-економічний університет.(п.1.6)
37. **Романишин Ольга Василівна** – к.е.н., викладач кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ТНЕУ (п.1.3).
38. **Шкільняк Михайло Михайлович** – д.е.н., професор, завідувач кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ТНЕУ (пп.1.2, 1.3, 1.4, 1.7).
39. **Шушпанов Дмитро Георгійович** – д.е.н., доцент, кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ТНЕУ (п.1.9).
40. **Чигур Ольга Вікторівна** – магістр менеджменту закладів охорони здоров'я, сестра медична Тернопільська міська комунальна лікарня № 3. (п.2.5).
41. **Юрик Галина Ярославівна** – заступник директора з медсестринства Тернопільської міської дитячої комунальної лікарні (п.5.4).

Рецензенти:

Козирсва Олена Вадимівна – доктор економічних наук, доцент, завідувач кафедри менеджменту і адміністрування Національного фармацевтичного університету.

Маркіна Ірина Анатоліївна – доктор економічних наук, професор, завідувач кафедри менеджменту Полтавської державної аграрної академії.

Синчак Віктор Петрович – доктор економічних наук, професор, завідувач кафедри менеджменту, фінансів, банківської справи та страхування Хмельницького університету управління та права імені Леоніда Юзькова.

Рекомендовано до друку Вченою Радою Тернопільського національного економічного університету (протокол № 9 від 27 травня 2020 р.)

У монографії обґрунтовано концептуальні засади модернізації інструментарію публічного управління та менеджменту в системі в охорони здоров'я відповідно до потреб медичної реформи, глобальних викликів, покращення соціально-економічних детермінант здоров'я населення. Монографія розрахована для науковців, публічних службовців, керівників та працівників медичних установ та організацій, зацікавлених осіб.

ЗМІСТ

Передмова	7
Розділ 1. РЕФОРМУВАННЯ ІНСТИТУЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я	
1.1. Сутнісні детермінанти та наукові підходи до управління охороною здоров'я. (Желюк Т.Л.)	10
1.2. Інституційний базис управління охороною здоров'я в умовах проведення медичної реформи. (Шкільняк М.М.)	23
1.3. Удосконалення мережі закладів охорони здоров'я. (Шкільняк М.М., Романишин О.В.)	32
1.4. Організаційно-економічний механізм створення комунальних некомерційних підприємств в сфері охорони здоров'я. (Шкільняк М.М.)	49
1.5. Формування ринку медичних послуг національної економіки. (Мельник А.Ф.)	75
1.6. Концептуальні засади реформування системи державного регулювання торгівлі ліками в Україні. (Пінчук Д.В.)	94
1.7. Управління закладами охорони здоров'я регіону в умовах медичної реформи. (Шкільняк М.М., Скарлош Т.Я.)	102
1.8. Програмні аспекти реформування сільської медицини. (Овсянюк-Бердадіна О.Ф., Опалюк О.Р.)	116
1.9. Покращення соціально-економічних детермінант здоров'я населення як стратегічний напрям реформування публічної політики охорони здоров'я в Україні. (Шушпанов Д.Г.)	132
Розділ 2. МЕНЕДЖМЕНТ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
2.1. Концептуальні засади управління закладами охорони здоров'я в умовах медичної реформи. (Литвинова О.Н.)	145
2.2. Організаційний механізм впливу на управлінську діяльність в закладі охорони здоров'я. (Скочиляс С.М., Медвідь М.М.)	160
2.3. Адміністрування функціональної діяльності закладу охорони здоров'я. (Желюк Т.Л., Нитка О.М.)	174
2.4. Сутнісні детермінанти антикризового управління закладом охорони здоров'я. (Апостолук О.З., Зембра Б.Й.)	187
2.5. Економічна сутність та зміст системи управління матеріально-технічним забезпеченням закладу охорони здоров'я. (Скочиляс С.М., Чигур О.В.)	196
2.6. Менеджмент організації високоспеціалізованої хірургічної та неонатальної допомоги дитячому населенню. (Корицький Г.І., Гойда Н.Г., Павлишин Г.А.)	202
2.7. Механізм формування та функціонування госпітальних округів. (Васіна А.Ю.)	212
2.8. Ресурсне забезпечення функціональної діяльності закладу охорони здоров'я (Мацик В.О.)	226

2.9. Зарубіжні моделі реформування системи менеджменту лікувально-профілактичних установ та можливості їх адаптації в умовах національної економіки. (Монастирський Г.Л.)	235
Розділ 3. МЕНЕДЖМЕНТ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ ТА ІНСТИТУТІВ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ	
3.1. Публічний менеджмент державних фінансових гарантій медичного обслуговування. (Желюк Т.Л.)	248
3.2. Гарантії держави у наданні якісних медичних послуг. (Попович Т.М., Крисько Ж.Л.)	261
3.3. Формування єдиного державного тарифу на медичні послуги. (Попович Т.М.)	293
3.4. Створення та розвиток інститутів страхової медицини. (Левицький П.Р.)	302
3.5. Впровадження медичного страхування на основі цифрових стандартів розвитку страхового сектору економіки. (Бречко О.В.)	312
РОЗДІЛ 4. КАДРОВИЙ МЕНЕДЖМЕНТ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ	
4.1. Кадрова політика галузі охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. (Жуковська А.Ю.)	323
4.2. Управлінський потенціал галузі охорони здоров'я. (Жуковська А.Ю.)	333
4.3. Особливості формування кадрової політики в закладі охорони здоров'я. (Крамарчук С.П., Дудка Д.С.)	348
4.4. Лікарське самоврядування як інструмент реалізації кадрової політики. (Артимович А.І., Жуковська А.Ю.)	359
4.5. Сучасні форми підвищення кваліфікації кадрового складу закладів охорони здоров'я. (Круп'як Л.Б.)	370
4.6. Розвиток мотиваційного механізму управління персоналом закладу охорони здоров'я. (Демків І.О.)	379
4.7. Менеджмент міжсекторної співпраці у процесі надання соціально-медичних послуг. (Кривокульська Н.М.)	393
4.8. Громадський моніторинг та контроль роботи закладів охорони здоров'я. (Кривокульська Н.М.)	407
4.9. Підвищення ролі сімейного лікаря та залучення молоді до роботи в закладах охорони здоров'я в сільській мережі. (Апостолюк О.З.)	414
РОЗДІЛ 5. ІННОВАЦІЙНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ ЯК ІНСТРУМЕНТ КОНКУРЕНТНОГО ПОЗИЦІОНУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	
5.1. Інноваційні підходи в управлінні закладами охорони здоров'я. (Микитюк П.П.)	424

5.2. Завдання і функції інноваційного менеджменту в медичній установі. (Микитюк Ю. І.)	432
5.3. Комунікації як інструмент впровадження інноваційних технологій в медичній установі. (Сорока Т. М.)	443
5.4. Інноваційний менеджмент у розвитку середнього медичного персоналу. (Дяків О. П., Юрик Г. Я.)	453
5.5. Використання логістичного менеджменту в системі закладів охорони здоров'я. (Котис Н.М.)	470
5.6. Менеджмент електронної системи охорони здоров'я «E-Health» як базис автоматизації ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією. (Августин Р.Р., Стахів О.В.)	481
5.7. Маркетингові підходи до менеджменту закладів охорони здоров'я. (Дудкіна О.П)	496
5.8. Інклюзивний підхід в системі менеджменту закладів охорони здоров'я. (Жуковська А.Ю.)	506
5.9. Активізація валеологічного підходу до інституціалізації реформи охорони здоров'я. (Желюк Т.Л., Мацик В.О.)	517
Перелік використаних джерел	528

Передмова

Медицина – наука, вкрай необхідна для людини в будь-який час, в будь-якому місці і не тільки тоді, коли вона хвора, але і навіть тоді, коли вона здорова. Лікарська діяльність дає вихід до досконалості, до моральності, до пізнання Бога, до досягнення істинного щастя – можна сказати, що це праця в ім'я Творця.

Моше бен Маймон (Маймонід) (1135-1204 рр.)

Головним скарбом життя є не землі, що ти їх завоював, не багатства, що їх маєш у скринях... Головним скарбом життя є здоров'я, і, щоб його зберегти, потрібно багато що знати.

Авіцена

Багатогранний характер проблем менеджменту закладів охорони здоров'я, нові виклики сучасності, серед яких: потреба забезпечення збалансованого розвитку всіх інституційних секторів, цифровізація та ноосферизація всіх сфер життєдіяльності, проведення медичної реформи, необхідність подолання глобальної пандемії коронавірусу та пов'язаної із нею фінансової кризи, забезпечення конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я на ринку медичних послуг, зумовили вибір теми написання колективної монографії та визначили її мету і структуру. Метою даної наукової праці стало обґрунтування концептуальних засад та вироблення практичних рекомендацій щодо підвищення результативності механізмів публічного управління та менеджменту в системі охорони здоров'я на засадах системного, людиноцентричного, інноваційного, маркетингового, програмного, інклюзивного, збалансованого, конкурентоспроможного підходів.

Сучасні виклики стимулюють національні економіки до збільшення фінансування наукових досліджень в сфері охорони здоров'я, патентування нових форм та методів лікування та профілактики здорового способу життя, розробки адаптивних антикризових програм. В Україні значні кошти витрачаються на запобігання ризикам коронавірусу, тоді, як іншим захворюванням приділяється неналежна увага, не вкладаються належні кошти у наукові дослідження, модернізацію інфраструктурного супроводу закладів охорони здоров'я, розвиток кадрового потенціалу, інноватизацію форм та методів лікування.

Тому в сучасних умовах об'єктивно необхідною є побудова нової

моделі охорони здоров'я, яка має бути спрямована на покращення рівня життя населення України. Іманентними ознаками такої моделі мають бути: висококонкурентні ринки медичних послуг та лікарських засобів, система управління сферою охорони здоров'я на засадах децентралізації та міжсекторного партнерства; програмні підходи до вдосконалення якості надання медичних послуг; диференційоване фінансування охорони здоров'я та поступове його збільшення по мірі економічного зростання держави, використання технологій грантрайтингу; автономізація постачальників медичної допомоги, вдосконалення закупівель та договірних відносин між замовниками та постачальниками медичних послуг; запровадження оплати праці медичного персоналу з урахуванням обсягів та якості роботи; інтегроване надання первинної медичної допомоги; оптимізація мережі закладів охорони здоров'я з урахуванням потреб населення у медичному обслуговуванні; управління якістю медичної допомоги; формування сучасної системи громадської охорони здоров'я; застосування сучасних механізмів забезпечення доступності та якості лікарських засобів.

Визначальним чинником забезпечення населення доступними та високоякісними медичними послугами і запорукою належного функціонування закладів охорони здоров'я в умовах медичної реформи є необхідний для надання таких послуг управлінський та ресурсний супровід. Специфіка управління закладами охорони здоров'я обумовлена тим, що охорона здоров'я – особлива сфера діяльності, яка значно відрізняється від інших видів діяльності, тому і менеджмент в цих закладах має здійснюватися на засадах системності, юридичної відповідальності, безперервного професійного розвитку медичного персоналу з врахуванням низки зовнішніх та внутрішніх чинників, серед яких: потреби споживачів медичних послуг; кон'юнктура ринку медичних послуг, товарів медичного призначення, медичної техніки та фармацевтичного ринку; стейкхолдери (наприклад, фармацевтичні компанії, що постачають лікарські засоби та товари медичного призначення); органи публічного управління; суспільство в цілому.

Структура та змістове наповнення даної монографії дозволяє вирішити низку завдань, пов'язаних із формуванням сучасної моделі охорони здоров'я в руслі: удосконалення інституційного базису системи управління охороною здоров'я зі зміцненням організаційного та

Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я ресурсного потенціалів; впровадження людиноцентричного підходу в наданні медичних послуг та компетентісного підходу в організації добору й підготовки медичних кадрів; забезпечення професійної підготовки та перепідготовки управлінського персоналу системи охорони здоров'я; розбудови системи громадського нагляду за діяльністю закладів охорони здоров'я; застосування сучасних інформаційних технологій; створення багатоканальної системи фінансування; вдосконалення та інновацізації форм та методів адміністрування закладів охорони здоров'я .

Авторським колективом в рамках даної монографії пропонуються підходи до вдосконалення публічного управління, адміністративного, кадрового, інформаційного, інноваційного, фінансового менеджменту системи охорони здоров'я; шляхи трансформації фінансового механізму галузі, вдосконалення цінового регулювання надання медичних послуг; популяризується система добровільного медичного страхування, обґрунтовуються підходи до впровадження об'єднаними територіальними громадами державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, що сприятиме залученню приватних інвестицій та інновацій у сектор охорони здоров'я.

Д.е.н., професор Желюк Т.Л.

РОЗДІЛ 1

РЕФОРМУВАННЯ ІНСТИТУЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутнісні детермінанти та наукові підходи до управління охороною здоров'я

Система охорони здоров'я – це сукупність усіх організацій, інституцій і ресурсів, головною метою яких є зміцнення, підтримка чи відновлення здоров'я. В сучасному світовому господарстві на сферу охорони здоров'я покладаються низка функцій етичного, професійного, юридичного, політичного, суспільного характеру, що визначає можливості її подальшого розвитку та реформування, тому від розвитку цієї сфери, управління нею залежить стабільність та розвиток соціальної системи. Більше того, для оцінювання конкурентоспроможності національних економік в глобальному світовому просторі з поміж численних індексів використовують індекс щастя, складові якого залежать від якості та тривалості життя, тобто від параметричних характеристик сфери охорони здоров'я. Більшість людей хочуть прожити довге і повноцінне життя, а країни прагнуть зробити все можливе для досягнення максимального добробуту своїх громадян, розумно використовуючи наявні ресурси на профілактику здорового способу життя і максимальне збереження навколишнього середовища.

Тому головними цілями публічної політики в сфері охорони здоров'я в країнах Європейської спільноти визначено [1]:

1. Міжсекторне партнерство для покращення параметричних характеристик сфери охорони здоров'я.
2. Поліпшення якості життя людей.
3. Використання інструментарію стратегічного управління в досягненні цілей охорони здоров'я. При цьому головними стратегічними цілями мають бути: розробка в країнах напрямків політики і стратегій щодо здоров'я та благополуччя як загальної соціальної мети, створення для заінтересованих сторін механізмів участі та визначення шляхів досягнення цілей.
4. Активізацію обміну знаннями і втілення інновацій, розширення бази знань, необхідних для розвитку охорони здоров'я, підвищення

здатності медичних працівників та інших спеціалістів адаптуватися до нових підходів в охороні здоров'я, орієнтація в медико-санітарній допомозі на потреби пацієнтів, максимальне використання новітніх технологій для підвищення ефективності та якості медичної допомоги.

6. Підвищення свідомості кожного громадянина у використанні власних ресурсів здоров'я.

Реалізація європейської моделі публічної політики в сфері охорони здоров'я відповідно до положення Талліннської хартії Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) (2008 р.) «Системи охорони здоров'я для здоров'я і добробуту», Стратегії «Здоров'я – 2020 – основи європейської політики і стратегія для XXI століття» [1] передбачає: прискорення прогресу та досягнення максимального потенціалу Європейського регіону в сфері охорони здоров'я, подолання викликів та ризиків здоров'я людства¹, пов'язаних з нездоровим способом життя; переорієнтацію системи охорони здоров'я з лікування хвороб на профілактику захворювань та покращання рівня здоров'я, яка має бути побудована на засадах справедливого і сталого фінансування.

Якщо оцінювати можливості національних економік до довгострокового прогресу, то передусім оцінюють індекс людського розвитку (ІЛР) в трьох основних площинах: довготривале та здорове життя, доступ до знань і гідний рівень життя. Тривалість і здоров'я вимірюється середньою очікуваною тривалістю життя, яка для України становить 72 роки, тоді, як середнє у світі значення цього показника складає 75 років.

За період з 1990 до 2018 року значення ІЛР України збільшилося з 0,705 до 0,750, тобто на 6,3%. За період з 1990 до 2018 року очікувана тривалість життя при народженні в Україні збільшилась на 2,1 років, середня кількість років навчання збільшилась на 2,2 роки, а очікувана кількість років навчання зросла на 2,7 років. ВНД на душу населення

¹ Всесвітня організація охорони здоров'я склала список із 10 головних викликів для людства в галузі охорони здоров'я: забруднення повітря (за даними організації, щороку забруднене повітря вбиває 7 мільйонів людей, викликаючи такі хвороби, як рак, інсульт, хвороби серця і легенів); неінфекційні захворювання (за даними ВООЗ, такі захворювання, як діабет, рак і хвороби серця, у сукупності є причиною понад 70% усіх смертей у світі, або 41 мільйона осіб. З них 15 мільйонів помирають передчасно – у віці від 30 до 69 років); пандемія грипу; уразливість населення в зонах катаклізмів та військових конфліктів; стійкість інфекцій до антибіотиків; лихоманка ебола, денге, які не мають ефективних методів лікування; брак первинної медичної допомоги; віл/снід; відмова від вакцинації [2].

України скоротився приблизно на 25,6 відсотка в період між 1990 та 2017 рр. Загалом значення ІЛР України 2018 року на рівні 0,750 відповідає середньому значенню 0,750 для країн у групі високого людського розвитку, але є нижчим за середнє значення для країн Європи та Центральної Азії, яке становить 0,779 [3].

Сучасні виклики четвертої промислової революції, деджиталізація економіки змінюють очікування населення від сфери охорони здоров'я, вимагають збільшення інвестицій в цифрову медицину. Більше того сфера охорони здоров'я зіштовхується із глобальними викликами нахвал пандемії коронавірусу, яка характеризується стрімким поширенням інфекційного захворювання на території усіх країн світу і вимагає прийняття наднаціональних адаптивних рішень та стабілізаційних програм, створення умов для обміну досвідом, технічними знаннями і засобами, інноватизації підходів до управління сферою охорони здоров'я загалом.

Управління сферою охорони здоров'я є складовою публічного управління національною економікою, яке направлене на забезпечення цілісності, соціальної безпеки, фізичного, душевного і соціального благополуччя нації, збереження та примноження її генофонду, гуманітарного, креативного, трудового потенціалу шляхом підтримки здорового способу життя та запобігання факторам ризику, епідеміологічного нагляду, імунопрофілактики, забезпечення безпеки харчових продуктів, регламентації факторів середовища життєдіяльності населення, гігієнічної регламентації небезпечних факторів, управління системою якості як в наданні медичних послуг так і виробництві та продажі медичних препаратів, забезпечення біологічної безпеки та біологічного захисту, боротьби із стійкістю до протимікробних препаратів, реагування на небезпеки для здоров'я та надзвичайні стани в сфері охорони здоров'я, забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення.

Модель системи охорони здоров'я визначається цілями, принципами та співвідношеннями елементів системи, а також суспільним устроєм, політичним і соціально-економічним становищем, традиціями, культурою, історією, релігією, іншими чинниками та системою спеціальних компенсаторів, характерною для кожної окремої країни. Система охорони здоров'я будь-якої країни має

відповідати певним універсальним критеріям: ієрархічна будова; налагоджені управлінські комунікації між суб'єктами та об'єктами управління. При цьому система охорони здоров'я країни повинна враховувати особливості стану здоров'я населення, його захворюваність.

Практика функціонування розвинутих країн світу показує, що еталонної моделі до управління сферою охорони здоров'я в світі не створено. Однак в основі управління обов'язково покладено людиноцентричний, інклюзивний, інноваційний підходи та сталого розвитку охорони здоров'я (рис.1).

Засадничі концепти побудови національної системи охорони здоров'я визначено в ст. 4 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Закріплені у Законі тип системи охорони здоров'я ґрунтується на принципах англійської моделі, яка поступово втілюється як у законотворчу, так і в медичну практики, і проявляється у формах сімейної і приватної медицини, страхуванні, багатоканальному фінансуванні, високих соціальних стандартах.

Відповідно до цілей сталого розвитку охорони здоров'я в рамках глобальної Стратегії сталого розвитку до 2030 року передбачено орієнтацію системи управління охороною здоров'я на забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю для всіх в будь-якому віці. Зокрема передбачено до 2030 року:

1) знизити глобальний коефіцієнт материнської смертності до менш ніж 70 випадків на 100 000 народжених;

2) покласти край смертності, якій можна запобігти, новонароджених і дітей віком до 5 років, при цьому всі країни повинні прагнути зменшити неонатальну смертність до не більше як 12 випадків на 1000 живонароджених, а смертність у віці до 5 років – до не більше ніж 25 випадків на 1000 живонароджених;

3) покласти край епідеміям СНІДу, туберкульозу, малярії та тропічних хвороб та іншими інфекційними захворюваннями;

4) зменшити на третину передчасну смертність від неінфекційних захворювань за допомогою профілактики і лікування, а також підтримувати психічне здоров'я і благополуччя;

5) покращити профілактику та лікування залежності від психоактивних речовин, у тому числі зловживання наркотичними засобами й алкоголем;

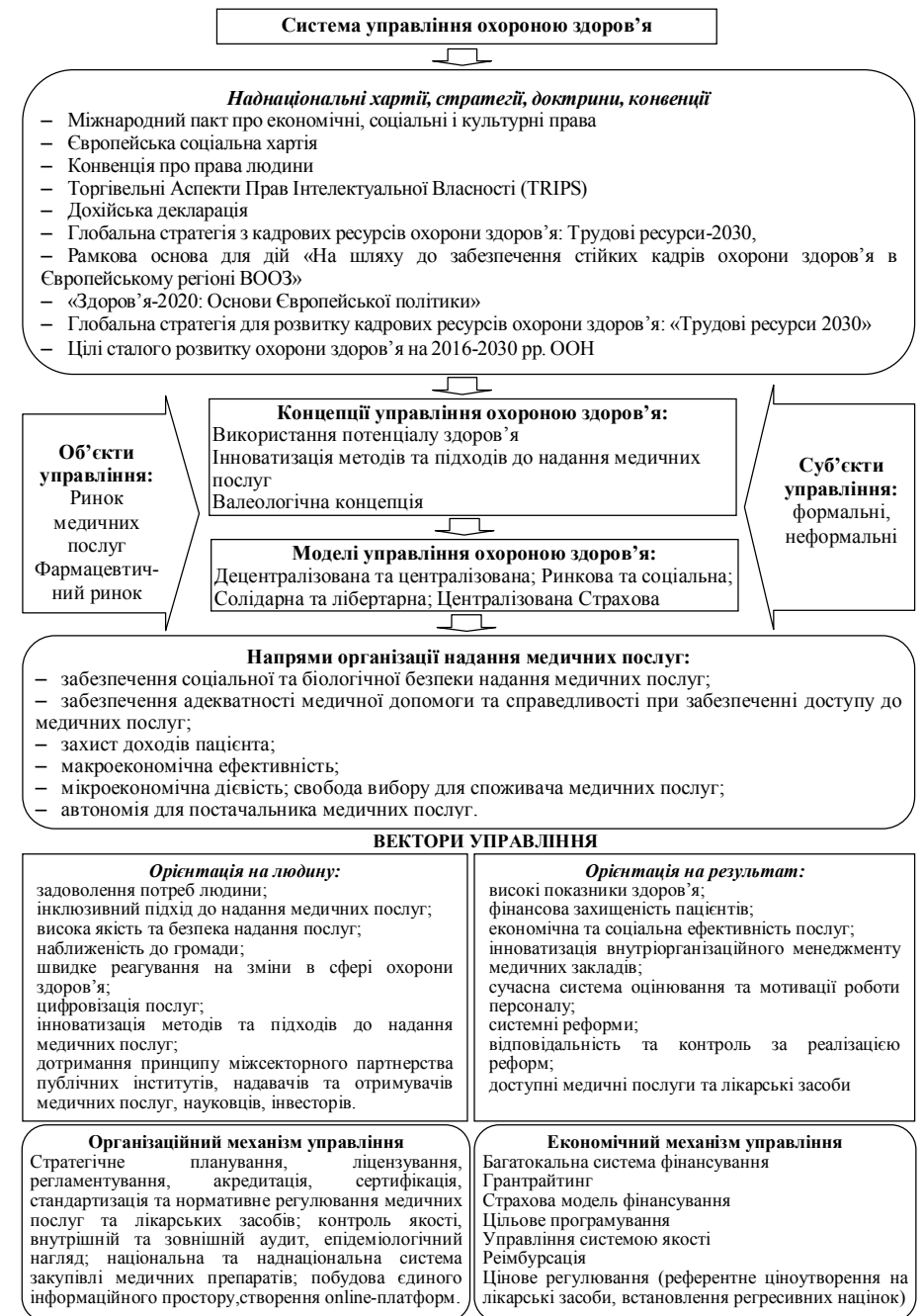


Рис.1. Концептуальна модель управління охороною здоров'я

6) вдвічі скоротити кількість смертей і травм унаслідок дорожньо-транспортних пригод;

7) забезпечити загальний доступ до послуг з охорони сексуального та репродуктивного здоров'я, включаючи послуги з планування сім'ї, інформування та просвіту, і урахування питань охорони репродуктивного здоров'я в національних стратегіях і програмах;

8) забезпечити загальне охоплення послугами охорони здоров'я, у тому числі захист від фінансових ризиків, доступ до якісних основних медико-санітарних послуг і до безпечних, ефективних, якісних і недорогих основних лікарських засобів і вакцин для всіх;

9) скоротити кількість випадків смерті та захворювання в результаті впливу небезпечних хімічних речовин, забруднення й отруєння повітря, води і ґрунтів;

10) активізувати імплементацію Рамкової конвенції Всесвітньої організації охорони здоров'я із боротьби проти тютюну у всіх країнах;

11) сприяти дослідженням і розробкам вакцин і лікарських препаратів для лікування інфекційних та неінфекційних хвороб, які насамперед стосуються країн, що розвиваються, забезпечувати доступність недорогих основних лікарських засобів і вакцин згідно з Дохійською декларацією «Угода ТРПС і суспільна охорона здоров'я», де підтверджується право країн, що розвиваються, в повному обсязі використовувати положення Угоди з торговельних аспектів прав інтелектуальної власності щодо прояву гнучкості для цілей охорони здоров'я населення і, зокрема, забезпечення доступу до лікарських засобів для всіх;

12) збільшити фінансування охорони здоров'я та набір, розвиток, професійну підготовку та утримання медичних кадрів у країнах, що розвиваються, особливо в найменш розвинених країнах і малих острівних державах, що розвиваються;

13) нарощувати потенціал усіх країн, особливо країн, що розвиваються, у сфері раннього попередження, зниження ризиків і регулювання національних і глобальних ризиків для здоров'я.

Здебільшого моделі охорони здоров'я побудовані на солідарній або лібертарній ідеології. Солідарна модель передбачає забезпечення однакового доступу до мінімального набору критично важливих медичних послуг. При цьому витрати на лікування сплачує держава

використовуючи модель солідарного фінансування медицини. Мінімальний перелік медичної допомоги, які має гарантувати держава, визначено Конвенціями Міжнародної організації праці «Про мінімальні норми соціального забезпечення» за № 130 від 1952 р., (стаття 10) та «Про медичну допомогу і допомоги у зв'язку із захворюванням» за № 130 від 1969 р., (стаття 13).

Країни, члени Організації економічної співробітництва і розвитку (ОЕСР) при розробці організації управління та фінансування охорони здоров'я дотримуються трьох основних принципів:

– забезпечення рівного доступу до медичного обслуговування, заснованого на солідарній участі незалежно від місця проживання;

– високої якості медичної допомоги за оптимальних витрат;

– макроекономічної ефективності: максимально допустима частка національних ресурсів, які мають бути спрямовані на задоволення потреб галузі охорони здоров'я². Витрати на охорону здоров'я на початок 2020 року у світі становили в середньому близько 4 000 доларів на особу (з урахуванням купівельної спроможності), в середньому для країн Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР). Сполучені Штати витрачали більше, ніж усі інші країни, із значним відривом – понад 10 000 доларів США на резидента (загальні витрати на охорону здоров'я 16,9% ВВП). Експерти ОЕСР передбачають, що витрати на охорону здоров'я до 2030 року зростуть і становитимуть 10,2% ВВП у країнах ОЕСР, порівняно з 8,8% у 2018 році [4]. Щодо України, то її видатки у 2019 році становили лише 3,8% ВВП.

Лібертарна модель є притаманною для ринкових економік і

² У 2018 р. загальні витрати на охорону здоров'я в США оцінювалися на рівні більше ніж 10 тис. дол. США в перерахунку на душу населення. Ця сума витрат (скоригована на різну купівельну спроможність у різних країнах) була значно більшою, ніж в усіх інших країнах – членах ОЕСД. Швейцарія, що займає 2-гу позицію за рівнем витрат на охорону здоров'я серед країн, витратила менше 70% цієї суми, тоді як середній показник витрат на охорону здоров'я на душу населення для усіх країн ОЕСД становив менше 40% (3994 дол.) аналогічного показника в США. Багато країн – членів ОЕСД з високим рівнем доходу, таких як Німеччина, Франція, Канада та Японія, витрачають лише близько половини або менше суми, яку витрачає США на душу населення у сфері охорони здоров'я, тоді як видатки Великобританії та Італії близькі до показника, середнього для країн ОЕСД. Найменше серед країн – членів ОЕСД на охорону здоров'я витратили Мексика та Туреччина, видатки в яких становлять близько чверті середнього показника для країн ОЕСД та є аналогічними показникам країн, що розвиваються, таких як Південна Африка та Бразилія. Останні доступні дані свідчать, що Китай витратив на охорону здоров'я на душу населення близько 20% середнього показника витрат для країн ОЕСД, тоді як Індія та Індонезія – менше 10%. [4, «Health at a Glance 2019: OECD Indicators».]

розглядає медичні послуги як товар. Їх отримання, обсяг, якість залежить від фінансової спроможності людини та розміру її страхового полісу.

У кожній країні формується та розвивається свій спосіб залучення економічних ресурсів для надання медичної допомоги, збереження та зміцнення здоров'я населення. Кількість та якість наданих суспільством ресурсів, ефективність їх використання в галузі охорони здоров'я визначається складною системою економічних, політичних, морально-етичних та інших відносин, що склалися в окремо взятій країні.

Еволюційний розвиток національних систем охорони здоров'я відбувається в напрямі децентралізації медичного обслуговування, впровадження діяльності нових соціальних інститутів, які здійснюють організацію та управління медичної допомоги та медичних послуг. Децентралізація вважається ефективним способом поліпшення медичного обслуговування, залучення широких верств населення у визначення пріоритетів.

Слід зазначити, що кожна країна використовує різні підходи та можливості до управління сферою охорони здоров'я. Для управлінців найбільший інтерес складають чотири сучасні моделі управління реформами [5, с.155]: модель запланованих змін Левіна; модель Роджерса-Шумейкера, яка включає 3 етапи: конструювання змін, дифузії, або поширення інформації про зміни, оцінку наслідків змін; модель новаторства Кантера, яка об'єднує три "хвилі активності": ідентифікацію проблеми, створення коаліцій та мобілізацію; ресурсів для втілення змін; модель Фюргонсана, яка апелює до зміни ціннісних орієнтирів; модель поширення нововведень Роджерса.

Кожна країна обирає прийнятний для себе варіант. Однак з 2005 року під патронатом Всесвітньої організації охорони здоров'я в управлінні сферою охорони здоров'я змінюються підходи до фінансування з метою розширення максимального доступу до медико-санітарних послуг за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», доступності ліків, покращення громадського здоров'я та запроваджує управління якістю медичного обслуговування.

Нині у світі можна виділи 10 найкращих національних моделей управління сферою охорони здоров'я:

1. Франція, яка має розгалужену систему страхових фондів та гарантований рівень якісної медичної допомоги.

2. Італія з децентралізованою моделлю управління. Уряд країни лише визначає цілі, на які будуть витрачатися бюджетні кошти, стежить за загальними показниками здоров'я громадян, а також веде переговори з медиками щодо укладення трудових контрактів.

3. Андорра, де сфера охорони здоров'я перебуває під повним контролем держави і задовольняє всі потреби громадян.

4. Мальта, яка приділяє велику увагу якісним показникам медичного обслуговування.

5. Сінгапур, найкращою системою охорони здоров'я в Азії. Цілями публічної політики в цій сфері є: профілактика здорового способу життя; індивідуальна відповідальність для збереження власного здоров'я й уникнення надмірної залежності від державного піклування; надання якісних та доступних медичних послуг для населення; підвищення якості медичних послуг і ефективності охорони здоров'я; надання субсидій для надання медичних послуг.

6. Великобританія, яка має Національну службу охорони здоров'я, держава повністю оплачує медичну допомогу за виключенням співфінансування ліків, послуг стоматолога і окуліста.

7. Сан-Марино, в якій поєднується безкоштовне отримання базових медичних послуг і приватне медичне страхування, яке гарантує вищий рівень якості лікування.

8. Австрія, країна в якій всі жителі а також туристи мають право на безоплатне надання базових медичних послуг на високому рівні.

9. Японія, в якій створено систему загального обов'язкового державного та приватного медичного страхування.

10. Швейцарія, яка поєднує загальне обов'язкове медичне страхування та ринковий підхід до надання медичних послуг і має найбільшу кількість довгожителів.

В Україні держава відповідно до Закону України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" [6] бере на себе фінансування за рахунок коштів державного бюджету у межах програми медичних гарантій екстреної медичної допомоги; первинної медичної допомоги; вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги; третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; паліативної медичної допомоги; медичної реабілітації; медичної допомоги дітям до 16 років; медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами.

Профілактична складова в охороні здоров'я лягає на місцевий рівень. Органи місцевого самоврядування в межах своєї компетенції можуть фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема щодо оновлення матеріально-технічної бази, капітального ремонту, реконструкції, підвищення оплати праці медичних працівників в межах програм «місцевих стимулів», а також місцеві програми надання населенню медичних послуг, місцеві програми громадського здоров'я та інші програми в охороні здоров'я.

Аналіз наукової літератури та практики організації охорони здоров'я в різних країнах світу дозволяє виокремити кілька наукових підходів до управління закладами охорони здоров'я: концепція нової людиноцентричної філософії в медицині, філософія «patient friendly» (дружня до пацієнта медицина, створення сучасних умов для лікування); концепція використання потенціалу здоров'я; концепція валеології³, яка об'єднує валеософію (філософія здоров'я, або мудрість здоров'я); валеометрію (вимірювання здоров'я); валеопрактику (оздоровлення організму).

В більшості випадків вибір оптимальної моделі управління охороною здоров'я залежить від фінансування охорони здоров'я, яка може будуватися за підходами: бюджетного фінансування (Великобританія, Греція, Португалія, Італія, Іспанія, Данія та ін.); соціального страхування (Німеччина, Франція, Швейцарія, Японія, Сінгапур, Ізраїль та ін.); приватного страхування (США, Південна Корея та ін.); консолідованого фінансування (більшість європейських країн).

В залежності від того, який підхід до фінансування домінує, виокремлюють ринкову, соціальну або змішану моделі охорони здоров'я, характеристика яких подана в таблиці 1.

Суспільно-приватну модель організації та фінансування охорони здоров'я можна розглядати як систему, що поєднує в собі ринкову та соціальну моделі. Суспільно-приватне фінансування галузі охорони

³ Вперше термін «Валеологія» запропонував професор І. І. Брехман у 1980 році. Об'єктом валеології є людина, її психосоматичний функціональний стан з урахуванням усієї складності та різноманіття біологічних, соціально-економічних, екологічних, морально-етичних, побутових, професійних, суспільно-політичних та інших умов життєдіяльності. До валеології належить харчування, фізичний стан людини, рівень функціонування всіх органів, клітин, тканин, їхня адаптація до середовища та їхнє відновлення; рівень регенерації організму, рівень захисту організму і працездатність.

здоров'я реалізується за трьома основними варіантами: із суспільних фондів та з приватних страхових фондів (Нідерланди, Канада); з приватних страхових фондів та із суспільних фондів для надання медичної допомоги специфічним групам населення (бідним та особам похилого віку) (США).

Таблиця 1

Порівняльна характеристика ринкової та соціальної моделі управління охороною здоров'я

Тип моделі	Переваги моделі	Недоліки моделі
<p>Ринкова модель. <i>Фінансування галузі відбувається з таких джерел:</i> – приватні страхові фонди охорони здоров'я; – внески з приватних джерел; – прямі виплати виробникові медичних послуг; – комбінації цих трьох джерел фінансування.</p>	<p>– стимуляція розвитку нових медичних технологій; – забезпечення інтенсивної діяльності медичних працівників; – постійне підвищення якості надання медичних послуг, що стимулюється жорсткою конкуренцією; – мобільність ресурсів.</p>	<p>– нерівний доступ до медичної допомоги різних верств населення; – високі витрати й відповідно до них високі ціни на надання медичних послуг; – високі громадські витрати на охорону здоров'я; – неможливість здійснення державного контролю за дотриманням пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я; – можливість недобросовісної конкуренції між надавачами медичних послуг.</p>
<p>Соціальна модель <i>Фінансування за рахунок суспільних фондів, які утворюються за рахунок податків та страхових внесків.</i> До соціальної моделі фінансування охорони здоров'я належать: – система Бісмарка (модель соціального страхування); – система Беверіджа; – система Семашко.</p>	<p>– надання соціальних гарантій населенню в отриманні медичної допомоги; – доступність для всіх верств населення; – фінансуванні галузі переважно за рахунок бюджетного або обов'язкового соціального страхування на випадок хвороби; – економія ресурсів; – макроекономічна та мікроекономічна ефективність</p>	<p>– великий адміністративний апарат управління; – складна система розрахунків з лікувально-профілактичними закладами; – високі витрати на утримання страхової інфраструктури; – відсутність мотивації щодо якості надання медичної допомоги; – низький рівень заробітної платні медичних працівників.</p>

Державні схеми фінансування, організовані на національному або регіональному рівні, або для конкретних груп населення, автоматично дають право особам на медичні послуги за ознаками місця проживання. Основною альтернативою державного фінансування є зарахування мешканців до системи загальнообов'язкового медичного страхування (через державні чи приватні організації), яка потім покриває основну частину вартості використаної медичної допомоги. У багатьох країнах ОЕСР, прямі витрати домогосподарств, а також добровільне медичне страхування залишаються важливим елементом фінансування охорони здоров'я, але їх частка може значно відрізнятись.

У сукупності державні схеми та обов'язкове медичне страхування є основними механізмами фінансування у всіх країнах ОЕСР (рис. 2). У середньому близько 3/4 всіх витрат на охорону здоров'я в рамках ОЕСР зараз покриваються цими типами обов'язкових схем фінансування.

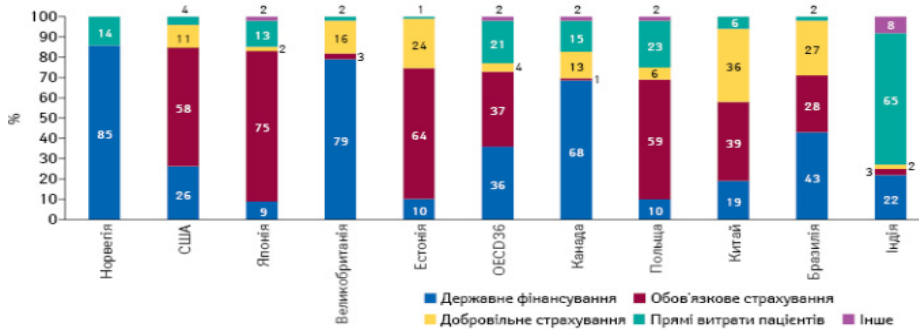


Рис.2. Структура фінансування сфери охорони здоров'я в країнах ОЕСР

Примітка: побудовано на основі інформації ОЕСР [4].

У Норвегії, Данії, Швеції та Великобританії на схеми центрального, регіонального чи місцевого самоврядування припадає близько 80% або більше всіх витрат на охорону здоров'я, а більшу частину решти становлять прямі виплати пацієнтів. Обов'язкові схеми медичного страхування є домінуючим джерелом фінансування медичної допомоги в Німеччині, Японії, Франції, Люксембурзі та Нідерландах, вони, як правило, покривають приблизно 3/4 всіх витрат на охорону

здоров'я. Незважаючи на те, що Німеччина та Японія покладаються на систему соціального медичного страхування, Франція доповнює покриття медичного страхування системою різних приватних медичних програм страхування, які стали обов'язковими з 2016 року [4].

Забезпечення сфери охорони здоров'я України достатніми фінансовими ресурсами є особливо актуальним, оскільки їх достатній обсяг значною мірою визначатиме результативність медичної реформи. Необхідність реформування системи охорони здоров'я України не викликає сумніву, адже за показником витрат на охорону здоров'я на одну людину наша держава посідає 89 місце у світі (серед 184 країн), а за показником тривалості життя – 108 місце [7].

Модернізація національних систем управління охороною здоров'я в сучасному світі відбувається за такими напрямками: уніфікації стандартів у галузі надання медичних послуг на міжнародному рівні; розвитку ринкових відносин у відношеннях між суб'єктами системи охорони здоров'я; вирішення специфічних національних проблем з урегулювання витрат на медичне обслуговування населення; децентралізації державних функцій та їх делегування регіональним та муніципальним органам влади, яка характерна для більшості європейських країн; оптимізації медичного обслуговування, переорієнтації служб охорони здоров'я з лікування на ранню діагностику та профілактику захворюваності (80 % обсягу медичних послуг надається лікарями загальної практики й тільки решта – вузькоспеціалізованими медичними працівниками); посилення конкуренції в сфері охорони здоров'я; розвитку система добровільного медичного страхування; створення системи управління знаннями, яка стимулює інновації; сприяє розвитку співпраці, збагачує процес обміну експліцитними та непрямыми знаннями між людьми; прискорює процес навчання; примножує соціальний капітал, зберігає висококваліфіковані медичні кадри, перетворює інтелектуальний капітал в структурний капітал і фокусує стратегічне мислення на використання нових досягнень в сфері медицини; сприяє використанню сучасних інформаційних технологій; забезпечує базу для багаторазового користування знаннями і впровадження інновацій; підтримує лідерство і прийняття рішень; покращує обслуговування клієнтів шляхом раціоналізації їх часу відгуку; диференціює підходи до управління організації діяльності, надання медичних послуг.

1.2. Інституційний базис управління охороною здоров'я в умовах проведення медичної реформи

Основна мета державного управління охороною здоров'я – забезпечення гарантованого державою права громадян на медичну допомогу, створення прийнятних умов життєдіяльності, попередження захворювань та надання якісних, достатніх за обсягом послуг. Принципова особливість сучасної державної політики в сфері охорони здоров'я в тому, що вона реалізується в контексті адміністративної і бюджетної реформ, спрямованих на перехід від концепції управління витратами до управління за результатами. Унікальний характер охорони здоров'я, як соціального і водночас особистого блага підкреслює роль державного регулювання, яке є найважливішим важелем ефективного управління в цій сфері.

До інституту механізму реалізації політики охорони здоров'я входить вся система органів державної влади, місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я та інших суб'єктів права, задіяних у процесі реалізації політики охорони здоров'я, а також їх повноважень та відносин між собою та іншими суб'єктами [14, с.317].

Розпочата медична реформа в Україні визначила цілий ряд проблем, які стосуються зміни підходів до управління сферою охорони здоров'я, створення конкурентного ринку якісних медичних послуг, автономізації медичних закладів та їх ресурсного забезпечення, запровадження нового механізму фінансування медичних закладів, формування сучасної моделі компетенцій для керівників некомерційних медичних установ, модернізації внутріорганізаційного менеджменту закладів охорони здоров'я. Тобто все це вимагає вироблення стратегічної парадигми управління змінами в сфері охорони здоров'я, яка знаходиться в умовах постійних трансформаційних змін.

Створена в країні законодавча система регулювання сфери управління охороною здоров'я та нормативна база, що її підкріплює та деталізує, орієнтована на європейські та світові стандарти надання медичної допомоги та зміцнення здоров'я громадян. Система, що формується, є значною мірою соціальною, бо в її основі лежить стара радянська база медичного обслуговування і перейти відразу до суто комерційно-страхової моделі не є доцільним і не прийнятним з огляду на стан фінансово-економічних можливостей населення. Крім того, нова

модель, що базується на імплементованих європейських підходах, передбачає великий рівень соціальної захищеності громадян. Вона поєднує нові ринкові та комерційні підходи із принципами функціонування соціальної держави. Основне місце в цьому процесі посідає законодавство у галузі регулювання відносин в охорони здоров'я. Ці відносини регулюються нормативними актами різної юридичної сили – Конституцією, законами, урядовими підзаконними актами, відомчими нормативними актами та нормативними актами місцевих органів влади. Тобто, законодавство України в сфері охорони здоров'я – це комплекс законодавчих і нормативно-правових актів, які регулюють правові, соціально-економічні та морально-етичні основи розвитку і функціонування системи охорони здоров'я в Україні [11, с. 103].

Як стверджують О. Ціборовський, С. Істомін, В. Сорока, прийняття законів у сфері охорони здоров'я та участь державної влади у законодавчому регулюванні системи охорони здоров'я та медичного обслуговування зумовлені бажанням забезпечити гарантії та контроль якості послуг і товарів, що стосуються організації надання медичної допомоги населенню [13, с.35]. Отже, роль законодавства в громадському здоров'ї та політиці охорони здоров'я можна визначити за допомогою такої важливої функції, як законодавче регулювання контролю за якістю медичної допомоги.

Законодавство України про охорону здоров'я базується на Конституції України, в якій визначено, що:

– «Кожна людина має невід'ємне право на життя... Кожен має право захищати своє життя і здоров'я, життя і здоров'я інших людей від протиправних посягань» (ст. 27);

– «Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування... Держава дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя» (ст. 49);

– «Кожен має право на безпечне для життя і здоров'я довкілля та на відшкодування завданої порушенням цього права шкоди» (ст. 50) [3].

Відповідно до Конституції центральна роль в процесі реалізації політики в сфері охорони здоров'я належить державі, зокрема органам виконавчої влади. Суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в

діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, удосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя.

Основним нормотворчим актом, який регламентує основні підходи в системі управління охороною здоров'я є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», який було прийнято 19 листопада 1992 року. За цей довгий термін значна кількість поправок та доповнень до Закону значною мірою трансформували та усучаснили його сутність, особливо зміни, що були прийняті у 2017 році під час підготовки до втілення основних механізмів медичної реформи. Головними положеннями цього Закону є: сучасні визначення медичної термінології, яка застосовується в практиці ринкових відносин, регламентація прав та обов'язків громадян у сфері охорони здоров'я, економічні та спеціалізовані основи організації охорони здоров'я, забезпечення здорових і безпечних умов життя, форми та способи надання медичної допомоги, забезпечення лікарськими та протезними засобами, охорона здоров'я матері та дитини, медико-санітарне забезпечення санаторно-курортної діяльності і відпочинку, медична експертиза, медична і фармацевтична діяльність, міжнародне співробітництво. Слід окремо акцентувати увагу на тій частині Закону, згідно з якою Держава у відповідності до Конституції України гарантує всім громадянам реалізацію їх прав у сфері охорони здоров'я шляхом:

- а) створення розгалуженої мережі закладів охорони здоров'я;
- б) організації і проведення системи державних і громадських заходів щодо охорони та зміцнення здоров'я;
- в) фінансування надання всім громадянам та іншим визначеним законом особам гарантованого обсягу медичних послуг та лікарських засобів у порядку, встановленому законом;
- г) здійснення державного і можливості громадського контролю та нагляду в сфері охорони здоров'я;
- д) організації державної системи збирання, обробки і аналізу соціальної, екологічної та спеціальної медичної статистичної інформації;
- е) встановлення відповідальності за порушення прав і законних інтересів громадян у сфері охорони здоров'я [7].

Це дозволяє зробити висновок про відповідність основ законодавства 1992 року більш пізнішим прийнятим законодавчим та нормативним актам

спрямованим на створення нової системи охорони здоров'я.

Основним нормотворчим актом, який регламентує процедури трансформації системи управління охороною здоров'я є Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року [8]. У цьому законі описана структура системи реформування охорони здоров'я на основі програм медичного забезпечення. Крім цих основних положень, у Законі регламентується контроль та відповідальність за реалізацію програм надання медичних послуг. У фінансовій сфері така відповідальність розповсюджується на центральні органи державної влади, які мають відповідні повноваження, а у випадку контролю за якістю медичного обслуговування, відповідальність покладено на МОЗ України.

Продовженням законодавчого регулювання змін в системі управління є прийнятий 14 листопада 2017 року Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості». Цей Закон спрямований на регулювання найбільш слабкої ланки медичного забезпечення – охорони здоров'я громадян, які мешкають в сільській місцевості. Квінтесенцією цього Закону є заходи, які заплановано до реалізації в сільській місцевості. Серед таких заходів необхідно визначити основні:

- 1) наближення якісного медичного обслуговування до населення шляхом сприяння розвитку лікувальних закладів усіх форм власності у сільській місцевості, удосконалення мережі закладів охорони здоров'я;
- 2) впровадження сучасних технологій з медичного обслуговування у сільській місцевості, зокрема з використанням телемедицини;
- 3) розроблення та реалізація програм з медичного обслуговування у сільській місцевості щодо діагностики, лікування, реабілітації та профілактики захворювань населення, насамперед дітей, вагітних жінок та літніх людей;
- 4) надання медичних послуг, лікарських засобів та виробів медичного призначення, передбачених програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, за рахунок коштів державного бюджету в порядку, визначеному законом;
- 5) розроблення та реалізація програм із забезпечення населення у сільській місцевості ефективними, якісними та необхідними лікарськими засобами і виробами медичного призначення;

6) запровадження дієвих механізмів залучення до медичного обслуговування у сільській місцевості кваліфікованих медичних і фармацевтичних працівників;

7) розвиток необхідної телекомунікаційної інфраструктури, включаючи забезпечення закладів охорони здоров'я, а також лікарів загальної практики – сімейних лікарів та лікарів інших спеціальностей, які надають первинну медичну допомогу та зареєстровані як фізичні особи – підприємці;

8) розвиток транспортної інфраструктури, створення умов для застосування авіаційних, водних, автомобільних спеціальних та спеціалізованих санітарних транспортних засобів, у тому числі обладнаних реанімаційними засобами;

9) залучення інвестицій у розвиток медичного обслуговування у сільській місцевості, сприяння розширенню державно-приватного партнерства та здійсненню благодійної діяльності у сфері охорони здоров'я;

10) сприяння дієвій просвітницькій роботі серед населення щодо активної соціальної орієнтації на здоровий спосіб життя шляхом формування традицій і культури здорового способу життя, престижності здоров'я, залучення населення до активних занять фізичною культурою і спортом для збереження здоров'я та активного довголіття [9].

Реалізація медичної реформи не передбачає стягнення з громадян плати за необхідну їм медичну допомогу. Гарантії, що подані в статті 49 Конституції України, повністю залишаються в процесі реалізації заходів медичної реформи [3]. У відповідності до Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» (справа про безоплатну медичну допомогу) система охорони здоров'я визнана такою, що носить цілеспрямований соціальний характер [12].

Одним із механізмів забезпечення якості медичної допомоги є створення стандарту медичної допомоги. Державний стандарт медичної допомоги – встановлені державою еталони, правила, зразки, вимоги, характеристики, відповідно до яких має плануватися, здійснюватися та оцінюватися діяльність, що стосується надання медичної допомоги.

Важливий крок щодо забезпечення якості надання медичної допомоги – розробка наказу МОЗ України від 01.08.2011 р. №454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги в галузі охорони здоров'я на період до 2020 року», яким визначено шляхи вдосконалення наявної системи управління якістю медичної допомоги.

Основними напрямками реформи медичного обслуговування в Україні щодо підвищення якості медичної допомоги населенню визначено:

1) забезпечення розробки нових та оновлення чинних медичних стандартів та уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги на основі доказової медицини з паралельним забезпеченням процедури контролю МОЗ України, місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування та інститутами громадянського суспільства над реалізацією і дотриманням цих стандартів;

2) створення програми безперервного підвищення якості надання послуг з охорони здоров'я (у т. ч. за рахунок дистанційного навчання, комп'ютеризації робочих місць лікарів тощо), які надаються на різних рівнях системи охорони здоров'я, вдосконалення системи позавідомчого (ліцензування, акредитація, атестація) та відомчого (незалежна експертиза) контролю якості.

Для ефективного управління якістю медичної допомоги та забезпечення підвищення рівня контролю за якістю медичної допомоги відповідно до ст. 7, 14, 22, 141 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» наказом МОЗ України від 28.09.2012 р. № 752 затверджено Порядок контролю якості медичної допомоги. Зазначеним нормативно-правовим актом контроль якості медичної допомоги здійснюється шляхом застосування методів зовнішнього та внутрішнього контролю, самооцінки медичних працівників, експертної оцінки, клінічного аудиту, моніторингу системи індикаторів якості, атестації/сертифікації відповідно до вимог чинного законодавства України та законодавства Європейського Союзу [11].

У продовження діяльності щодо забезпечення якості медичної допомоги МОЗ України прийняло ще два важливі накази, які доповнили нормативно-правову базу у сфері безпосереднього управління якістю медичної допомоги населенню: «Про організацію клініко-експертної

оцінки якості медичної допомоги» від 06.08.2013 р. №693 та «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги» від 11.09.2013 р. №795, яким запроваджено відповідний порядок моніторингу клінічних індикаторів якості медичної допомоги. Таким чином в Україні відбувається подальше вдосконалення управління якістю медичної допомоги, що надається населенню та розвиток стандартизації у сфері охорони здоров'я.

Серед документів, які займають важливе місце в реформуванні стратегії управління системою охорони здоров'я в Україні в ході медичної реформи, слід визначити Національну стратегію реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 роки [5]. У Стратегії проаналізовано показники здоров'я та стан системи охорони здоров'я України, цілі, цінності та основні завдання системи охорони здоров'я України, нова архітектура системи охорони здоров'я в Україні та стратегічні можливості, які надає побудова такої архітектури. Серед основних стратегічних пріоритетів реформування системи охорони здоров'я виокремлено:

– в сфері надання послуг: зміцнення первинної медичної допомоги, реформа мережі лікарень, розбудова системи громадського здоров'я, модернізація служби екстреної допомоги, вдосконалення стоматологічної допомоги;

– в сфері фінансування охорони здоров'я: диверсифікація та переорієнтація джерел фінансування, розподіл функцій покупців та надавача послуг, створення закупівельного агентства, консолідація коштів, перехід від постатейного фінансування до системи оплати за наданні послуги, розвиток медичного страхування;

– в сфері управління: реформування Міністерства охорони здоров'я, забезпечення автономності постачальників послуг, інституційне перепрофілювання діяльності системи охорони здоров'я.

В Стратегії наголошено, що «заклади охорони здоров'я та місцеві органи влади пройдуть процес інституціонального розвитку за напрямками:

- 1) розробка власного плану розвитку;
- 2) оцінка результатів із застосуванням сучасних інформаційних і комунікаційних технологій;
- 3) підзвітність і використання медичної інформації;

4) забезпечення якості;

5) співпраця з пацієнтами та залучення до управління представників громадянського суспільства [5].

Серед основних напрямів реформування системи охорони здоров'я які є актуальними на теперішній час та які відображено в Стратегії з 2018 року по 2020 рік, визначено такі: схвалити закони про систему керування якістю послуг в охороні здоров'я, що враховує вимоги ЄС; розробити ряд законодавчих актів про стандарти, правила та норми системи забезпечення якості медичної допомоги та доступності лікарських засобів відповідно до вимог ЄС; запровадити ліцензування діяльності лікарів та укладання із ними угод; сприяти автономізації закладів охорони здоров'я за новою схемою та укладання угод із їх керівниками; розпочати масштабніше фінансування з використанням ДСГ закладів охорони здоров'я; продовжити розвиток системи безперервної освіти у сфері охорони здоров'я [5].

Ще одним нормативним документом є розпорядження Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2011 р. № 1164-р. «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір». Серед головних результатів, які необхідно досягти в процесі реалізації Концепції відзначимо такі: стабілізувати рівень первинного виходу на інвалідність (насамперед населення працездатного віку) шляхом запобігання ускладненням неінфекційних захворювань серед населення з 52,6 до 50 осіб (на 10 000 осіб); знизити рівень госпіталізації у заклади охорони здоров'я до 17 відсотків; досягти охоплення базовою вакцинацією дитячого населення до рівня 90-95 відсотків; досягти середнього строку доїзду до пацієнта у місті до 10 хвилин, у сільській місцевості – до 20 хвилин; знизити рівень поширеності основних факторів ризику здоров'я, насамперед куріння, зловживання алкоголем, незбалансованого харчування, надмірної ваги тіла, вживання наркотичних препаратів, низької фізичної активності, артеріальної гіпертензії тощо; знизити негативний вплив соціальних детермінант на розвиток хронічних захворювань; перетворити гігієнічне навчання та виховання населення на державну систему безперервного медико-гігієнічного навчання через сферу загальної та професійної освіти, охорони здоров'я, фізичного виховання, інші соціальні інститути та засоби масової інформації; поступово впроваджувати у навчальних закладах усіх рівнів акредитації стратегії «Здоров'я через освіту» [4].

Розвиток телемедицини є дуже важливим, він обумовлений Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 р. і Законом України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості від 14.11.2017 р. та Національною стратегією реформування системи охорони здоров'я України на період 2015-2020 років. МОЗ України в 2015 р. видав Наказ «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я [6]. Як зазначає І.Я. Зима, розвиток телемедицини має два позитивні чинники, які у скрутні фінансові часи та в умовах недостатнього рівня платоспроможності сільського населення, слабого розвитку інфраструктури в регіонах, мінімального рівня розвитку медичного обслуговування зможуть нівелювати ці недоліки та в окремих аспектах поліпшити якість медичного обслуговування населення. Перший, це – можливість отримати консультації у висококваліфікованих фахівців, другий – забезпечення доступності послуг у часі [1, с. 108].

Таким чином, в останні роки в процесі проведення медичної реформи, значно розширена і вдосконалена законодавча і нормативно-правова база державного управління надання якісної медичної допомоги. Дані законодавчі та нормативні акти є інституційною основою системи законодавчого забезпечення державного управління реформуванням системи охорони здоров'я. Вони встановлюють нові принципи регулювання відносин між державою і суб'єктами системи охорони здоров'я в Україні, визначають рівні медичного забезпечення, регламентують нові фінансові відносини в системі охорони здоров'я, гарантують право громадян на безоплатний доступ до медичних послуг, удосконалюють контроль якості та подальший розвиток стандартизації у сфері охорони здоров'я.

Удосконалення інституційного механізму реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я можливо через вирішення проблем кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я. Успіх і темп реформування охорони здоров'я залежить від обґрунтованості, виваженості й адаптованості до національних реалій, кроків його здійснення, зацікавленості й узгодженості дій органів влади усіх рівнів, а також підготовленості та мотивації керівників та співробітників органів і закладів охорони здоров'я [14, с.321].

1.3. Удосконалення мережі закладів охорони здоров'я

Стан здоров'я, тривалість та якість життя населення України значною мірою визначаються станом організації та функціонування системи охорони здоров'я, доступністю та якістю медичних послуг, що гарантують забезпечення реалізації передбаченого Конституцією України права громадян на медичну допомогу, а також ефективністю використання відповідних фінансових, кадрових та матеріально-технічних ресурсів.

Фінансово-економічна криза суттєво загострила проблеми, пов'язані з наданням населенню України медичної допомоги, із забезпеченням її належної доступності та якості. Зростання цін на ліки, продукти харчування, енергоносії призвело до загального підвищення витрат на утримання мережі медичних закладів та збільшення собівартості надання всіх медичних послуг. Це вимагає термінового проведення заходів щодо забезпечення подальшого розвитку системи медичної допомоги в Україні і запобігання розвитку нових негативних тенденцій у зазначеній сфері.

Основні напрями реформування системи охорони здоров'я України були визначені майже 10 років тому та закріплені в затвердженій Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000 Концепції розвитку охорони здоров'я населення України. Подальшого розвитку ці основні напрями отримали у затвердженій Постановою Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 р. № 14 Міжгалузевій комплексній програмі «Здоров'я нації» на 2002 – 2011 роки, в Указі Президента України від 6 грудня 2005 року № 1694/2005 «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення», та в Національному плані розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року, затвердженому Постановою Кабінету Міністрів України від 13 червня 2007 року № 815. У 2009 році розроблений «Плану заходів щодо подальшого розвитку системи подання медичної допомоги в Україні в умовах фінансово-економічної кризи» [1].

Правовою базою розвитку охорони здоров'я є Конституція України, Основи законодавства України про охорону здоров'я, закони, укази Президента і постанови Кабінету Міністрів, які стосуються проблем охорони здоров'я населення.

Окремою статтею визначено фінансове забезпечення закладів

охорони здоров'я, якою передбачається перехід від утримання державних та комунальних закладів охорони здоров'я до оплати поданих ними послуг за договорами про медичне обслуговування населення. Втілення ринкових механізмів у державну систему охорони здоров'я робить її більш ефективною та економічною і, як наслідок, сприятиме зміцненню державної системи охорони здоров'я та збереженню уособлених у ній соціальних цінностей.

Необхідність ліцензування професійної діяльності лікарів зумовлена світовим досвідом та реальними потребами, що склалися в системі охорони здоров'я, зокрема, необхідністю встановлення чітких підстав набуття припинення, або обмеження права здійснювати медичну діяльність на території України особам з медичною освітою, що в свою чергу, підвищить відповідальність, професійний рівень медичних працівників та захист безпеки пацієнтів.

З метою забезпечення нагляду за дотриманням прав та безпеки пацієнтів, забезпеченням якісної медичної допомоги та дотриманням етичних і правових принципів здійснення фінансово-господарської діяльності закладу охорони здоров'я передбачено створення при закладах охорони здоров'я наглядових рад за участі громадськості.

На сьогодні суспільні відносини, що належать до предмета правового регулювання проекту Закону України «Про заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування», частково врегульовані нормами, що містяться у наступних актах законодавства України: Конституції України, Основах законодавства України про охорону здоров'я, Цивільному кодексі України, Бюджетному кодексі України, та інших законодавчих актах України.

Економічний механізм може мати різні режими функціонування: від жорсткого адміністративно управління з високою централізацією прийняття рішень до повного саморегулювання в умовах вільного ринку. Між цими крайніми станами можливий ряд варіантів.

Медична галузь в Україні є багаторівневою функціональною керованою системою з багатьма складовими елементами, які взаємодіють між собою і зовнішнім оточенням. Ця система створена і використовується суспільством для здійснення всього комплексу соціальних та медичних заходів, які спрямовані на охорону та зміцнення здоров'я кожної людини та населення країни в цілому.

Експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я довели, що потреба населення в медичних послугах відповідає моделі піраміди. З кожної тисячі жителів протягом місяця 750 мають проблеми зі здоров'ям і тільки 250 звертаються по допомогу до лікаря.

З цієї кількості пацієнтів 5 потребують консультації вузького спеціаліста, 9 госпіталізації і 1 висококваліфікованої вузькоспеціалізованої допомоги. Всі інші отримують допомогу на рівні лікаря первинної ланки. За такою схемою працює система охорони здоров'я в Європі.

Медицина повинна бути соціально орієнтованою, спрямовуватись за реальними показниками. Мають враховуватись оптимальні потреби, реальні можливості та фактично виконані об'єми лікарсько-профілактичної роботи.

Такий перехід від централізованих до реальних нормативів розкриє потребу кількості та якості медичної допомоги населенню, а не можливість того чи іншого регіонального бюджету на охорону здоров'я. Такі потреби можна сьогодні визначити на основі стандартів лікування та рівнів захворюваності населення. Такий підхід дозволить, зокрема, оцінити вартість витрат для бюджету на охорону здоров'я так званого соціального замовлення для кожного регіону. Використовуватись ресурси повинні раціонально і спрямовуватись, в першу чергу, на попередження (профілактику захворювань, збереження здоров'я), а потім – на ліквідацію наслідків проблем (лікування хворих).

Попри бажане, Міністерство охорони здоров'я України займається переважно організацією надання медичної допомоги населенню, а охороні здоров'я населення в широкому обсязі (в умовах виробництва, навчання, побуту, відпочинку тощо) приділяється недостатньо уваги. Це не лише неправильне визначення пріоритетів, це корінна проблема галузі, яка існує роками. Наведемо дані Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо того, які чинники визначають здоров'я нації. Від рівня, якості та вчасності медичної допомоги здоров'я громадян залежить лише на 10-15 %. Проте майже 50 % – це соціально-економічні умови та ще 40 % – генетика. Нездоровим батькам, які живуть в умовах поганої екології, мають шкідливі звички та недбало ставляться до власного здоров'я, дуже важко народити здорових дітей. Тому важливо не лише лікувати хворих, але й допомогти зберегти здоров'я тим, хто його ще не втратив.

Позитивним моментом є закріплення в Концепції розвитку охорони

здоров'я населення України, затвердженої Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000, державної політики у сфері охорони здоров'я. Зокрема передбачалося створення умов для здорового способу життя, активізація профілактичної діяльності у системі охорони здоров'я, запровадження системи соціально-економічного стимулювання здорового способу життя, посилення гігієнічного виховання населення. Але закріплені в нормативно-правовому акті положення є, здебільшого, декларативними. При такому стані здоров'я, що має населення України, необхідно надавати більше роз'яснювально-рекомендаційної інформації щодо раціонального харчування, впливу фізичної активності на здоров'я, умов проживання на окремих територіях тощо.

Подальше удосконалення роботи в галузі неможливе без створення сучасної системи інформаційного забезпечення охорони здоров'я. Звичайно, у даному напрямку проводиться моніторинг стану здоров'я, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я з рейтинговою оцінкою регіонів, розроблено і втілено в практику моніторинг впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я. Причому основний обсяг інформації повинен зосереджуватись саме на базовому рівні управління. А чим вищий рівень управління, тим інформація має бути меншою за обсягом, але комплекснішою за своїм характером. Але залишаються невирішеними проблеми формування єдиної інформаційної системи моніторингу стану здоров'я населення.

Створення телекомунікаційних систем зв'язку для дистанційної діагностики пацієнтів і консультування лікарів, удосконалення системи збору та зберігання медичних даних громадян України тощо – це ті напрямки розвитку системи, які слід якнайширше запроваджувати.

Для забезпечення прозорості та доступності населення до медичної інформації доцільно було б створити систематизовану комп'ютерну мережу, яка б містила інформацію правового, економічного, статистичного, консультаційного характеру в сфері охорони здоров'я. Сьогодні в інтернеті вже є прообрази таких систем в сітці приватного сектору охорони здоров'я. Щоправда переважає там інформація рекламного характеру, і послуги часто платні, та все ж початок зроблено.

Міністерство охорони здоров'я України повинно сприяти розвитку медичної науки, запроваджувати в практику медичної галузі результати наукових досліджень. Планування наукових досліджень безумовно

повинно здійснюватися згідно з пріоритетністю, у відповідності до стратегії розвитку медичної науки, як на загальнодержавному рівні, так і з урахуванням галузевих особливостей. Медична наука повинна мати свій вихід у виробництво конкурентоспроможної вітчизняної техніки, лікарських засобів і виробів медичного призначення. Наукові дослідження повинні бути обґрунтованими, затребуваними, ефективними. Тому слід кардинально переглянути форми і методи взаємодії Міністерства охорони здоров'я України і Академії медичних наук щодо керівництва науковими дослідженнями та впровадженням їх результатів у практику охорони здоров'я, змінити форми зв'язку між ними і науково-дослідними інститутами. Це безсумнівно буде сприяти переходу системи медичного забезпечення на якісно новий рівень розвитку.

Окремо слід зупинитися на ролі громадського контролю за ефективністю управлінської діяльності і дотриманням законодавства. Для забезпечення прозорості і публічності в сфері охорони здоров'я слід наділити певними функціями контролю громадські організації та їхні об'єднання. Це сприятиме посиленню заінтересованості громадян в успішному вирішенні питань охорони здоров'я. Держава у свою чергу має створити всі умови для розвитку громадського сектору в охороні здоров'я. Запровадити на місцевому рівні діяльність громадських рад для представлення інтересів і впливу громадськості на систему охорони здоров'я, проводити широку інформаційно-просвітницьку роботу із залученням відповідних державних і громадських інституцій, спрямовану на підвищення компетентності та обізнаності громадян щодо проблем функціонування системи охорони громадського здоров'я. Але контроль з боку державних органів та громадських організацій повинен здійснюватися в розумних пропорціях, із збереженням вертикалі керування охороною здоров'я та недопущенням перетягувань громадськими організаціями повноважень.

Зважаючи на те, що зміцнення і захист здоров'я є найважливішою умовою для забезпечення благополуччя і достойного існування людини, охорона здоров'я є важливим суспільним завданням. Органи державної влади повинні визначитись щодо напрямків діяльності в даній галузі. І хоча вони не можуть гарантувати усім добре здоров'я, проте можуть створити певні передумови для його збереження і поліпшення.

Таким чином, починати перебудову в структурі управлінської

вертикалі охорони здоров'я потрібно «згори», а ініціатив чекати «знизу». Але найголовніше, виконавчим органам в сфері охорони здоров'я як на державному рівні, так і на місцях, необхідно діяти задля зрушення реформи з мертвої точки.

Першочерговим завданням медичної галузі є забезпечення конституційних гарантій громадянам України щодо охорони здоров'я та медичної допомоги, закріплених у ст. 49 Конституції України [2].

Відповідно політика і стратегія розвитку галузі охорони здоров'я здійснюватимуться за такими пріоритетними напрямками:

- профілактична спрямованість діяльності системи охорони здоров'я на формування здорового способу життя, створення здорових умов праці та побуту, забезпечення санітарного й епідемічного благополуччя населення;
- формування нової системи управління галуззю, яка ґрунтується на принципах ринкової економіки, демократії, громадянського суспільства;
- уведення гарантованого державою рівня безоплатної медичної допомоги та її державного стандарту;
- залучення додаткових до державного бюджету джерел фінансування медичної допомоги;
- запровадження медичного страхування як нової форми медико-соціальних та економічних відносин у галузі охорони здоров'я;
- перебудова первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та реструктуризація спеціалізованої медичної допомоги;
- запровадження багатоукладності форм власності у сфері охорони здоров'я, лібералізація умов для розвитку приватного сектора;
- організація раціональної системи медикаментозного та матеріально-технічного забезпечення галузі;
- реформування вищої медичної освіти, переорієнтація на підготовку лікарів загальної практики/сімейних лікарів;
- удосконалення кадрової та інноваційної політики і системи впровадження в практику наукових медичних досягнень.

Стратегія забезпечення доступності медичних послуг для всіх верств населення України буде реалізована шляхом впровадження механізму гарантованого державою рівня безоплатної медичної допомоги, а також політичним регулюванням інших каналів

фінансування сфери медичної допомоги.

Державні гарантії в охороні здоров'я забезпечуватимуться державним замовленням на медичні послуги, які складатимуться з трьох частин – гарантованого державою рівня безоплатної медичної допомоги, національними медичними програмами і цільовими державними програмами.

Профілактичний зміст охорони здоров'я розглядається в Програмі як система державних заходів щодо формування здорового способу життя та забезпечення сприятливого довкілля, запровадження профілактичних технологій у лікувально – профілактичних закладах та діяльність санітарно-епідеміологічної служби.

Особливого значення надається заходам щодо реформування управління, організації, інфраструктури, змісту роботи санітарно-епідеміологічної служби, піднесення престижу і значущості діяльності лікаря гігієнічного профілю та самої системи забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя в країні, зокрема щодо санітарно-гігієнічної експертизи довкілля, комунально-побутових умов життя, якості питної води, продуктів, умов праці, навчання, лікування тощо, що сприятиме досягненню кінцевої мети – збереження і зміцнення здоров'я нації.

Реорганізація медико-санітарної допомоги є одним із стратегічних напрямів реформування системи охорони здоров'я і передбачає впровадження гарантованого державою рівня безоплатної медичної допомоги та її державного стандарту; переорієнтацію медичної діяльності галузі на первинну медико-санітарну допомогу та впровадження принципів сімейної медицини; структурну перебудову системи медичної допомоги та трансформацію медичних закладів, які, залишаючись у державній власності, мають стати некомерційними неприбутковими організаціями; уведення для медичних закладів системи контрактів на державне замовлення; підвищення ефективності, якості та збільшення обсягу послуг усім верствам населення; створення умов для розвитку недержавних закладів охорони здоров'я.

Означені завдання потребують змін у підготовці кадрів, збереження пріоритетів у матеріально-технічному забезпеченні, а також проведення ліцензування та сертифікації медичної діяльності, акредитації медичних закладів різних форм власності.

Під час реформування первинної медико-санітарної допомоги

зберігається принцип багатокладності зі збереженням провідної ролі державних медичних закладів.

Програма передбачає зміни в структурі первинної медико-санітарної допомоги в сільській місцевості, наближення лікарської допомоги до жителів села, посилення ролі та збільшення числа сільських лікарських амбулаторій з багато джерельним їх фінансуванням та посилення профілактичної діяльності фельдшерське-акушерських пунктів.

Передбачається розвиток державного, комунального та приватного секторів охорони здоров'я.

Державний сектор охорони здоров'я забезпечуватиме населення необхідним обсягом медичних послуг і братиме участь в обов'язковому медичному страхуванні. Комунальний сектор охорони здоров'я базуватиметься на комунальній формі власності, управлятиметься органами місцевої влади на основі державних. Приватна медична практика буде складовою системи охорони здоров'я, набуде свого поширення з розвитком ринкових відносин в економіці країни і буде тісно пов'язана з добровільним медичним страхуванням. Держава регламентуватиме частку платних медичних послуг у загальному обсязі медико-санітарної допомоги, враховуючи, що більшість населення ще тривалий час не буде спроможне сплачувати страхові внески.

У реформі управління важливе місце займає оптимізація її структури, зокрема, взаємодія між різними управлінськими органами як по горизонталі, так і по вертикалі. Подальша політика перебудови передбачає реалізацію принципу децентралізації управління зі збереженням відповідальності за стан справ в охороні здоров'я на кожному її рівні.

Реалізація гарантованого державою рівня безоплатної медичної допомоги забезпечуватиметься державним замовленням на державному та регіональних рівнях.

Невідкладним завданням перебудови системи управління є визначення місця Міністерства охорони здоров'я України в цьому процесі, його структури та функцій. Потребують також перегляду структури обласного рівня управління галуззю.

Забезпечуватиметься виконання галузевої програми інформатизації, яка дасть змогу створити необхідні інформаційні системи, в тому числі управління охороною здоров'я всіх рівнів, створення реєстру медичних

даних усіх громадян країни, забезпечить входження галузевої інформаційної системи до світової комп'ютерної мережі.

Більшу підтримку матимуть громадські медичні об'єднання, діяльність яких позитивно позначиться на вирішенні багатьох регіональних та місцевих проблем і сприятиме демократизації системи управління (медичні ради, ради керівників медичних закладів, асоціації лікарів та медсестер тощо).

Концептуально поряд із необхідністю перебудови системи медикаментозного забезпечення перебуває проблема вдосконалення матеріально-технічної бази галузі. У разі позитивних змін у системі фінансування вже на першому етапі розвитку передбачається істотне збільшення та оновлення основних фондів охорони здоров'я, зокрема, за рахунок удосконалення матеріально-технічного забезпечення, капітального будівництва, модернізації та заміни морально застарілого технічного обладнання тощо.

Потребує вдосконалення система управління матеріально-технічною базою галузі. Будуть збільшені обсяги виробництва конкурентоздатної продукції для потреб охорони здоров'я, створена єдина керована система інформації про основні фонди галузі.

Програма передбачає зміну податкової політики у виробництві та придбанні матеріально-технічних ресурсів для охорони здоров'я.

У процесі розвитку галузі передбачається зміцнення міжнародного співробітництва в галузі охорони здоров'я, співпраця зі Всесвітньою організацією охорони здоров'я, Фондом народонаселення ООН, Дитячим фондом ООН (ЮНІСЕФ) та іншими агенціями Організації Об'єднаних Націй, координація діяльності міжнародних організацій, що діють в Україні, в напрямі реалізації загальноєвропейської стратегії «Здоров'я для всіх у XXI столітті», виконання положень Конвенції ООН «Про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок» та Конвенції ООН про права дитини.

Розвиток двосторонніх стосунків з країнами передбачатиме спільні заходи, щодо охорони довкілля; вирішення транскордонних проблем, зокрема, з питань міграції та біженців; здійснення обміну інформацією про медико-санітарний стан тощо.

Зростатимуть роль та обсяги державних інвестицій, іноземних кредитів під гарантії Уряду України для запровадження сучасних

медичних технологій, розвитку мережі закладів охорони здоров'я, збільшення виробництва лікарських засобів та медичної техніки.

З метою забезпечення ефективного розвитку сфери охорони здоров'я в Україні передбачається широке міжсекторальне співробітництво, залучення сил, засобів різних відомств і галузей народного господарства до вирішення проблем здоров'я згідно з Міжгалузевою комплексною програмою «Здоров'я нації».

Унаслідок реалізації Концепції розвитку охорони здоров'я населення України і Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на першому етапі має бути зупинено погіршення здоров'я нації, а в подальшому досягнуто підвищення рівня здоров'я, поліпшення якості життя і забезпечення здорового способу його, збереження генофонду українського народу.

Реформування економічних засад системи охорони здоров'я спрямовуватиметься на створення прозорих фінансово-економічних механізмів цільового накопичення та адресного використання коштів, необхідних для реалізації в повному обсязі конституційних прав громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

З метою досягнення належного рівня здоров'я населення держава зберігатиме контроль за механізмами забезпечення обсягу та якості медичної допомоги, які поступово збільшуватимуться за рахунок бюджетного фінансування та залучення додаткових джерел фінансування.

Джерелами фінансування охорони здоров'я мають бути кошти державного та місцевих бюджетів, кошти загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування та добровільного медичного страхування, кошти накопичувальних фондів територіальних громад і благодійних фондів, благодійні внески та пожертвування юридичних і фізичних осіб, кошти, одержані за надання платних медичних послуг, а також інших джерел, не заборонених законодавством.

Кошти державного та місцевих бюджетів, кошти загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування будуть фінансовим підґрунтям забезпечення населення загальнодоступною медичною допомогою в межах визначеного організаційного рівня надання медичної допомоги та гарантованого обсягу його медикаментозного і технологічного забезпечення (базовий стандарт якості загальнодоступної медичної допомоги).

Кошти добровільного медичного страхування, накопичувальних фондів територіальних громад спрямовуватимуться на задоволення індивідуальних потреб населення у медичних послугах понад базовий стандарт якості загальнодоступної медичної допомоги.

Заклади охорони здоров'я всіх форм власності в обов'язковому порядку повинні дотримуватися державних соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я та забезпечувати їх належне фінансування.

Сучасний етап переходу економіки до ринкових відносин потребує усвідомлення нашою державою, усім товариством цінності здоров'я населення, економічної результативності інвестицій у сферу охорони здоров'я. Стан здоров'я громадян є наочним відбитком рівня економічного розвитку країни, спрямованості її національної політики. Виступаючи якісною характеристикою економічно активного населення, стан здоров'я населення безпосередньо обумовлює рівень продуктивності праці у суспільстві й значною мірою впливає на перспективи економічного і соціального розвитку регіонів. Відмічаючи глобальність проблеми охорони здоров'я, не можна забувати економічні витрати держави, що пов'язані з тимчасовою або стійкою втратою працездатності робочого населення, а також передчасною смертю працюючого населення.

Реформування економічних засад системи охорони здоров'я спрямовуватиметься на створення прозорих фінансово-економічних механізмів цільового накопичення та адресного використання коштів, необхідних для реалізації в повному обсязі конституційних прав киян на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Джерелами фінансування охорони здоров'я мають бути кошти місцевих бюджетів, добровільного медичного страхування, кошти накопичувальних фондів територіальних громад і благодійних фондів, благодійні внески та пожертвування юридичних і фізичних осіб, кошти, одержані за надання платних медичних послуг, а також інших джерел, не заборонених законодавством. Кошти місцевих бюджетів будуть джерелом фінансового забезпечення населення загальнодоступною медичною допомогою в межах визначеного базового рівня надання безоплатної медичної допомоги та його медикаментозного і технологічного забезпечення.

Кошти добровільного медичного страхування, накопичувальних фондів територіальних громад спрямовуватимуться на задоволення

індивідуальних потреб населення у медичних послугах понад базовий рівень безоплатної медичної допомоги. Кошти місцевого бюджету мають бути основним джерелом фінансування цільових програм охорони здоров'я населення. Заклади охорони здоров'я всіх форм власності в обов'язковому порядку повинні дотримуватися державних соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я та забезпечувати їх належне фінансування. Здійснити перехід до фінансування не мережі закладів охорони здоров'я, а конкретної медичної послуги кожному пацієнту. Визначення базового безоплатного рівня медичної допомоги з щорічним його переглядом в залежності від затверджених бюджетних призначень на поточний рік.

Удосконалення системи фінансування охорони здоров'я передбачає пряму залежність розмірів фінансування медичних установ від об'єму і якості медичних послуг, які вони надають при раціональному і ефективному використанню коштів, які виділяються. Втілити в життя принцип солідарної участі: «Здоровий платить за хворого, а багатий за бідного». Проведення інвестиційної політики, що забезпечує високу ефективність вкладень, – максимального медичного, соціального і економічного ефекту.

Основна частина медичних послуг населенню повинна надаватися на первинному рівні.

Планується створення оптимальної системи надання лікувально-профілактичної допомоги, що забезпечить доступність і якість основних видів медичних послуг відповідно до базового стандарту якості загальнодоступної медичної допомоги.

З цією метою необхідно здійснити реструктуризацію галузі на основі науково обґрунтованих потреб населення у різних видах медичної допомоги, пріоритетного розвитку такої допомоги на засадах загальної лікарської практики (сімейної медицини), а також реструктуризацію стаціонарної та спеціалізованої допомоги, упорядкування мережі лікувально-профілактичних закладів. Метою реформування системи надання стаціонарної та спеціалізованої медичної допомоги є:

- упорядкування мережі центрів спеціалізованої медичної допомоги;
- визначити перелік лікувально-профілактичних закладів для надання інтенсивних методик лікування та відновного лікування. Водночас визначити лікувальні заклади, в яких забезпечується тривале

лікування хворим з хронічними захворюваннями інвалідам (шпиталь), людям похилого віку (хоспіси), санаторії та будинки дитини і передати їх до сфери управління соціального захисту;

– раціоналізація використання ліжкового фонду на основі вдосконалення ресурсно-нормативної бази лікувально-профілактичних закладів, впровадження сучасних ресурсозберігаючих медичних технологій, протоколів діагностики і лікування, диференційованих залежно від рівня лікувально-діагностичного процесу та етапу надання медичної допомоги;

– поліпшення якості надання стаціонарної спеціалізованої медичної допомоги у лікувально-профілактичних закладах різних форм власності.

Медична допомога, яка замінює перебування у стаціонарі, розвиватиметься шляхом економічно ефективних організаційних форм медичного обслуговування:

– денних стаціонарів, стаціонарів вдома, центрів амбулаторної хірургії тощо; розширення діапазону таких послуг та вдосконалення ресурсно-нормативної бази в умовах реорганізації надання первинної медичної допомоги та її переходу на засади загальної лікарської практики (сімейної медицини);

– ширшого застосування зазначених форм для профілактики та діагностики захворювань, лікування і реабілітації хворих.

Концептуальні основи реформування служби охорони здоров'я матерів і дітей передбачають:

– розширення профілактичних, лікувально-діагностичних і реабілітаційно-відновних заходів, спрямованих на оздоровлення жінок;

– здійснити заходи щодо соціальної підтримки вагітності;

– дальший розвиток служб планування сім'ї, безпечного материнства, медико-генетичного консультування, запровадження багатоступеневої системи перинатальної допомоги;

– розробити та впровадити «Кодекс дитини м. Києва»;

– розвиток медико-організаційних технологій, що сприятимуть забезпеченню народження здорових дітей, збереженню та зміцненню їхнього здоров'я, профілактиці інвалідності;

– удосконалення структури родопомічних і дитячих закладів, оснащення їх лікувально-діагностичною апаратурою, впровадження у діяльність цих закладів гнучких організаційних систем залежно від

регіональних умов і принципу реорганізації високовартісних видів медичної допомоги.

- робота серед населення по плануванню сім'ї в цілях формування усвідомленого відношення до сім'ї, материнства і батьківства;
- створення в м. Києві, виконуючи столичні функції, єдиного медичного простору для організації надання медичної допомоги іногороднім, іноземцям та лікування киян на договірній основі в лікувально-профілактичних закладах інших форм власності ті відомчої належності;

Здійснити інтеграцію відомчих медичних установ в загальну систему охорони здоров'я на єдиній нормативно-правовій базі з урахуванням їх галузевих особливостей і місцезнаходження.

Забезпечити медичним організаціям, особам, що здійснюють приватну медичну діяльність, державним і муніципальним організаціям рівні права на роботу в системі охорони здоров'я і участь в реалізації муніципальних цільових програм. Участь медичних організацій різної форми власності в реалізації програм охорони здоров'я, муніципальних замовлень повинно здійснюватися на конкурсній основі.

Забезпечити дієвий моніторинг здоров'я населення та проведення диспансеризації з залученням санітарно-епідемічної служби, роботодавців, закладів освіти та соціального захисту.

З метою вирішення комплексу питань, пов'язаних з станом незадовільної матеріально-технічної бази лікувально-профілактичних закладів необхідно:

- розробити схему дислокацій лікувально-профілактичних закладів з урахуванням забудови нових житлових масивів;
- забезпечити проведення технічного обстеження будівель і споруд лікувально-профілактичних закладів з метою отримання висновків щодо технічного стану, оцінки перспективи їх використання, виявлення аварійних будівель;
- створити муніципальну проектну організацію по проектуванню медичних об'єктів;
- переглянути та затвердити таблиці оснащення медичних закладів всіх рівнів надання медичної допомоги, в першу чергу медичним обладнанням, з урахуванням сучасних технологій в охороні здоров'я;
- розпочати з урахуванням ступеня готовності медичних закладів

зміни організаційно-правового статусу медичних закладів з бюджетних установ на комунальні некомерційні медичні підприємства;

- розширити повноваження муніципальних лікувально-профілактичних установ в питаннях використання майна, оплати праці персоналу.
- вдосконалити та забезпечити виконання цільових програм «Здоров'я киян» та «Гурбота»;
- продовжити розвиток мережі лікарень «Хоспісів» відповідно до чинного законодавства та міжнародних стандартів;
- продовжити розробку та впровадження існуючих медичних протоколів діагностики та лікування на основі доказової медицини;
- підвищити роль наукових центрів в розробці і впровадженні ефективних медичних технологій, використанні унікальних методів діагностики і лікування;
- залучати непрофесійні громадські організації і професійні медичні і фармацевтичні асоціації а також окремих громадян до роботи по охороні здоров'я громадян і надання медико-соціальної допомоги, що дозволить підвищити ефективність профілактичної роботи, зокрема з соціально не захищеними верствами населення, полегшити реабілітаційну роботу з групами пацієнтів, розвинути принцип взаємодопомоги і навички вирішення медико-соціальних проблем самими пацієнтами.

З метою забезпечення громадського контролю за використанням бюджетних коштів в обов'язковому порядку, двічі на рік, публікувати звіт в засобах масової інформації.

Стратегію реформування охорони здоров'я в Україні необхідно впроваджувати, спираючись на наявні здобутки і слабкі сторони, набутого досвіду реформування в інших країнах та експериментів, які проводились в різних областях України. Україна планує запровадити систему багатоканального, переважно бюджетно-страхового, фінансування галузі, що дасть можливість мобілізувати додаткові кошти. Але додаткове фінансування не може вирішити найсерйознішу проблему системи охорони здоров'я – її неефективність.

Підвищити ефективність використання коштів, направлених суспільством в сферу охорони здоров'я, можна головним чином двома основними способами:

– запровадженням старанного контролю за роботою медичних закладів і лікарів загальної практики, за потоками хворих і, в разі застосування надавачами медичних послуг економічно неефективних методів лікування, застосуванням штрафних санкцій;

– створенням такої системи оплати медичних послуг, яка б стимулювала їх виробників до економічно ефективної поведінки.

Очевидно, що застосування першого з цих методів вимагає створення складної і дорогої системи контролю за надавачами медичних послуг. При цьому, як показує світовий досвід, навіть дуже високовартісні методи контролю не можуть перешкоджати росту вартості медичної допомоги, якщо вона не відповідає економічним інтересам надавачів. Тому, в системі з обмеженими витратами, потрібно застосовувати другий спосіб – створення раціональної системи оплати медичних послуг, яка б економічно вигідно для суспільства орієнтувала виробників цих послуг. Крім того, потрібно враховувати той факт, що в наших умовах впровадження нових схем управління охороною здоров'я відбувається в умовах економічної кризи, коли фінансових ресурсів катастрофічно не вистачає і, таким чином, вибір раціональної системи оплати в наших умовах є життєво необхідним. При цьому обов'язково потрібно врахувати не тільки наш національний досвід, набутий в процесі експериментів в різних областях України, а й досвід інших країн, особливо Росії.

При проведенні економічних реформ перш за все потрібно виходити з того, що вибір фінансових відносин повинен здійснюватися в контексті загальної стратегії розвитку охорони здоров'я конкретної системи (території) і насамперед сприяти вирішенню конкретних завдань, визначених органами управління охороною здоров'я, надавачами медичної допомоги (лікувально-профілактичними установами), медичними асоціаціями та іншими учасниками системи прийняття рішень.

Для обґрунтування вибору методу оплати можуть використовуватися такі групи показників: демографічні показники, показники здоров'я населення регіону і тенденції їх зміни; динаміка споживання медичної допомоги по окремих групах населення, видах допомоги і умовах її надання (амбулаторні, стаціонарні, в домашніх умовах); структурна характеристика обсягів і витрат на надання

медичної допомоги з точки зору клінічної відповідності і економічної доцільності; показники ефективності використання потужностей лікувально-профілактичної мережі.

Таким чином, можна виявити проблеми системи охорони здоров'я і сформулювати завдання для їх подолання. Аналіз основних показників і тенденцій діяльності закладів охорони здоров'я і системи закладів в цілому дозволяє визначити конкретне медико-організаційне рішення стосовно найближчих цілей стратегічного планування і управління системою.

Одним з основних принципів впровадження і використання нових методів оплати медичної допомоги є система договірних відносин між суб'єктами системи, перш за все, між стороною, що здійснює фінансування, і надавачем медичних послуг, а також між самими надавачами медичних послуг.

В такій системі, заснованій на розподілі функцій фінансування і надання медичної допомоги, фінансуюча сторона (страховий фонд чи орган управління охороною здоров'я) звільняється від функцій представлення інтересів лікувально-профілактичних установ і є покупцем медичної допомоги в інтересах населення. Це суттєво міняє характер взаємодії фінансуючої сторони і надавача медичних послуг:

– пряме підпорядкування лікувально-профілактичних установ органу управління охороною здоров'я уступає місце їх взаємодії, основою якої є договір, який визначає обсяг, якість, ціну медичних послуг, а також взаємні зобов'язання по їх виконанню. Крім того, договір має таку перевагу, що моніторинг якості, обсягу і доступності допомоги може, при необхідності, бути забезпеченим через суд.

– стверджується принцип “гроші слідує за пацієнтом”. Населення може вибирати надавача, в границях мережі лікувально-профілактичних установ, які беруть участь в реалізації програми державних гарантій. Вибір споживачів є головним джерелом інформації для покупця медичної допомоги. Останній має право вступати в договірні відношення з будь-якими надавачами (в межах чи за межами адміністративного району), в тому числі і приватними.

– покупець медичної допомоги оплачує не ресурси, а кінцеві результати діяльності медиків. При цьому він не просто відшкодовує витрати надавачів, а активно впливає на об'єм, якість і структуру

медичної допомоги. А це передбачає серйозний аналіз потреб населення, потоків пацієнтів, що склалися, пошук ресурсозберігаючих альтернатив, порівняння варіантів надання медичної допомоги. Різко підвищуються вимоги до обсягу і якості інформації, а також кваліфікації керівного персоналу.

В контексті сьогоденної боротьби нашої держави із COVID-19 важливість закладів охорони здоров'я переоцінити важко. Тому розвиток медицини має бути одним з основних показників стабільного розвитку країни. Інші сфери діяльності не можуть повноцінно розвиватись, якщо система охорони здоров'я знаходиться на низькому рівні. Без ефективної боротьби із викликами сьогодення із епідемією, яка накрила весь світ, люди не можуть бути зацікавленими в другорядних потребах, якщо на першому місці стоятиме «питання життя і смерті».

З поширенням ринкових механізмів у пострадянських системах господарювання все більшої актуальності набуває впровадження ефективних інструментів управління закладами медичної сфери. Реальний стан закладів охорони здоров'я на фоні пандемії вірусу виглядає критичним. Звичайно, держава здійснює певні кроки для стабілізації ситуації в даній галузі.

Одним із ключових компонентів успішного впровадження таких кроків є розробка інноваційних медичних технологій, медичних інформаційних систем як окремого напрямку підвищення ефективності системи охорони здоров'я. Рациональне використання таких систем суттєво впливає на підвищення якості та доступності медичних послуг населенню, в тому числі, за рахунок моніторингу та аналізу показників якості медичної допомоги, планування та управління ресурсами як первинної ланки, так і системи охорони здоров'я загалом. COVID-19 – це виклик не тільки системі охорони здоров'я нашої держави, але й загалом суспільству в цілому.

1.4. Організаційно-економічний механізм створення комунальних некомерційних підприємств в системі охорони здоров'я

Враховуючи ключове значення автономізації для подальшої реалізації реформи фінансування системи охорони здоров'я, з метою стимулювання прийняття відповідними місцевими радами рішень про

перетворення існуючих закладів охорони здоров'я у комунальні некомерційні підприємства, чинним законодавством визначено можливість тимчасового застосування низки умов, спрямованих на спрощення деяких процедур, пов'язаних із реорганізацією.

Зокрема, пунктом 3 розділу «Прикінцеві положення» Закону про автономізацію встановлено, що тимчасово, на період до 31 грудня 2018 року кредитори державних та комунальних закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), що реорганізуються у казенні та комунальні некомерційні підприємства, не вправі вимагати від них виконання незабезпечених зобов'язань, припинення або дострокового виконання зобов'язання або забезпечення виконання зобов'язання. Згода кредитора на заміну боржника у зобов'язанні у такому разі не вимагається. Проте, незважаючи на ці положення під час прийняття рішення про реорганізацію, необхідно все одно встановлювати термін для звернення кредиторів, який не може бути меншим за 2 місяці.

Також, до 31 грудня 2018 року для закладів охорони здоров'я, що реорганізувались у казенні та комунальні некомерційні підприємства, не застосовувалась обов'язкова оцінка майна, передбачена Законом України «Про оцінку майна, майнових прав та професійну оціночну діяльність в Україні». Передача нерухомого майна від державних та комунальних закладів охорони здоров'я – бюджетних установ до казенних підприємств та комунальних некомерційних підприємств, що утворились у результаті реорганізації таких закладів у казенні та комунальні некомерційні підприємства, здійснював на підставі даних бухгалтерського обліку відповідних бюджетних установ щодо такого майна та результатів обов'язкової його інвентаризації⁴.

Ще однією умовою передбаченою законодавством, спрямованою на стимулювання активізації прийняття відповідними органами рішень щодо зміни організаційно-правової форми державних та комунальних ЗОЗ, було обмеження можливості правонаступництва державних і комунальних ЗОЗ, що реорганізуються з бюджетних установ у казенні та комунальні некомерційні підприємства до 31 грудня 2018 року⁵.

⁴ Див. підпункти 2 та 5 Прикінцевих положень Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» № 2002-VIII від 06.04.2017).

⁵ Див. підпункт 4 пункту 3 Прикінцевих положень Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» № 2002ЛІ/III від 06.04.2017).

Також до кінця 2018 року кошти, не використані ЗОЗ зі статусом казенного чи комунального некомерційного підприємства впродовж бюджетного періоду, не вилучались та могли бути використані у подальшому виключно з метою фінансування діяльності таких державних чи комунальних ЗОЗ, у тому числі для оновлення матеріально-технічної бази, з урахуванням вимог законодавства та установчих документів. При цьому невикористання такими ЗОЗ бюджетних коштів або коштів, отриманих за договорами про медичне обслуговування населення, не може бути підставою для зменшення обсягу бюджетних коштів, що будуть перераховані такому закладу охорони здоров'я у наступному бюджетному періоді, за умови належного виконання договорів про медичне обслуговування населення⁶.

Тобто, чинні положення законодавства дозволяють зменшити фінансові витрати на перетворення ЗОЗ на комунальне некомерційне підприємство та мінімізують ризик блокування процедури перетворення з боку існуючих кредиторів.

Рішення про перетворення ЗОЗ, що діють у формі комунальної бюджетної установи, у комунальні некомерційні підприємства приймають ради територіальних громад сіл, селищ, міст, районів, областей, які є власниками майна відповідного ЗОЗ. Це зумовлено тим, що відповідно до п. 30 ст. 26 та ст. 43 Закону про місцеве самоврядування прийняття рішень про створення, ліквідацію, реорганізацію та перепрофілювання підприємств, установ та організацій комунальної власності відповідної територіальної громади є виключною компетенцією сільських, селищних, міських, районних, обласних рад.

Рішення про зміну організаційно-правової форми шляхом перетворення закладу з бюджетної установи в комунальне некомерційне підприємство приймає відповідна рада в порядку, визначеному регламентом⁷. Зазвичай регламент ради розміщується на її офіційному сайті в мережі Інтернет. Суб'єкти подання проектів рішень визначені в регламенті відповідної ради. Зазвичай подати проект рішення можуть:

⁶ Підпункт 6 пункту 3 Прикінцевих положень Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» № 2002Л/ІІ від 06.04.2017).

⁷ Регламент – це документ, який встановлює порядок діяльності ради та її органів, підготовки і розгляду питань на пленарних засіданнях, прийняття рішень, порядок формування і організації роботи постійних та тимчасових контрольних комісій та багато іншого.

голова, депутати ради, заступники голови ради, постійні комісії ради, виконавчий орган ради (наприклад міська державна адміністрація), загальні збори громадян, члени територіальної громади (далі – суб'єкт подання).

Тобто, чинним регламентом ради буде передбачено перелік осіб, які можуть винести на сесію питання про перетворення ЗОЗ в комунальне некомерційне підприємство.

Для ініціювання розгляду питання про перетворення ЗОЗ загальними зборами необхідно враховувати, що такі збори проводяться за місцем проживання членів територіальної громади. Рішення загальних зборів громадян оформляються письмово відповідно до Статуту територіальної громади. Проект рішення ради підписується відповідними особами, визначеними регламентом.

Проекти рішень подаються до управління організаційного та документального забезпечення діяльності у паперовому та в електронному вигляді. Регламентом ради може бути передбачено особливості до формату поданих документів (формат, шрифт, кегль та інше). Деякими регламентами передбачено, що разом із проектом рішення необхідно подати пояснювальну записку, а також додатки (у разі наявності).

Зазвичай у пояснювальній записці зазначають:

- 1) опис предмету рішення, обґрунтування та способу реалізації рішення, а також актуальності цих проблем для територіальної громади;
- 2) правове обґрунтування необхідності прийняття рішення;
- 3) опис цілей і завдань, а також очікуваних результатів для територіальної громади;
- 4) прізвище або назву суб'єкта подання, прізвище, посаду, контактні дані доповідача проекту рішення на пленарному засіданні.

Після подачі проекту рішення, якщо дотримано вимоги, воно підписується відповідними посадовими особами та подається на розгляд постійним комісіям ради та профільній комісії (з питань охорони здоров'я) ради.

Відповідний орган документального забезпечення ради, після погодження проекту рішення в установленому регламентом порядку, у передбачені строки готує проект порядку денного пленарного засідання ради.

Завершальним етапом у процесі ініціювання питання щодо реорганізації є затвердження порядку денного депутатами на пленарному засіданні ради та перехід до розгляду питання по суті.

Згідно із законодавством України перетворення ЗОЗ, як і перетворення будь-якої іншої юридичної особи, є одним із різновидів реорганізації юридичної особи і полягає у зміні її організаційно-правової форми. Для сектору охорони здоров'я саме цей вид реорганізації суб'єктів надання медичної допомоги, вважаємо доцільним. У разі застосування такого виду реорганізації як перетворення, має місце правонаступництво – до нової юридичної особи – правонаступника (комунального некомерційного підприємства) переходить усе майно, права та обов'язки юридичної особи-попередника, у даному випадку – майно ЗОЗ-комунальної бюджетної установи (ст. 104-108 ЦК України).

Як вже зазначалося, рішення про перетворення ЗОЗ, що діють у формі комунальної бюджетної установи, у комунальні некомерційні підприємства приймають ради територіальних громад сіл, селищ, міст, районів, областей, які є власниками майна відповідного ЗОЗ.

У рішенні ради про перетворення ЗОЗ визначається вид комунального некомерційного підприємства, в яке перетворюється ЗОЗ-бюджетна установа – некомерційне.

Відповідно до статті 78 ГК України та статті 16 Основ майно за комунальним некомерційним підприємством закріплюється на праві оперативного управління.

Рада приймає рішення, зокрема про: перетворення ЗОЗ-бюджетної установи в ЗОЗ-підприємство; призначення комісії з перетворення ЗОЗ-установи, голови комісії. Виконання функцій комісії з реорганізації може бути покладено на орган управління (керівника) відповідного ЗОЗ-бюджетної установи, що підлягає реорганізації; про встановлення порядку і строку заявлення кредиторами своїх вимог до ЗОЗ-установи, що припиняється.

Окрім того, рішенням може бути передбачено делегування повноважень виконавчому органу відповідного власника по затвердженню статуту, передавального акту.

Вказане рішення доцільно приймати в період коли не передбачається здійснення платежів, розрахунків чи подачі звітності (наприклад 01 чи 15 числа, після виплати заробітної плати (авансу).

Впродовж трьох робочих днів з дати прийняття рішення про припинення (перетворення) ЗОЗ-установи державний реєстратор має бути письмово повідомлений про прийняття такого рішення.

Термін пред'явлення кредиторами своїх вимог до ЗОЗ-бюджетної установи, що припиняється, не може становити менше двох і більше шести місяців з дня оприлюднення повідомлення про рішення щодо припинення ЗОЗ-установи.

Впродовж 2018 року кредитори не могли вимагати виконання незабезпечених зобов'язань ЗОЗ-бюджетної установи, вимагати припинення або дострокового виконання зобов'язання або вимагати забезпечити виконання зобов'язання.

З 1 січня 2019 року кредитори знову отримали право вимагати від ЗОЗ-бюджетної установи, що перетворюється у ЗОЗ-комунальне некомерційне підприємство, виконання зобов'язань, наполягати на їх припиненні або достроковому виконанні, крім випадків, передбачених законом. Тому з 1 січня 2019 року кожна окрема вимога кредитора, зокрема щодо сплати зборів, єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування, страхових коштів до Пенсійного фонду України, фондів соціального страхування, розглядається комісією з перетворення, після чого приймається відповідне рішення, яке надсилається кредитору не пізніше тридцяти днів з дня отримання ЗОЗ-бюджетною установою, що припиняється, відповідної вимоги кредитора.

Після закінчення терміну для пред'явлення вимог кредиторами та проведення інвентаризації майна комісія з перетворення ЗОЗ-бюджетної установи складає передавальний акт, який затверджується органом, який прийняв рішення про припинення ЗОЗ-бюджетної установи.

Із завершенням терміну на пред'явлення вимог кредиторами та закінчення процедури припинення (реорганізації) ЗОЗ як бюджетної установи рада приймає рішення про: про затвердження передавального акту; про припинення ЗОЗ-бюджетної установи та створення ЗОЗ-комунального підприємства; про розмір статутного капіталу ЗОЗ-комунального підприємства, його склад та порядок формування (обов'язково зазначається в статуті, та може не визначатись окремо в рішенні власника); про закріплення майна на праві оперативного управління; про затвердження статуту комунального підприємства.

За наслідком прийняття відповідних рішень радою, керівник ЗОЗ

подає державному реєстратору:

– заяву про державну реєстрацію створення юридичної особи. (Форма 1, примірник можна знайти за посиланням: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/zl500-16>);

– заяву про обрання юридичною особою спрощеної системи оподаткування та/ або реєстраційна заява про добровільну реєстрацію як платника податку на додану вартість, та/ або заява про включення до Реєстру неприбуткових установ та організацій за формами, затвердженими відповідно до законодавства, – за бажанням заявника. В іншому випадку подається до органів ДФС;

– примірник оригіналу (нотаріально засвідчену копію) рішення засновників.

– установчий документ юридичної особи (статут);

– примірник оригіналу (нотаріально засвідчена копія) передавального акту;

– заяву про державну реєстрацію припинення юридичної особи в результаті її реорганізації (Форма 8, примірник можна знайти за посиланням: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/zl500-16>);

Після державної реєстрації ЗОЗ у формі підприємства на це підприємство мають бути переоформлені права щодо майна, яке підлягає державній реєстрації, зокрема нерухомості, у тому числі на користування земельною ділянкою.

Питання визначення назви юридичної особи безпосередньо врегульоване ГК України, ЦК України та наказом Міністерства юстиції України від 05.03.2012 року № 368/5 «Про затвердження Вимог до написання найменування юридичної особи, її відокремленого підрозділу, громадського формування, що не має статусу юридичної особи, крім організації профспілки», зареєстровано в Міністерстві юстиції України 05.03.2012 року за № 367/20680 (далі – наказ).

Частина 3 статті 16 Закону про реєстрацію визначає, що назва може містити інформацію про мету діяльності, вид, спосіб утворення, залежність юридичної особи та інші відомості відповідно. Частиною 3 статті 16 Основ закріплено, що комунальні заклади охорони здоров'я можуть утворюватись та функціонувати як комунальні некомерційні підприємства.

Тому рекомендуємо назву закладу охорони здоров'я прописувати

наступним чином: «Комунальне некомерційне підприємство».

Пункт 5 статті 78 ГК України визначає, що найменування комунального унітарного підприємства повинно містити слова «комунальне підприємство» та вказівку на орган місцевого самоврядування, до сфери управління якого входить дане підприємство.

Отже, у назві комунального некомерційного підприємства необхідно також вказати орган місцевого самоврядування, до сфери управління якого входить дане підприємство.

Найменування юридичної особи вказується в її установчих документах (статут) і вноситься до єдиного державного реєстру.

Додатково рекомендуємо, щоб скорочена назва комунального некомерційного підприємства містила не більше 38 символів. В іншому випадку можуть виникнути проблеми під час внесення інформації про скорочене найменування до електронних реєстрів.

Наказ Міністерства юстиції України дозволяє додатково викладати найменування юридичної особи англійською мовою (за наявності). Оскільки перетворене комунальне некомерційне підприємство має отримати статус закладу охорони здоров'я, то його назва має відповідати Переліку закладів охорони здоров'я, що затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я № 385 від 28.10.2002.

Статутний капітал – це сума коштів і вартість матеріальних ресурсів, що безоплатно виділені у постійне користування підприємства на праві оперативного управління. Безпосереднім власником такого майна є відповідна територіальна громада.

Положення ГК України не визначають вимог щодо розміру та порядку формування статутного капіталу комунального некомерційного підприємства. Тому рішення про його розмір, склад (грошові кошти та/ або інше майно) та порядок формування приймається безпосередньо власником. Законодавство не встановлює жодних обмежень щодо мінімального або максимального розміру статутного капіталу комунального некомерційного підприємства. Він (розмір статутного капіталу) визначається власником. Наприклад, розмір статутного капіталу може дорівнювати залишковій балансовій вартості майна, що передається за передавальним актом ЗОЗ-комунальному некомерційному підприємству як внесок до статутного капіталу.

Відповідно до частини 3 статті 64 ГК України підприємство

самостійно визначає свою організаційну структуру, встановлює чисельність працівників і штатний розпис. Реорганізований заклад охорони здоров'я зможе отримати право самостійно затверджувати штатний розпис і визначати чисельність найманих працівників, вживати заходи з оптимізації чисельності та штату персоналу.

Комунальні некомерційні підприємства входять до сфери управління органів місцевого самоврядування, тому для забезпечення реалізації права на формування та затвердження безпосередньо керівником комунального некомерційного підприємства структури та штатного розкладу необхідно відобразити дане положення в статуті закладу.

Лише закріплення в установчих документах права формування штатного розпису на практиці може обмежити самостійність керівника комунального некомерційного підприємства на реалізацію цього права, у зв'язку з необхідністю затвердження або погодження штатного розпису органом управління.

Щодо встановлення оплати праці в комунальному некомерційному підприємстві слід враховувати положення статті 97 КЗпП, яка надає право підприємствам самостійно встановлювати форми і системи оплати праці, норми праці, розцінки, умови запровадження та розміри надбавок, доплат, премій, винагород та інших заохочувальних, компенсаційних і гарантійних виплат у колективному договорі з дотриманням норм і гарантій, передбачених законодавством, генеральною та галузевими (регіональними) угодами.

Враховуючи вищевикладене, доцільно передбачити в статуті комунального некомерційного підприємства положення щодо визначення форм і систем оплати праці, зокрема встановлення посадових окладів, надбавок, доплат та підвищень, порядку і умов заохочення, у тому числі преміювання, розміру премій, інших винагород – здійснюється відповідно до внутрішніх актів підприємства та законодавства України, передбачивши таку можливість у колективному договорі.

Відповідно до ГК України комунальне некомерційне підприємство діє на основі статуту. В статуті є необхідним детальне визначення предмету діяльності для виключення вірогідності виходу за межі статутної діяльності підчас проведення господарської діяльності.

Обов'язковим є відображення в статуті:

- здійснення медичної практики;

– рівня надання медичної допомоги (вторинна (спеціалізована) або третинна високоспеціалізована);

– виду медичної допомоги: амбулаторна та/або стаціонарна допомога та інше;

– здійснення всіх інших видів медичної діяльності, передбачених законодавством;

– здійснення зовнішньоекономічної діяльності відповідно до законодавства України (якщо є перспектива здійснення такої діяльності);

– провадження діяльності, пов'язаної з відпуском, використанням, придбанням, зберіганням, перевезенням, знищенням наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів (при здійсненні такого виду діяльності);

– надання платних медичних послуг населенню згідно із законодавством України;

– надання будь-яких послуг іншим ЗОВ та будь-яким юридичним особам, фізичним особам-підприємцям та фізичним особам.

Деталізація надання виду медичної допомоги відповідно до номенклатури лікарських спеціальностей не потрібна, оскільки заклад охорони здоров'я надає медичні послуги на підставі ліцензії на медичну практику, яка регламентує зазначене питання. Якщо для провадження певних видів діяльності, передбачених Статутом, потрібен спеціальний дозвіл, заклад отримує його в порядку, визначеному законодавством України.

Рада, яка є власником ЗОЗ-бюджетної установи (сільська, селищна, міська, районна у містах, районна, обласна рада) (далі – Рада), при прийнятті рішення про перетворення ЗОЗ-бюджетної установи в ЗОЗ-комунальне некомерційне підприємство повинна призначити комісію з перетворення (далі – Комісія) та голову комісії, а також встановити порядок і термін заявлення кредитором своїх вимог до ЗОЗ-бюджетної установи, що припиняється. Після прийняття Радою відповідного рішення, до Комісії переходять повноваження щодо управління справами ЗОЗ-бюджетної установи. Голова Комісії та її члени представляють її у відносинах з третіми особами та виступають у суді від її імені.

З моменту призначення голови комісії з перетворення до нього переходять усі права керівника ЗОЗ. Тобто, якщо замість головного лікаря головою Комісії призначають іншу особу, то інформацію про це необхідно

подати до органів Державної казначейської служби України. Будь-яка звітність має подаватися за підписом голови Комісії.

Комісія розглядає вимоги кредиторів ЗОЗ-бюджетної установи, а також проводить інвентаризацію належного останній майна.

До основних повноважень Комісії з реорганізації можна віднести наступне:

1. Управління ЗОЗ-бюджетною установою під час реорганізації;
2. Проведення інвентаризації належного ЗОЗ-бюджетній установі майна;
3. Розгляд вимог кредиторів ЗОЗ-бюджетній установі;
4. Складення передавального акту.

Після проведеної інвентаризації майна ЗОЗ-бюджетної установи та закінчення строку для пред'явлення вимог кредиторами і задоволення чи їх відхилення, Комісія складає передавальний акт.

Саме передавальний акт містить положення, які визначають усі права та зобов'язання, які переходять від ЗОЗ-бюджетної установи до ЗОЗ-комунального некомерційного підприємства. Згідно з передавальним актом ЗОЗ-комунальне некомерційне підприємство отримує відповідні активи (нерухоме та рухоме майно) та пасиви ЗОЗ-бюджетної установи.

Комісія передає складений передавальний акт на затвердження до відповідної Ради власника ЗОЗ. У підсумку передавальний акт повинен бути затверджений рішенням сільської, селищної, міської, районної або обласної ради.

Акт повинен відображати актуальну інформацію на момент проведення реєстраційних дій, щодо установи, яка реорганізується та створення підприємства правонаступника. Тобто, період часу між затвердженням передавального акта і проведенням реєстраційних дій має бути мінімальним.

Іноді доцільно делегувати право затвердження передавального акта виконавчому органу відповідної ради. В такому випадку передавальний акт підпише уповноважена особа, якій таке право було делеговано. Факт реорганізації ЗОЗ-бюджетної установи не є підставою для звільнення керівника та припинення укладеного з ним контракту, якщо сторони не домовляться про його дострокове припинення за угодою сторін або він не буде звільнений на підставах, визначених контрактом. У разі призначення головою Комісії з перетворення керівника ЗОЗ-бюджетної

установи трудові відносини з ним продовжуються. У такому разі в рішенні відповідної ради про створення ЗОЗ-комунального некомерційного підприємства може бути зазначено про призначення керівником ЗОЗ-комунального некомерційного підприємства головного лікаря, подовживши з ним трудові відносини на підставі контракту. Це рішення може бути підставою як для укладення нового контракту, так і для внесення змін до існуючого залежно від домовленості сторін. Якщо в процесі перетворення власник (відповідна рада) прийняв рішення про припинення трудових відносин із керівником ЗОЗ, то призначення нового керівника має відбуватися з урахуванням особливостей, визначених Основами та підзаконними нормативно-правовими актами, що регулюють ці питання. Так, відповідно до статті 16 Основ керівники державних та комунальних закладів охорони здоров'я призначаються на посаду уповноваженим виконавчим органом управління власника закладу охорони здоров'я на конкурсній основі шляхом укладання з ними контракту на строк від трьох до п'яти років. Порядок проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я та порядок укладання контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров'я, а також типова форма такого контракту затверджуються Кабінетом Міністрів України.

Порядок проведення конкурсу визначений постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я» від 27.12.2017 року №1094.

Підставою для проведення конкурсу є рішення органу управління про оголошення конкурсу, яке приймається протягом трьох робочих днів з моменту виникнення вакантної посади. З цього дня і до моменту призначення керівника закладу за результатами конкурсу орган управління тимчасово покладає виконання обов'язків керівника закладу на особу з числа штатних працівників закладу.

Конкурс проводиться поетапно, а його строк не може перевищувати 30 календарних днів із дня проведення першого засідання комісії з проведення конкурсу.

Так, на першому етапі відбувається прийняття рішення органом управління про оголошення конкурсу.

На другому етапі здійснюється підготовка до проведення конкурсу (оприлюднення оголошення про проведення конкурсу, прийняття

документів від осіб, які бажають взяти участь у конкурсі, перевірка поданих документів на відповідність установленим законом вимогам).

На третьому етапі проводиться конкурс (заслуховування конкурсної пропозиції та проведення співбесіди з особами, які подали необхідні документи для участі у конкурсі, проведення підрахунку результатів конкурсу та обрання переможця конкурсу). Конкурсна комісія заслуховує на засіданні конкурсні пропозиції учасників конкурсу, проводить із ними співбесіди, оцінює відповідність єдиним кваліфікаційним вимогам до керівника закладу та враховує відповідність його конкурсної пропозиції встановленим вимогам. Перевага надається кандидату, чия конкурсна пропозиція визнана найкращою.

При прийнятті рішень конкурсна комісія також враховує здатність учасників висловлювати свої думки, уміння викладати інформацію, комунікабельність, тактовність, ділові та вольові якості, готовність брати на себе відповідальність, уміння аналізувати проблеми і налагоджувати ділові зв'язки, виявляти творчий підхід до роботи, добросовісність (у тому числі академічну), емоційну врівноваженість тощо.

На четвертому етапі оприлюднюються результати конкурсу.

Результати конкурсу оприлюднюються на офіційному веб-сайті органу управління не пізніше ніж протягом п'яти календарних днів з дати його завершення. Про результати конкурсу конкурсна комісія повідомляє переможця та інших кандидатів шляхом надіслання їм письмового повідомлення на поштову та електронну адресу протягом п'яти календарних днів з дати його завершення.

Рішення про призначення на посаду та укладення контракту приймається органом управління протягом одного місяця з дня внесення конкурсною комісією відповідного подання.

Зазначений строк може бути продовжено на період проведення спеціальної перевірки стосовно осіб, які претендують на зайняття посад, що передбачають зайняття відповідального або особливо відповідального становища, та посад з підвищеним корупційним ризиком (у випадках, передбачених законодавством) (далі – спеціальна перевірка), інших процедур, передбачених законодавством.

Питання отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики регламентує Закон про ліцензування, постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Ліцензійних

умов провадження господарської діяльності з медичної практики» від 02.03.2016 № 285 (далі – постанова КМУ).

Пункт 4 статті 15 Закону «Про ліцензування» передбачає, якщо заклад охорони здоров'я припиняє діяльність в результаті злиття, приєднання чи перетворення і його правонаступник (створене комунальне підприємство) продовжує здійснювати господарську діяльність з медичної практики. правонаступник має право для забезпечення завершення організаційних заходів, пов'язаних з одержанням нової ліцензії, провадити господарську діяльність з медичної практики (в рамках попередньої ліцензії) у термін не більше трьох місяців. Після закінчення тримісячного строку правонаступник зобов'язаний отримати нову ліцензію, а раніше видана ліцензія підлягає анулюванню.

Відповідно до постанови КМУ у разі реорганізації юридичної особи (поділ, злиття, приєднання чи перетворення) заклад охорони здоров'я забезпечує належне збереження медичної документації.

Враховуючи положення зазначених нормативних актів, реорганізоване комунальне підприємство впродовж трьох місяців після державної реєстрації ЗОЗ-підприємства повинно отримати нову ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики в порядку передбаченому законодавством. Отримання нової ліцензії відбувається в загальному порядку.

Процедура отримання ліцензії визначається Постановою КМУ. Відповідно до законодавства для отримання ліцензії на здійснення медичної практики до Міністерства охорони здоров'я подаються:

- 1) заява про отримання ліцензії;
- 2) відомості про стан матеріально-технічної бази та наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня;
- 3) опис документів, що подаються для одержання ліцензії, у двох примірниках;
- 4) форми заяви, відомостей та опису можна знайти за посиланням [http://zakon.rada.gov.ua/ia\д/\\$/5ьo\л//285-2016](http://zakon.rada.gov.ua/ia\д/$/5ьo\л//285-2016).

Зазначений перелік документів, які подаються для отримання ліцензії, є виключним. Вимагати додаткові документи забороняється.

Перелік необхідної матеріально-технічної бази визначається відповідними наказами Міністерства охорони здоров'я про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення.

Слід звернути увагу, що вимірювальна техніка має пройти метрологічну повірку. До відомостей також вносяться реквізити документу, на підставі якого здійснюється користування приміщенням та реквізити (повна назва, дата і номер) акта санітарно-епідеміологічного обстеження об'єкта.

Сторінки відомостей нумеруються, прошиваються, засвідчуються підписом уповноваженої особи та скріплюються печаткою суб'єкта господарювання (за наявності).

У разі створення КНП кількох закладів охорони здоров'я (наприклад, створення відокремлених структурних підрозділів), відомості про стан матеріально-технічної бази, наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня заповнюються окремо для кожного закладу охорони здоров'я.

Із 30.01.2018 року відповідно до статті 16 Основ проходження акредитації є правом, а не обов'язком ЗОЗ. Порядок проведення такої акредитації визначається Кабінетом Міністрів України. Тому до Порядку акредитації закладів охорони здоров'я, що затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 15.07.1997 року № 765 «Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я», мають бути внесені відповідні зміни. Чинне законодавство не містить положення, що у разі реорганізації ЗОЗ, його правонаступник має право користуватись попереднім акредитаційним сертифікатом. Тому після завершення процедури перетворення та отримання ліцензії необхідно пройти акредитацію. Перетворення вважається завершеним від дати державної реєстрації новоствореної юридичної особи.

Однак відсутність акредитаційного сертифіката, де прямо передбачено наявність окремої категорії закладу, може обмежити заклад у здійсненні певних видів діяльності, зокрема у проведенні медичних оглядів працівників певних категорій

Законом України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо управління об'єктами державної та комунальної власності» від 02.06.2016 р. до органів управління державних та комунальних унітарних підприємств включено такий орган корпоративного управління як наглядова рада. До цих змін законодавства єдиним органом управління в унітарних підприємствах був керівник (директор, генеральний директор тощо).

Чинне законодавство не встановлює вимог та критеріїв, в яких саме випадках має створюватися наглядова рада комунального некомерційного підприємства. Кожна територіальна громада має розробити свої умови створення наглядових рад у комунальних некомерційних підприємствах своєї територіальної громади.

Так, рішенням місцевої ради мають бути затверджені критерії, відповідно до яких утворення наглядової ради комунального некомерційного підприємства є обов'язковим, та визначений порядок її утворення, створення комітетів та призначення членів, організації діяльності та ліквідації. Компетенція наглядової ради, її кількісний склад, порядок скликання, проведення засідання, прийняття рішень та інші питання внутрішньої організації діяльності наглядової ради можуть бути визначені в статуті підприємства та положенні про наглядову раду.

Таким чином, у закладах охорони здоров'я – комунальних некомерційних підприємствах наглядова рада буде створюватися лише в тому випадку, якщо таке підприємство буде відповідати критеріям, прийнятим відповідною територіальною громадою.

Спостережна рада створюється за рішенням власника закладу охорони здоров'я вторинного та третинного рівнів. За бажанням власника, спостережна рада може бути створена у закладах, що надають первинну медичну допомогу (ст. 24 Основ).

Порядок утворення, права, обов'язки спостережної ради закладу охорони здоров'я і типове положення про неї затверджуються Кабінетом Міністрів України, зокрема до спостережної ради обираються не більше 15 осіб, строком на 2 роки. Спостережна рада закладу охорони здоров'я може складатися з одного представника власника ЗОЗ (уповноваженого ним органу); представників структурних підрозділів із питань охорони здоров'я та соціального захисту населення місцевої державної адміністрації та/або виконавчого органу відповідного органу місцевого самоврядування – від однієї до чотирьох осіб; депутатів місцевих рад (за згодою) – від однієї до двох осіб; представників громадськості та громадських об'єднань, діяльність яких спрямована на захист прав у сфері охорони здоров'я, організацій, що здійснюють професійне самоврядування у сфері охорони здоров'я (за згодою) – від однієї до восьми осіб (по одному представнику від кожної організації).

Порядок створення спостережної ради відбувається за певним

алгоритмом. Так, на першому етапі власник ЗОЗ (уповноважений ним орган) повідомляє про намір створити спостережну раду при ЗОЗ державної або комунальної форми власності на своєму офіційному веб-сайті та надсилає письмове повідомлення керівнику відповідного ЗОЗ, заінтересованим органам виконавчої влади або органам місцевого самоврядування. Органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування протягом 10 робочих днів з моменту отримання повідомлення про намір створити спостережну раду, а депутати місцевих рад (за їхньою згодою), представники громадськості, громадських об'єднань та організацій, що здійснюють професійне самоврядування, протягом 10 робочих днів з моменту розміщення інформації на веб-сайті власника ЗОЗ (уповноваженого ним органу), направляють власнику ЗОЗ пропозиції щодо включення своїх представників до її складу.

На другому етапі проводиться відбір представників громадськості, громадських об'єднань та організацій, що здійснюють професійне самоврядування, проводиться шляхом рейтингового голосування за кандидатів у члени спостережної ради на офіційному веб-сайті власника ЗОЗ.

Для проведення рейтингового голосування та опрацювання його результатів власник ЗОЗ створює комісію у складі від трьох до п'яти осіб.

Комісія забезпечує підготовку електронних бюлетенів для голосування та розміщення їх на веб-сайті власника ЗОЗ. Рейтингове голосування за кандидатів від громадськості, громадських об'єднань та організацій, що здійснюють професійне самоврядування, у члени спостережної ради здійснюється шляхом заповнення електронних бюлетенів. У електронному бюлетені зазначаються в алфавітному порядку прізвища усіх кандидатів від громадськості, громадських об'єднань та організацій, що здійснюють професійне самоврядування.

Електронний бюлетень для голосування заповнюється шляхом обов'язкового виставлення кандидатам від громадськості, громадських об'єднань та організацій, що здійснюють професійне самоврядування, рейтингових балів від 1 до 5. Кожен із рейтингових балів виставляється лише один раз незалежно від кількості включених до електронного бюлетеня кандидатів.

Електронний бюлетень, заповнений з порушенням зазначених

вимог, є недійсним. Підрахунок голосів здійснюється комісією. У разі коли за результатами рейтингового голосування з відбору кандидатів від громадськості, громадських об'єднань та організацій, що здійснюють професійне самоврядування, їх кількість перевищує вісім осіб, проводиться повторне рейтингове голосування серед кандидатів, які набрали однакову найменшу кількість балів.

Якщо від громадськості, громадських об'єднань та організацій, що здійснюють професійне самоврядування, запропоновано до восьми кандидатів, рейтингове голосування не проводиться.

Комісія перевіряє відповідність кандидатів від громадськості, громадських об'єднань та організацій, що здійснюють професійне самоврядування, власника ЗОЗ (уповноваженого ним органу), структурних підрозділів з питань охорони здоров'я та соціального захисту населення місцевої державної адміністрації та/або виконавчого органу відповідного органу місцевого самоврядування, депутатів місцевих рад вимогам, визначеним в пункті 8 даного Положення. У разі відповідності кандидатів зазначеним вимогам, комісія пропонує власнику ЗОЗ прийняти рішення про обрання їх до складу спостережної ради.

На третьому етапі власник ЗОЗ (уповноважений ним орган) протягом 10 робочих днів після отримання пропозицій від комісії, приймає рішення про затвердження персонального складу спостережної ради.

Метою діяльності спостережної ради є сприяння реалізації права громадян на участь в управлінні охороною здоров'я.

Зокрема, у своїй діяльності спостережна рада виконує такі завдання як:

- розглядає питання щодо дотримання вимог законодавства під час здійснення медичного обслуговування населення закладом охорони здоров'я;
- розглядає питання щодо дотримання закладом охорони здоров'я прав та забезпечення безпеки пацієнтів під час здійснення медичного обслуговування, в тому числі питання щодо належного розгляду скарг пацієнтів (їх законних представників, членів сім'ї та родичів) та реагування закладу охорони здоров'я на такі скарги;
- розглядає питання щодо результатів фінансово-господарської діяльності закладу охорони здоров'я;
- вносить керівнику закладу охорони здоров'я пропозиції з питань

діяльності закладу охорони здоров'я, покращення якості забезпечення населення медичним обслуговуванням, дотримання прав та забезпечення безпеки пацієнтів;

– бере участь у підготовці пропозицій щодо розвитку матеріально-технічної бази та інфраструктури закладу охорони здоров'я;

– подає пропозиції керівнику закладу охорони здоров'я щодо оптимізації організаційної структури такого закладу за напрямками його діяльності;

– розглядає інші питання, пов'язані з фінансово-господарською діяльністю закладу охорони здоров'я, здійсненням медичного обслуговування, дотриманням прав та забезпеченням безпеки пацієнтів;

– інформує власника закладу охорони здоров'я (уповноважений ним орган) про недоліки діяльності такого закладу, випадки недотримання вимог законодавства під час здійснення медичного обслуговування населення;

– подає пропозиції власнику закладу охорони здоров'я (уповноваженому ним органу) та керівнику закладу охорони здоров'я щодо вжиття заходів для усунення виявлених порушень та підвищення рівня забезпечення безпеки пацієнтів у закладі охорони здоров'я;

– з урахуванням вимог законодавства щодо інформації з обмеженим доступом висвітлює свою діяльність у засобах масової інформації, на зборах, конференціях тощо, оприлюднює результати своєї роботи на офіційних веб-сайтах закладів охорони здоров'я (за наявності) і власника закладу охорони здоров'я (уповноваженого ним органу), розміщує інформацію про діяльність спостережної ради на інформаційних стендах у закладах охорони здоров'я в доступних для пацієнтів місцях.

При закладах охорони здоров'я з метою сприяння їх діяльності можуть утворюватися опікунські ради.

Опікунська рада при закладі охорони здоров'я є громадським консультативно-дорадчим органом, створеним з метою забезпечення права громадян на участь в управлінні та здійсненні громадського нагляду в сфері охорони здоров'я.

До складу опікунської ради (за їхньою згодою) можуть включатися благодійники, представники громадськості та громадських об'єднань, благодійних, релігійних організацій, органів місцевого самоврядування, засобів масової інформації, волонтери та інші.

Рішення про створення опікунської ради при закладі охорони здоров'я та положення про неї затверджуються наказом керівника закладу охорони здоров'я або уповноваженого органу.

Порядок функціонування, права та обов'язки опікунської ради визначаються положенням про опікунську раду, Наказом Міністерства охорони здоров'я від 23.02.2014 № 517, примірним положенням про опікунську раду при закладі охорони здоров'я.

Згідно положення, до функцій опікунської ради відносять:

– сприяння ефективній діяльності закладу охорони здоров'я шляхом участі у визначенні напрямків його розвитку та підготовці пропозицій з удосконалення діяльності закладу;

– участь у плануванні та здійсненні заходів щодо залучення додаткових ресурсів на цільові потреби закладу охорони здоров'я та пацієнтів;

– залучення коштів, які надійшли у вигляді благодійної допомоги та інших ресурсів, залучення яких не заборонено законодавством України;

– здійснення громадського нагляду за використанням коштів, що надійшли до закладу охорони здоров'я у вигляді благодійної допомоги та з інших джерел, не заборонених законодавством України;

– надання потенційним благодійникам об'єктивної та обґрунтованої інформації (рекомендацій) щодо закупівлі медичного обладнання, медикаментів, необхідних для закладу охорони здоров'я;

– встановлення та підтримка взаємодії закладу охорони здоров'я з відповідними структурами, в тому числі закордонними, та сприяння в організації заходів з обміну досвідом;

– інформування громадськості про діяльність закладу охорони здоров'я та опікунської ради;

– представництво інтересів та захист прав пацієнтів та працівників закладу охорони здоров'я відповідно до законодавства України;

– інші завдання, пов'язані з розвитком громадянського суспільства, забезпеченням прав на охорону здоров'я та розвитком галузі охорони здоров'я, що мають важливе суспільне значення.

Оскільки положення є примірним, воно має виключно рекомендаційний характер. За необхідності, на опікунську раду можуть бути покладені й інші функції, в межах, не заборонених законом. Згідно зі статтею 108 ЦК України комунальне некомерційне підприємство є

правонаступником усіх прав та обов'язків ЗОЗ-бюджетної установи.

Згідно з п. 8.4 Порядку відкриття та закриття рахунків у національній валюті в органах Державної казначейської служби України⁸, у разі перетворення комунального закладу його чинні рахунки будуть закриті. Залишки коштів на цих рахунках орган казначейства на підставі платіжного доручення має перерахувати на інший рахунок у казначействі або на рахунок, відкритий комунальним некомерційним підприємством у банківських установах.

Рекомендуємо, щоб під час перетворення комунального закладу в комунальне некомерційне підприємство залишки коштів на спеціальних рахунках були відображені в передавальному акті. Це дозволить мінімізувати ризик відмови органів казначейства в переведенні коштів на рахунки реорганізованого комунального некомерційного підприємства.

На практиці також може виникнути ризик відмови органів казначейської служби в переведенні грошових коштів із накопичувального рахунку ЗОЗ-бюджетної установи на рахунки ЗОЗ-комунального некомерційного підприємства. Наведений ризик може бути мінімізований наступними шляхами:

1. До завершення процедури реорганізації обговорити з представниками органів казначейства процедуру закриття рахунків та переведення з них коштів на інші рахунки.

2. Залишок коштів на накопичувальному рахунку можна витратити на потреби реорганізації (наприклад, виготовлення печаток) або на оновлення матеріально-технічної бази ЗОЗ.

3. Передати кошти з накопичувального рахунку ЗОЗ-бюджетної установи у місцевий бюджет, а після проведення реорганізації Рада внесе ці кошти до статутного капіталу новоствореного ЗОЗ-комунального некомерційного підприємства.

4. Під час реорганізації бюджетних ЗОЗ у комунальні некомерційні підприємства можуть здійснюватися заходи з оптимізації чисельності та штату персоналу. При цьому варто враховувати наступне.

По-перше, реорганізований ЗОЗ може отримати право самостійно затверджувати штатний розпис і визначати чисельність найманих

⁸ Наказ Міністерства фінансів України «Про затвердження Порядку відкриття та закриття рахунків у національній валюті в органах Державної казначейської служби України» від 22.06.2012 № 758.

працівників.

По-друге, реорганізований ЗОЗ з урахуванням ч. 3 ст. 64 ГК після формування нового штатного розпису може здійснити заходи з оптимізації чисельності працівників та скоротити (звільнити) зайвий персонал, відмова від утримання якого не спричинить погіршення якості та доступності медичної допомоги для пацієнтів.

По-третє, сам по собі факт реорганізації ЗОЗ не є підставою для звільнення працівників, якщо це не буде супроводжуватися скороченням їх чисельності або штату (ч. 3 ст. 36 КЗпП України).

У зв'язку з цим може бути використано кілька варіантів вирішення кадрових питань щодо працівників реорганізованого ЗОЗ.

Працівників ЗОЗ, які залишаються працювати на своїх посадах, необхідно проінформувати про факт реорганізації закладу шляхом ознайомлення з відповідним наказом керівника. Цей наказ необхідно видати для внесення запису про реорганізацію закладу до трудової книжки працівника⁹.

Внесення запису про реорганізацію до трудової книжки здійснюється за аналогією внесення запису про перейменування підприємства. У такому випадку, у графі 3 трудової книжки робиться запис: «КЗОЗ (найменування) з такого-то числа реорганізований (перетворений) на КИП (найменування), а у графі 4 проставляється підстава реорганізації (перетворення). Такий запис вноситься впродовж тижня з моменту завершення процедури перетворення.

Чинне законодавство України надає можливість власникам публічних закладів охорони здоров'я (відповідним територіальним громадам, від імені яких право комунальної власності здійснюють відповідні місцеві ради) перетворювати належні їм на підставі зазначеного права ЗОЗ, що нині мають статус бюджетних установ, у комунальні унітарні підприємства. Рішення про запровадження таких організаційно – правових змін щодо комунальних ЗОЗ не потребує погодження Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я України чи інших органів державної влади України.

Разом з тим, з метою запобігання можливого надмірному

⁹ п. 2.15 Інструкції про порядок ведення трудових книжок працівників, затвердженої наказом Міністерства праці України, Міністерства юстиції України, Міністерства соціального захисту населення України від 29.07.1993 № 58

податковому навантаженню на комунальні ЗОЗ, що будуть перетворені з бюджетних установ у підприємства, недопущення банкрутства та скорочення існуючої мережі комунальних ЗОЗ, заклади охорони здоров'я комунальної форми власності доцільно перетворювати у комунальні некомерційні підприємства.

Перетворення ЗОЗ у комунальні некомерційні підприємства дозволяє захистити такі заклади та публічний сектор медичного обслуговування від їх приватизації за умови, якщо перетворені комунальні підприємства будуть внесені до переліку об'єктів комунальної власності відповідної територіальної громади, що не підлягають приватизації (за аналогією з казенними підприємствами). Тому територіальним громадам рекомендується включати ЗОЗ, що перетворені у комунальні некомерційні підприємства, до зазначених переліків. Також перетворення ЗОЗ у комунальні некомерційні підприємства сприяє збільшенню господарської та фінансової автономії (самостійності) та управлінської гнучкості комунальних закладів охорони здоров'я, формуванню у них стимулів для поліпшення якості медичного обслуговування населення і водночас підвищення економічної ефективності використання активів.

Джерелами фінансування перетвореного у комунальне некомерційне підприємство ЗОЗ можуть бути як бюджетні кошти, так і кошти юридичних та фізичних осіб. Процес перетворення ЗОЗ у некомерційне комунальне підприємство не призводить до виникнення негативних податкових наслідків у вигляді виникнення нових пов'язаних з перетворенням податкових зобов'язань. Створене (внаслідок перетворення) комунальне некомерційне підприємство не буде платником податку на прибуток й податку на нерухомість.

Процес перетворення ЗОЗ із бюджетної установи у комунальне некомерційне підприємство може тривати від 6 місяців.

Перетворення ЗОЗ із бюджетної установи у комунальне некомерційне підприємство мають певні переваги до яких віднести наступні:

- керівник ЗОЗ, що діє у статусі підприємства, отримує значно більшу, ніж це можливо в умовах статусу бюджетної установи, свободу у розпорядженні активами, фінансами та формуванні кадрової політики ЗОЗ, визначенні внутрішньої організаційної структури закладу;

- ЗОЗ (підприємство) має можливість самостійно встановлювати будь-які форми оплати праці працівників, що допускаються законодавством;

- фінансування ЗОЗ зі статусом підприємства здійснюється не за постатейним кошторисом витрат, а на основі власного фінансового плану, що дозволяє такому ЗОЗ бути більш гнучкими та самостійними у прийнятті рішень порівняно із суб'єктами, що мають статус бюджетної установи;

- право ЗОЗ (підприємства) утворювати об'єднання підприємств з іншими ЗОЗ, які також діють у статусі підприємства, з метою перерозподілу функцій між ними та спільної оптимізації використання матеріальних, людських та фінансових ресурсів ЗОЗ – членів об'єднання;

- ЗОЗ (підприємство) може наймати за договорами підряду лікарів фізичних осіб – підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію;

- на здійснення господарської діяльності з медичної практики.

У разі застосування такого виду реорганізації як перетворення, має місце правонаступництво: до нової юридичної особи – правонаступника (комунального підприємства), переходить усе майно, права та обов'язки юридичної особи- попередника.

Рішення про перетворення ЗОЗ, що діють у формі комунальної бюджетної установи, в комунальні підприємства приймають ради територіальних громад сіл, селищ, міст, які є власниками майна відповідного ЗОЗ. Це зумовлено тим, що відповідно до п. 30 ст. 26 Закону про місцеве самоврядування прийняття рішень про створення, ліквідацію, реорганізацію та перепрофілювання підприємств, установ та організацій комунальної власності відповідної територіальної громади є виключною компетенцією сільських, селищних, міських рад.

У рішенні ради про перетворення ЗОЗ визначається вид комунального підприємства, в яке перетворюється ЗОЗ-бюджетна установа.

Відповідно до ст. 78 Господарського кодексу України комунальні унітарні підприємства поділяються на комунальні комерційні підприємства, що діють з метою отримання прибутку, та комунальні некомерційні, що діють без мети отримання прибутку. Майно

комунальних унітарних підприємств перебуває у комунальній власності відповідної територіальної громади і закріплюється за комунальним комерційним підприємством на праві господарського відання, а за комунальним некомерційним підприємством – на праві оперативного управління.

Однак, незважаючи на те, що Господарський кодекс України та Закон про місцеве самоврядування не обмежують права територіальних громад щодо створення тих чи інших видів комунальних підприємств, з урахуванням специфіки правовідносин у системі охорони здоров'я та її соціальної значущості, територіальним громадам варто взяти до уваги те, що оптимальним рішенням при реорганізації комунальних ЗОЗ-бюджетних установ є перетворення останніх у комунальні некомерційні підприємства.

Саме такий варіант реорганізації цих закладів є найкращим інструментом для запобігання можливому надмірному податковому навантаженню на комунальні ЗОЗ, що будуть реорганізовані з бюджетних установ у підприємства. Також він відкриває додаткові можливості для запобігання банкрутству реорганізованих у підприємства комунальних ЗОЗ та скороченню існуючої мережі комунальних ЗОЗ. Перетворення ЗОЗ у комунальні некомерційні підприємства дозволяє захистити такі заклади та публічний сектор медичного обслуговування від їх приватизації за умови, що перетворені комунальні підприємства будуть внесені до переліку об'єктів комунальної власності відповідної територіальної громади, що не підлягають приватизації (за аналогією з казенними підприємствами). Тому територіальним громадам рекомендується включати ЗОЗ, що перетворені у комунальні некомерційні підприємства, до переліків об'єктів комунальної власності відповідної територіальної громади, що не підлягають приватизації. Також перетворення ЗОЗ у комунальні некомерційні підприємства сприяє збільшенню господарської і фінансової автономії, управлінської гнучкості комунальних закладів охорони здоров'я, формуванню у них стимулів для поліпшення якості медичного обслуговування і водночас підвищенню економічної ефективності використання активів. Таким чином, за своїми правовими, економічними та політичними можливостями і ризиками такі суб'єкти як некомерційні підприємства займають своєрідну «золоту середину»

між бюджетними установами та комерційними підприємствами. Саме тому подібна організаційно-правова форма використовується в інших країнах світу для організації діяльності переважної більшості публічних медичних закладів.

Зазначене у статуті та інших документах закладу найменування ЗОЗ, який перетворено з бюджетної установи у комунальне підприємство, може також містити вказівку на вид цього підприємства (комерційне чи некомерційне). Оскільки перетворене комунальне підприємство має отримати статус закладу охорони здоров'я, то його назва має відповідати Переліку закладів охорони здоров'я, що затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я № 385 від 28.10.2002.

Управління комунальним підприємством здійснює рада (засновник) територіальної громади села, селища, міста, яка є власником майна відповідного ЗОЗ. Поточне керівництво (оперативне управління) комунальним підприємством здійснює керівник підприємства. Контроль за діяльністю керівника підприємства забезпечує наглядова рада підприємства (у разі її утворення). Критерії, відповідно до яких утворення наглядової ради комунального підприємства є обов'язковим, а також порядок утворення, організації діяльності та ліквідації наглядової ради та її комітетів, порядок призначення членів наглядової ради затверджуються рішенням Засновника.

З метою здійснення ефективного громадського контролю за діяльністю ЗОЗ та сприяння забезпеченню права членів територіальної громади на участь в управлінні об'єктами комунальної власності, а також дотримання прав та забезпечення безпеки пацієнтів, додержання вимог законодавства при здійсненні ЗОЗ медичного обслуговування населення, при ЗОЗ може бути створена спостережна рада, яка є консультативно – дорадчим органом Засновника та дорадчим органом керівника ЗОЗ.

При ЗОЗ, що надають медичну допомогу вторинного і третинного рівня, з якими головними розпорядниками бюджетних коштів укладені договори про медичне обслуговування населення, спостережні ради утворюються обов'язково, якщо інше не передбачено законом. При інших ЗОЗ – на розсуд та за рішенням Засновника Підприємства. Порядок утворення, склад та строк повноважень спостережної ради

наведені у примірному Статуті комунального підприємства, що надає первинну медичну допомогу. Законом можуть бути визначені особливості утворення, права та обов'язки спостережної ради для окремих комунальних ЗОЗ залежно від рівня медичної допомоги, що ними надається – первинна, вторинна (спеціалізована) чи третинна (високоспеціалізована) медична допомога.

Після перетворення ЗОЗ із бюджетної установи у підприємство ліцензія на господарську діяльність з медичної практики зберігає чинність впродовж трьох місяців і протягом цього терміну має бути переоформлена.

Після державної реєстрації ЗОЗ у формі підприємства на це підприємство мають бути переоформлені права щодо нерухомості, у тому числі на користування земельною ділянкою.

Комунальне підприємство не несе відповідальності за зобов'язаннями власника та органу місцевого самоврядування, до сфери управління якого воно входить.

Тому для комунального некомерційного підприємства на перший план виходить необхідність ухвалення колективного договору, у якому мають бути визначені форми і системи оплати праці, норми праці, розцінки, тарифні сітки, схеми посадових окладів, умови запровадження та розміри надбавок, доплат, премій, винагород та інших заохочувальних, компенсаційних і гарантійних виплат. Ці умови встановлюються підприємствами з дотриманням норм і гарантій, передбачених законодавством, генеральною, галузевими (міжгалузевими) і територіальними угодами.

У разі, коли колективний договір на підприємстві не укладено, роботодавець зобов'язаний погодити ці питання з виборним органом первинної профспілкової організації (профспілковим представником), що представляє інтереси більшості працівників, а у разі його відсутності – з іншим уповноваженим на представництво органом.

1.5. Формування ринків медичних послуг в Україні: виклики для менеджменту та публічного управління

Інституційні перетворення в системі охорони здоров'я фактично означають зміну її моделі. У світовій практиці за участю інститутів та джерелами фінансування сформувалося три базові моделі охорони

здоров'я: державно-бюджетна, притаманна таким країнам як Англія, Данія, Франція, Португалія, Іспанія, яка характеризується фінансуванням переважно з бюджетних джерел; соціально-страхова, що поширена в Австрії, Болгарії, Японії, Франції і базується на змішаному фінансуванні, тобто залученні цільових внесків громадян, роботодавців, працівників, субсидій держави; приватна або ринкова, поширена у США, Ізраїлі, Південній Кореї з відповідною практикою надання переважно платних медичних послуг [1, с.29].

Емпіричні оцінки процесів, що відбуваються в системі охорони здоров'я України, дозволяють констатувати становлення ринку медичних послуг, обумовлене: бажанням як виробників медичних послуг, так і їх споживачів досягти легалізації тіншового ринку цих послуг в суспільному секторі; зародженням і розвитком підприємницької діяльності установ охорони здоров'я (становленням різних організаційних структур і форм надання медичних послуг); потребою усунення інформаційної асиметрії про якість медичних послуг; становленням і розвитком малого і середнього підприємництва у сфері медичної практики, як наприклад, приватних консультацій, клінік, центрів діагностики, реабілітаційних центрів, хоспісів тощо.

Інституційно це супроводжується:

по-перше, закріпленням в нормативно-правовій базі розмежування понять «медична допомога» і «медична послуга»;

по-друге, наданням закладам охорони здоров'я статусу некомерційних підприємств;

по-третє, виокремленням понять національний, регіональний, локальний ринок послуг, що в сукупності вимагає представлення авторської позиції щодо означених вище понять.

Медична допомога – це категорія неринкових відносин лікаря і пацієнтів, що надаються у недержавних і комунальних закладах охорони здоров'я. Згідно Конституції України медична допомога надається безкоштовно незалежно від форм власності. Медична послуга – товар медичного ринку, його елемент. Якщо раніше зазначене поняття використовувалося в маркетингових дослідженнях, то зараз медична послуга виділена у відповідному розділі КВЕД «Охорона здоров'я і соціальна допомога» [2].

Огляд літературних та документальних джерел свідчить про різні

підходи до класифікації видів медичних послуг, що переважно обумовлено застосуванням різних критеріїв класифікації або різним трактуванням поняття «ринок медичних послуг» (вузьке або розширене). Найбільш поширеним є перелік медичних послуг за таким складом: консультаційні послуги та лікування; діагностичні послуги; проведення аналізів; послуги приватних консультацій; послуги швидкої та невідкладної медичної допомоги; послуги санітарно-лікувальних установ і організацій; послуги інших лікувальних установ [3].

Поняття «ринок медичних послуг» найбільш конструктивно і детально висвітлюється в дослідженнях, присвячених маркетингу та медичному бізнесу. Огляд літературних джерел свідчить, що авторські оцінки зосереджені на таких аспектах проблеми, як: структура ринку у медичному бізнесі, сегментація ринку, конкуренція, особливості ринку медичних послуг (ринкові умови), медичні суб'єкти і конкуренти ринку, попит і пропозиція на ринку медичних послуг тощо.

Так, зокрема, структурно, за нашими дослідженнями, ринок медичних послуг трактується у вузькому розумінні. Тобто він відображає сукупність актів купівлі-продажу різних видів медичних послуг, що задовільняють потреби людей у їх споживанні [4]. Водночас контрагентами ринку медичних послуг виступають: інші заклади охорони здоров'я (постачальники лікувальних засобів, фірми з реалізації і обслуговування медичної техніки і т.п.); фінансово-кредитні організації; урядові організації, що залучають заклади охорони здоров'я до виконання урядових програм; громадяни [5]. Натомість у інших джерелах розглядається ринок у медичному бізнесі (розширене трактування), який включає: ринок медичних послуг, ринок лікарських засобів; ринок предметів та послуг у галузі санітарії та гігієни; ринок медтехніки; ринок медичних технологій; ринок медичного страхування; ринок праці медперсоналу; ринок нетрадиційних методів лікування та оздоровлення; ринок освітніх послуг у галузі охорони здоров'я [6].

Відмінності у трактуванні базових понять ускладнюють вибір основних індикаторів для аналізу, сегментування ринку, оцінки попиту, пропозиції, конкуренції та динаміки змін. Що стосується останнього, то це вимагає сегментації ринку за можливостями пропозиції та можливостями попиту.

Безпосередньо медичними суб'єктами є виробники медичних

послуг, тобто їх продуценти (провайдери), представники пропозиції. Пропозиція дослідниками ринку сегментується в розрізі наступних груп медичних послуг: лікарські із збереження життя; лікарські з метою оздоровлення і профілактики хронічних захворювань; лікарські із збереження і підтримки певного ступеня хронічних станів та інвалідності [5].

Сегментація ринку медичних послуг за можливостями попиту передбачає наступні підходи: за видами медичної допомоги; за медико-діагностичними групами, за вартістю процедури; за видами медичних послуг; за віковими ознаками споживачів послуг. Виходячи з зазначеного, можемо констатувати, що ринок медичних послуг відрізняється неоднорідністю його продукту – медичної послуги; наявністю певних рамкових вимог (кваліфікаційних вимог до лікування, необхідністю дотримання медичних стандартів, наявністю кваліфікаційних вимог до лікарів, наявністю екстерналій); відносно значними вхідними бар'єрами; переважно неціновою конкуренцією, її недосконалістю в комунальних закладах охорони здоров'я; наявністю продуцентів різних форм власності, їх неоднорідністю.

Опираючись на викладені в економічній літературі і наведені вище положення, що означають ринок медичних послуг як специфічний вид товарного ринку, охарактеризуємо національний ринок послуг України як такий, що формується; виявимо чинники, що стимулюють і стримують цей процес та діагностуємо виклики, що виникають перед менеджментом та публічним управлінням.

Відходячи від суто маркетингового підходу зазначимо, що для оцінки будь-якого явища в динаміці, перевага має бути надана системному підходу, який дозволяє дати його характеристику багатосторонньо: через склад структурних елементів, їх зв'язків, оцінку внутрішнього і зовнішнього середовища системи, їх взаємовпливів, причинно-наслідкових зв'язків, оцінку причин і наслідків, системи в динаміці.

Звідси, національний ринок медичних послуг слід розглядати:

а) як середовище взаємодії виробників (медичних суб'єктів, продуцентів, провайдерів послуг) і споживачів (окремих громадян, підприємств, установ, інших категорій споживачів медичних послуг) у процесі досягнення поставлених ними цілей, в якому формуються складні причинно-наслідкові зв'язки між попитом і пропозицією,

доходами, цінами і обсягами послуг [4, с.32];

б) як сферу, що об'єднує різні медичні суб'єкти за формою власності, за організаційно-правовими формами підприємств і видами економічної діяльності;

в) як сукупність ієрархічно організованих просторових систем, що представлені як регіональні і локальні ринки;

г) як елементи системи (національної, регіональної економіки), що взаємодіють з іншими ринками – ринком праці, споживчим ринком, ринком нерухомості, ринком засобів виробництва, ринком перевезень тощо;

д) як складну динамічну систему, що знаходиться в процесі становлення і розвитку під впливом різних внутрішніх і зовнішніх чинників, вразливу до кризових явищ.

Звідси, дослідження процесу становлення і розвитку ринку медичних послуг в Україні є доволі складним і багатогранним завданням, яке могло б стати предметом окремого монографічного дослідження.

Враховуючи рамкові обмеження розділу книги та обмеження в українській статистиці, для аналізу визначимо такі основні зрізи: стан ринку медичних послуг за фактором пропозиції; обсяг ринку; стан ринку за фактором попиту; рівень розвинутої компліментарних до ринку медичних послуг ринків; динаміка показників розвитку ринку медичних послуг; процеси децентралізації та медичної реформи і їх вплив на становлення регіональних і локальних ринків послуг; чинники розвитку та бар'єри розширення ринку медичних послуг в часі і просторі; фінансові обмеження та рівень інвестування; інноваційні технології та диверсифікація структурних компонентів медичного ринку.

Емпіричний аналіз засвідчує, що в даний час в результаті першого етапу медичної реформи пропозиція на ринку медичних послуг України представлена підприємствами (в 2019 р. державні та комунальні заклади охорони здоров'я набули статусу некомерційних (неприбуткових) підприємств), що знаходяться в різних формах власності, зокрема: 1) закладами із надання первинної медичної допомоги – центрами ПДСМ, сімейними амбулаторіями; 2) закладами охорони здоров'я із забезпечення стаціонарної та/або амбулаторної вторинної допомоги – центральними районними лікарнями, дільничими лікарнями, а в

перспективі (як передбачається проектом реформ) багатoproфільними лікарнями інтенсивного лікування, дитячими лікарнями планового лікування, консультативно-діагностичними центрами, спеціалізованими медичними центрами; 3) закладами охорони здоров'я із забезпечення третинної допомоги – багатoproфільними обласними та обласними дитячими лікарнями, висококваліфікованими медичними центрами, диспансерами; 4) закладами охорони здоров'я системи екстреної медичної допомоги; 5) клінічними лікарнями, університетськими лікарнями; 6) хоспісами; 7) аптеками; 8) закладами охорони здоров'я з медичної реабілітації.

За даними Центру медичної статистики МОЗ України в 2017 р. в Україні (без урахування АР Крим та тимчасово окупованих територій Донецької і Луганської областей) кількість закладів охорони здоров'я (продуцентів медичних послуг) складала 1,7 тис. лікарняних закладів, яка за ємністю забезпечувала 73,1 лікарняних ліжок на 10 тис. населення. Кількість амбулаторно-поліклінічних закладів на цей період склала 10,4 тис. одиниць з плановою ємністю відвідувань 213,4 тис. відвідувань в рік¹⁰. [7].

В 2017 р. медичну допомогу населенню країни в публічному секторі надавали 3502 заклади охорони здоров'я, в т.ч. 1292 лікарні, 261 диспансер, 1281 самостійний амбулаторно-клінічний заклад, в т.ч. 671 центр первинної медичної санітарної допомоги (ЦПМСД), 197 самостійних поліклінік, 33 станції швидкої медичної допомоги, центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, 39 станцій первинної медичної допомоги [4, с.36]. Наведена статистика стосується державного і комунального секторів охорони здоров'я, установам (підприємствам нині) яких було надано і законодавчо закріплено право надавати медичні платні послуги.

У зв'язку з тим, що приватний сектор з боку пропозиції (в українській статистичній базі представлений слабо) є певні труднощі у її кількісній оцінці. Важливо зазначити, що пропозиція на ринку медичних послуг представлена різними групами їх провайдерів: від окремих фізичних осіб (підприємців) до потужних клінік з розгалуженою мережею. Мережа ТОП-20 приватних медичних закладів України наведена в табл. 1.

¹⁰ Дані наведені за 2017 р. З 2019 р. медична статистика не ведеться.

Таблиця 1

Мережа ТОП -20 приватних медичних закладів України

№ у рейтингу	Назва приватного закладу	К-ть	Географія
1	Тов «Сінево Україна» Тов «Сінево Схід»	224	76 насел.пунктів
2	Тов «Медікрей Інтернешнл груп»	1	Київська обл.
3	Тов «Медичний центр «Медікал»	10	Київська,Одеська
4	Тов «ІСІДА – IVF»	4	м.Київ
5	Тов «МЛ» ДІІА»	74	27 насел.пунктів
6	ПрАТ «Миргородкурорт»	4	м.Миргород
7	Тов «Неомед 2007»	5	м.Київ
8	Тов «Боріс»	2	м.Київ
9	Тов «КАПИТАЛ»	1	м.Київ
10	Тов «Клініка репродуктивної медицини-Надія»	1	м.Київ
11	Тов «Незалежна лабораторія ІНВІТРО»	58	27 насел.пунктів
12	ПП «Медичний центр «Інтерсоно»	2	Львів,Ужгород
13	Тов «Медичний центр-Добробут-поліклініка»	10	м.Київ
14	Тов «Дім медицини»	2	м.Одеса
15	Держ.підпр. «Моршинкурорт»	5	м.Моршин
16	Медична клініка «Інновація»	2	Київська обл.
17	Тов «Смартлаб»	63	17 насел.пунктів
18	ПРАТ «Трускавецькурорт»	11	м.Трускавець
19	ПП «Клініка Медіком»	4	м.Київ
20	«Медичний центр Святої Параскевії»	4	м.Київ,м.Львів

Примітка: Наведено за даними YOU CONTROL [8]

За спеціалізацією серед приватних медичних закладів вирізняються: територіальні медичні заклади (8), медичні лабораторії (4), санаторні чи лікувально-оздоровчі заклади (3), клініки репродуктивного здоров'я (3), онкологічні клініки (2) [8].

Значимо водночас, що на національному ринку медичних послуг пропозиція в сфері приватного сектора представлена наступними формами підприємницької діяльності: орендна (наприклад МРГ ГЕМО Медика, що спеціалізується на лабораторній діагностиці); приватна або партнерська зі створенням юридичної особи і обмеженою відповідальністю (малі підприємства, кооперативи, товариства); сімейна, що ґрунтується на приватній власності громадян-членів сім'ї; індивідуальна, заснована на

приватній власності фізичної особи та її праці.

Приватні клініки охоплюють більше 10-15% загального обсягу ринку медичних послуг.

Аналіз ринку з позицій споживачів має опиратися на певні ідентифікатори стану, до яких, на наш погляд, слід віднести: розмір ринку (кількість видів медичних послуг, кількість споживачів, обсяг реалізації медичних послуг); ринкові ціни (вартість послуг, ступінь покриття частини вартості державою або страховою компанією); доступність до ринку споживачів (територіальна, за грошовими доходами); структура ринку медичних послуг (за видами).

Характеристика національного ринку медичних послуг за видами і типом споживачів наведена в табл. 2.

Таблиця 2

Обсяг реалізованих послуг підприємствами у сфері охорони здоров'я та надання соціальної допомоги різним споживачам, 2018 р.

	Обсяг реалізованих послуг (у ринкових цінах), тис. грн., всього по Україні	У т.ч. реалізовано послуг, тис. грн.			Розподіл обсягу реалізованих послуг за категоріями споживачів (у % до загального обсягу)		
		населенню	підприємствам (установам)	ін. категоріям споживачів	Населенню	підприємствам (установам)	ін. категоріям споживачів
Разом	19411613,0	14366691,0	4407654,8	396734,6	74,0	22,7	3,3
Вінницька	571537,1	429650,3	123047,8	18839	74,8	21,4	3,8
Волинська	1949441,8	180690,2	8809,9	14947,1	92,8	5,1	2,1
Дніпропетровська	1524859,0	607572,6	215433,5	77232,4	75,0	10,8	14,2
Донецька	317171,2	238019,9	62041,8	17109,5	75,8	19,1	5,1
Житомирська	350126,6	226504,8	144128,3	146,1	83,7	13,6	7,7
Закарпатська	696629,3	488522,3	150600,4	46841,2	70,1	21,7	8,2
Запорізька	891665,1	545361,1	284387,9	61915,5	62,8	30,6	6,6
Івано-Франківська	271424,3	202978,8	53393,1	15052,4	76,1	18,9	5,0
Київська	707513,2	549452,3	140184,3	17876,6	80,0	19,4	0,6
Кіровоградська	158530,8	132647,1	24382,5	1501,2	83,7	15,4	0,9
Луганська	85411,4	67273,7	23705,8	2147,2	75,4	19,0	5,6
Львівська	1895612,4	1071192,2	473557,2	172657,8	57,0	34,3	8,7
Миколаївська	141607,1	114818,0	25384,5	1424,6	81,1	17,8	1,1
Одеська	1791269,9	1230186,6	534739,5	26343,8	68,8	29,8	1,4
Полтавська	870952,8	550648,2	316517,7	3783,89	63,5	36,1	0,4
Рівненська	101458,9	90238,7	50584,5	2813,1	64,8	25,8	9,4
Сумська	254327,1	143073,2	108874,5	2500,6	56,2	42,5	1,3

	Обсяг реалізованих послуг (у ринкових цінах), тис. грн., всього по Україні	У т.ч. реалізовано послуг, тис. грн.			Розподіл обсягу реалізованих послуг за категоріями споживачів (у % до загального обсягу)		
		населенню	підприємствам (установам)	ін. категоріям споживачів	Населенню	підприємствам (установам)	ін. категоріям споживачів
Тернопільська	165974,1	130503,6	24388,7	1812,0	83,3	15,8	0,9
Харківська	904707,9	628841,8	269263,1	6603,0	69,9	29,3	0,8
Херсонська	276629,2	194994,9	77891,0	3743,3	73,7	25,0	1,3
Хмельницька	195204,3	158868,8	34238,3	2096,9	81,5	17,5	1,0
Черкаська	134671,5	123895,1	61877,9	402,7	70,0	32,8	2,8
Чернівецька	158072,0	135414,8	20573,4	2074,8	84,6	13,0	2,4
Чернігівська	80234,8	65188,9	14767,0	278,9	81,3	18,3	0,4
м. Київ	6660838,3	5523755,2	1089411,5	47671,6	82,2	16,4	1,4

Примітка: розраховано автором за даними Державної служби статистики України [9].

Як свідчать дані табл. 2 загальний обсяг ринку медичних послуг і соціальної допомоги склав у 2018 р. в Україні 119411613,0 тис.грн. Структурно за категоріями споживачів це знаходиться в такому співвідношенні: 74,0% обсягу послуг і соціальної допомоги – населенню, 22,7% – підприємствам (установам), 3,3% – іншим категоріям споживачів.

Обсяг ринку приватної медицини у 2017 р. становив 13 млрд.грн. і має тенденцію до зростання. Якщо у 2016 р. частина приватників становила 10% як вказувалося вище, то вже у 2017 р. 15%, а загальний обсяг інвестицій в останні 2 роки варіювався в діапазоні 40-45 млн.дол. США. Інвестори активнокладають в технологічну модернізацію, закупівлю обладнання та будівництво нових клінік [10].

Опосередковане уявлення про стан ринку медичних послуг в країні може дати оцінка джерел фінансування медичних послуг. В 2017 р. загальні видатки на охорону здоров'я на душу населення в Україні склали 4820 грн., що при обмінному курсі за 1 долар 26,59 грн. в доларовому еквіваленті склало 181,3 дол., з них державні видатки – 90,6 дол. на особу. [11].

За джерелами фінансування: видатки на охорону здоров'я у загальному фонді зведеного бюджету склали 87889,7 млн.грн., в т.ч. видатки на охорону здоров'я у загальному фонді державного бюджету МОЗ України – 13207,0 млн.грн., а у загальному фонді місцевих

бюджетів – 72683,7 млн.грн. [12].

В Україні частка державних видатків від усіх видатків на охорону здоров'я у 2017 р. склала 45%, тоді як в країнах Європейського регіону (де охорона здоров'я фінансується з податків) – 72,9% [12]. Найбільшу питому вагу витрат домогосподарств на охорону здоров'я складають витрати на медичні товари, в т.ч. лікарські засоби.

Незважаючи на диверсифікацію форм власності, ринок медичних послуг залишається не високо конкурентним, що обумовлено проблемою стартового капіталу для започаткування приватного бізнесу, через що ринок дослідниками цієї проблеми оцінюється переважно як олігопольний, що знижує ринковий контроль за вартістю послуг і їх якістю. Деякий виняток становлять такі сегменти як ринок стоматологічних послуг, діагностичних та рефлексотерапія. За результатами досліджень, наведеними в [12] зазначено, що у 2017 р. 97,7% домогосподарств країни потребувало медичної допомоги, 22,7% вказали про її недоступність через вартість послуг і ліків.

Узагальнюючи емпіричні оцінки, зазначимо, що становлення ринку медичних послуг, зокрема розвиток його приватного сектора засвідчує такі позитиви як: розширення права вибору пацієнтом провайдера і виду послуг, підвищення якості медичного сервісу; створення можливості юридичного впливу на неякісне обслуговування (надання послуг); підвищення вільного доступу до отримання медичних послуг; імплементація вищої мотивації медичного персоналу; утвердження правової та економічної захищеності споживачів і постачальників послуг. Натомість очевидними негативними проявами трансформації моделі охорони здоров'я і становлення ринку медичних послуг є: концентрація підприємництва в найменш затратних, високорентабельних видах медичного обслуговування; неприйняття бізнесом медичних послуг з низькою економічною вигідністю; послаблення профілактичних заходів серед населення; дискримінація хворих соціально-уразливих груп; використання матеріально-технічної бази державних і комунальних закладів охорони здоров'я для приватної медичної практики.

Для ринку медичних послуг, що знаходиться в стадії становлення, характерні і інші особливості. Зокрема, підкреслимо, що «якщо ринок досконалої конкуренції має велику кількість продавців, то тут ринок продавців обмежений (за зазначеними нами вище причинами – А.М.);

інформованість споживачів послуг є нижчою; не існує прямої залежності, сумісності «ціна» – «попит»; прагнення виробника до максимізації прибутку, властиве іншим товарним ринкам, тут обмежується через наявність державних і комунальних закладів охорони здоров'я; на відміну від безпосереднього продажу на ринку товарів часто поширеною є оплата через посередника [13].

Піднімаючи проблему становлення і розвитку ринку медичних послуг, варто виокремити дві моделі її розв'язання: загальноринкову та інституційну.

Перша обумовлена діалектикою відносин в системі товарних ринків (ринків послуг), рівнем взаємовпливу їх складових: попит, пропозиція, вартість, ціна. О.Є.Гапонова вважає, що модель загальноринкового підходу у формуванні ринку медичних послуг має такі особливості: має мати місце «підвищення рівня використання медичних послуг серед цільових груп (позиціонування) ринку; для збереження ефективності ринок медичних послуг повинен бути сегментований на однорідні ринки (групи) з подібними потребами і характеристиками; формування ринку медичних послуг має відбуватися з врахуванням потреб кожного сектору (державного, комунального, приватного)...» [14, с.94-96].

Інституційна модель формування ринку медичних послуг передбачає розгляд і організацію цього процесу через призму інституціональних перетворень, розвиток і становлення нових інститутів або трансформацію існуючих. Це стосується і цілеспрямованих дій держави по реформуванню системи охорони здоров'я.

І в першому, і в другому випадку до уваги варто взяти стримуючі і стимулюючі чинники цього процесу.

Діагностика процесів становлення та розвитку регіональних ринків медичних послуг через призму першої моделі показує кілька важливих для розуміння їх сутності явищ: відносно низький попит на платні медичні послуги через вкоріненість патерналізму, бідність населення, значний обсяг «відкладеного попиту»; суперечливість інтересів суб'єктів ринку – схильність споживачів ринку до надмірного споживання у зв'язку з тривалою практикою безкоштовної медичної допомоги; несформованість культури турботи про здоров'я; неузгодженість і складність взаємодії основних груп контрагентів

даного ринку – банківських та фінансових установ, держави, громадян, інших медичних закладів.

Ринку, що знаходиться в процесі трансформації, характерні: секторальна і просторова територіальна асиметрія; диспропорційність в пропозиції медичних продуктів; неокресленість сфер медичного обслуговування за ознаками прибутковості і проблемності; невпорядкованість системи відносин; нестабільність рамкових умов функціонування.

На невпорядкованість системи відносин на національному ринку медичних послуг тривалий час впливали: невизначеність статусу державних і комунальних медичних установ і організацій; певна невизначеність щодо надання платних медичних послуг у публічному секторі охорони здоров'я.

Одним з перших кроків медичної реформи в Україні стало: набуття закладами охорони здоров'я статусу державного (казенного) некомерційного і комунального некомерційного закладу охорони здоров'я (з часом підприємства), затвердження МОЗ України переліку платних медичних послуг у публічному секторі охорони здоров'я.

Законом України «Основи законодавства про охорону здоров'я» (ст.16,17,33) визначено сутність підприємницької діяльності, пов'язаної з організацією медичної практики на базі трьох основних форм власності – державної, комунальної, приватної.

Визначено, що основними інституційними регуляторами цих ринків і підприємницької діяльності на них є ліцензування, акредитація закладів охорони здоров'я, контроль за дотриманням ліцензійних умов, стандарти в сфері охорони здоров'я.

Основними трансформаційними змінами на національному ринку медичних послуг стали зміни, обумовлені започаткуванням і проведенням медичної реформи, яка реалізується в два етапи: перший (2017р.), що мав за мету ухвалення законодавчих актів та проведення консультацій з громадськістю, впровадження нової моделі фінансування первинної медичної допомоги, започаткування робіт з упорядкування мережі, створення госпітальних округів; другий (2018-2019р.) – впровадження реформи, 2020р. – реформування другого рівня медичної допомоги, введення посад менеджерів в систему охорони здоров'я (що відповідає зміні статусу закладів охорони здоров'я), запровадження гарантованого пакету медичної допомоги на всіх рівнях.

На характер і процес становлення ринку медичних послуг найбільшою мірою вплинули такі результати реформування. Це, перш за все, створення електронного реєстру пацієнтів, що дозволяє сформувати уявлення про чисельність і контингент споживачів послуг, створити інформаційну базу для оцінки потенційного попиту. Другим важливим результатом стало укладення декларацій з пацієнтами, що надало узаконеного статусу поняттю «медична послуга», адже саме наявність контрактної форми (характеристика ринку за теорією контрактів) дозволяє відрізнити медичну послугу від медичної допомоги і визнати її надання медичними суб'єктами державної і комунальної власності.

Відповідно, відбулось, як уже зазначалося вище, перетворення бюджетних установ на державні (казенні) і комунальні некомерційні підприємства, що за умов відсутності права приватизації медичних установ в Україні, означає реалізацію моделі їх автономізації. Одночасно інтегрована модель розподілу ресурсів замінюється моделлю контрактних відносин в площині «влада-заклад» (підприємство), якій відповідає модель закупівель медичних послуг, впровадження договірних відносин між постачальниками медичних послуг. З огляду на складність проблеми, процес даного типу перетворень є незавершеним, що викликає низку ознак для дискусії і по суті залишається однією з ланок алгоритму другого етапу реформи (2018-2020р.р.). Результатом першого етапу реформ також варто вважати реалізацію завдання оптимізації мережі в сільській місцевості, яка в даний час уже представлена центрами первинної медичної допомоги, амбулаторіями групової практики, амбулаторіями монопрактики, пунктами здоров'я.

В умовах децентралізації виникає проблема фінансового забезпечення процесів надання медичних послуг, оскільки реально формується модель багатоканального фінансування, складовими якої є кошти державного бюджету в розпорядженні Національної служби охорони здоров'я (НСЗУ) (60%-40%); кошти місцевих бюджетів (40%-60%); кошти, виділені під реалізацію цільових програм, кошти домогосподарств, кошти підприємств і кошти страхових компаній.

В рамках другого етапу реформи здійснено або здійснюються інші реформаторські дії. У 2020 р. на виконання Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» повністю запрацює програма медичних гарантій. [15]. Національна

служба здоров'я (НСЗУ) буде закуповувати медичні послуги у закладах охорони здоров'я всіх рівнів надання медичної допомоги, організаційно-правових форм (крім бюджетної установи) та форм власності і оплачувати їх за договором. Таким чином позиціонується право надавачів медичних послуг на бюджетне фінансування через процедуру закупівель медичних послуг, що супроводжується вимогою держави дотримання надавачами умов надання послуг та специфікації на конкретні послуги.

Обов'язковими умовами для укладення договорів з НСЗУ залишаються автономізація закладу (перетворення в комунальне некомерційне підприємство), комп'ютеризація. Підключення до ЦБ ЕСОЗ через обраний МІС, наявність діючої ліцензії на надання медичної допомоги, підписання договору з НСЗУ.

Вимоги до надання послуг згруповані в пакети медичних послуг. Пакет медичних послуг складається з переліку медичних послуг, до яких застосовується єдиний опис щодо специфікацій послуг і єдиних умов надання. Всі послуги, що включені до пакету, будуть оплачені з використанням єдиного типу тарифу.

Визначено основні пакети в розрізі: екстрена медична допомога; первинна медична допомога; вторинна (спеціалізована) і третинна (високоспеціалізована) допомога; паліативна медична допомога; реабілітаційна медична допомога. Визначені специфікації умови закупівлі ліків.

Враховуючи специфіку ринку медичних послуг, що формується, участь в ньому держави в особі НСЗУ, актуальними постають проблеми регуляторного середовища, аналіз витрат і фінансових ризиків.

З метою відпрацювання механізму взаємодії провайдерів медичної допомоги з платником (НСЗУ) при переході до фінансування та надання вторинної і висококваліфікованої допомоги за моделлю державних фінансових гарантій започатковані пілотні проекти (до прикладу Полтавський пілотний проект). Затверджені національні класифікатори (австрійська модифікація): НК 025:2019 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»; Національний класифікатор НК 026:2019 «Класифікатор медичних інтервенцій (АСНІ). [16]. Розроблена Програма «Впровадження регіональних систем Ефективне управління мережами медичних закладів в умовах децентралізації на

основі ціннісно-орієнтованого підходу до медичного догляду».

Затверджено уточнений перелік платних послуг у державних і комунальних закладах охорони здоров'я: 1) косметологічна допомога; 2) анонімне обстеження хвороб, що передаються статевим шляхом; 3) лікування безпліддя, в т.ч. запліднення; 4) оздоровчі масажі, гімнастика, бальнеологічні процедури; 5) консультування і лікування осіб з вокальними порушеннями; 6) лікування логоневрозів у дорослих; 7) операції штучного переривання вагітності; 8) медичні огляди для виїзної візи; 9) протезування; 10) корекція зору; 11) стоматологічна допомога; 12) медичне обслуговування закладів відпочинку; 13) медична допомога хворим на дому; 14) лабораторні, діагностичні, консультаційні послуги без направлення; 15) і т.д., всього 34 види [18].

Другий етап медичної реформи стартує 1.04.2020 р. В ньому задіяні медичні заклади (підприємства), які надають спеціалізовану (районні, міські) та висококваліфіковану медичну допомогу.

Це вплине на зміну характеру відносин на ринку медичних послуг, що стосуватиметься як споживачів, так і їх надавачів. Філософія надання медичних послуг зміниться радикально. По-перше, усунута буде прив'язка пацієнтів і фінансування до районних чи міських лікарень. Гроші за надану медичну послугу НСЗУ заплатять тій лікарні, яку обере пацієнт. Тобто кошти підуть за пацієнтом, що за оцінками НСЗУ створить середовище конкуренції між медичними закладами, зросте значимість оснащення лікарень, якості послуг, розшириться право вибору споживача медичної послуги відповідного їх провайдера.

Організаційно відносини на ринку виглядатимуть наступним чином: НСЗУ оплачуватиме медичні послуги лікарень другого і третього рівня лише за скерування сімейного лікаря відповідно до затверджених тарифів; без контролю і скерування сімейного лікаря пацієнт платить за своєї кишені; запроваджено буде систему скерувань до спеціалістів.

Зазначене актуалізує проблему готовності споживачів і надавачів медичних послуг до роботи в новому режимі. Моніторинг готовності системи до подальшого реформування засвідчує наступне: затверджений порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 р.; започатковано прийом пропозицій щодо укладення договорів про медичне обслуговування населення за Програмою медичних гарантій у 2020 р.; медичні заклади

автономізовані; визначена їх організаційно-правова форма – державні і комунальні підприємства, зазначені в Єдиному державному реєстрі (ЄДР); відкриті рахунки в органах Державної казначейської служби, рахунки в банку, на який надходять кошти від НСЗУ.

Актуальними залишаються проблеми, які мають розв'язувати комунальні підприємства, що фактично для забезпечення своєї роботи, як учасника ринку, визначає їх логіку дій: розроблення стратегічного плану розвитку лікарні; зміну організаційно-правової форми, автономізація; отримання ліцензії на медичну практику; комп'ютеризацію, забезпечення кожного робочого місця комп'ютером, підключення до «E-Health» (електронної системи охорони здоров'я); розроблення фінансового плану; укладання колективного договору на підприємстві; контракування (підписання договору з НСЗУ).

Фактично, це ще раз підтверджує вказане нами вище, що мова йде про формування контрактної моделі національного ринку медичних послуг, оскільки право на контракування поширюється на суб'єктів ринку всіх форм власності.

Аналіз моделі інституційного формування ринку медичних послуг в Україні засвідчує низку проблем і ризиків та прогнозованих тенденцій.

По-перше, з трикутника «держава-лікар-пацієнт» виключено фактичного надавача послуг – лікаря, а включено менеджера (помічника в організації послуг), що консервує загрозу збереження тіньового ринку (надання послуг в «кишеню»).

По-друге, в умовах складної економічної ситуації в країні, дефіциті державного бюджету і місцевих бюджетів, держава не зможе покривати високотехнологічну допомогу. А оскільки через економічне становище країни не можливо швидко створити адекватну систему страхування, є загроза відтоку спеціалістів в приватний сектор медицини, а відтак високої конкуренції в приватній медицині без гарантій якості, що вигідно менеджменту приватних клінік.

По-третє, відкриваються можливості більш високих темпів розвитку приватного сегменту ринку медичних послуг. Уже на сьогодні на національному та регіональних ринках медичних послуг працюють такі відомі клініки приватної медицини як Медичний центр «Медіком», що охоплює 10 закладів і поширив свою мережу на Київську і Одеську області, ТОВ «Сінево Україна», ТОВ «Сінево Схід» з мережею

224 заклади в 76 населених пунктах регіонів країни, ТОВ «Незалежна лабораторія «ІНВІТРО» (58 закладів у 28 населених пунктах), ТОВ «Смартлаб», що нараховує 63 заклади, які дислокуються в 17 населених пунктах регіонів, ТОВ «МЛ «ДІЛА» (74 заклади у 27 населених пунктах) та інші.

По-четверте, викликає сумнів, що приватні клініки врят чи будуть зацікавлені в договорах з НСЗУ без співоплати, тому є загроза, що їх пацієнти будуть сплачувати лікування повністю.

По-п'яте, суттєвих змін може зазнати структура медичних послуг. Це стосуватиметься скорочення частини медичних послуг, для яких характерна висока собівартість, і дрейфу структури послуг в користь високоприбуткових. Лише при досконалій конкуренції загрозливих деформацій можна уникнути, забезпечивши збалансованість попиту і пропозиції.

По-шосте, успішність реформування в системі медичного обслуговування, формування ринку медичних послуг значною мірою залежатиме від успіху адміністративно-територіальної реформи, завершення процесів децентралізації.

Інституційне закріплення в Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 13.07.2017 р., нових технологій фінансування формально створює умови для: появи у лікарень власного бюджету і права вибору варіанта їх витрачання; появи конкуренції між провайдером однакових послуг; перетворення пацієнтів в роботодавця для лікаря; поділу медичних послуг на платні, частково оплачувані державою, безкоштовні; імплементації програми медичних гарантій, підкріпленої щорічним фінансуванням у розмірі 5% ВВП; створення умов для використання полісів добровільного медичного страхування [14,с.44-47]. Реально це залежатиме від стану економіки країни та ступеня розвинутої страхового ринку.

Аналіз оцінок експертного середовища свідчить, що розбіжність думок про модель медицини в Україні (державної чи приватної, бюджетної чи страхової). Немає єдиної думки щодо участі приватних закладів в реформі і їх впливу на структурні зміни всередині системи. Прогнозуються такі тенденції:

– зростання мереж приватних медичних центрів з низьким прайсом. За рахунок великої масовості споживчих послуг, вони можуть стати

рентабельними;

– розвиток державно-приватного (публічно-приватного) партнерства;
– загострення конкуренції між державними і приватними закладами;
– стримуючим чинником розвитку ринку може стати ризиковість участі приватних клінік у наданні послуг в рамках медичних реформ (закладені тарифи на рік не зможуть повністю покрити витрати на лікування, які понесуть приватні клініки [12]).

Не зважаючи на зазначене, можна стверджувати, що фактично закладаються основи для ринкової моделі медицини з участю держави, що створює певні виклики для менеджменту медичних суб'єктів – підприємств (провайдерів медичних послуг) і публічного управління.

Стосовно підготовки до переходу до нової моделі функціонування охорони здоров'я для менеджменту медичних закладів різних форм власності важливо:

1) виявляти можливість і готовність населення (країни, регіону, міста, району) до споживання окремих видів медичних послуг, які надає цей заклад. Адже саме цей контингент споживачів може виступити гарантом формування бюджету медичного підприємства для забезпечення функціональної діяльності та збереження і розвитку висококваліфікованого персоналу;

2) реалізувати політику залучення партнерів – страхових компаній, благодійних фондів, волонтерських організацій, юридичних служб, банків, асоціацій споживачів, центрів підвищення кваліфікації персоналу, закладів торгівлі у сфері реалізації лікарських засобів і предметів санітарної допомоги, діагностичних та інших закладів охорони здоров'я для забезпечення безперебійного та якісного надання медичних послуг;

3) зосередити увагу на освоєнні та імплементації інновацій в методиках лікування, нових технологій лікування і оздоровлення;

4) імплементувати в практику сучасні системи контролю якості надання медичних послуг і дотримання стандартів лікування;

5) розширити практику проведення різних форм підвищення кваліфікації, обміну досвідом, тренінгів, в т.ч. щодо підготовки до переходу до страхової медицини.

Зміна системи охорони здоров'я, створення і розвиток ринків медичних послуг створює нове середовище їх надання, якому

характерна імплементація механізму відносин «держава-орган місцевого самоврядування-заклад охорони здоров'я (некомерційне підприємство), приватний підприємець-пацієнт». З огляду на те, що процес трансформації відносин охопив всі рівні адміністративно-територіальної системи країни, та враховуючи проблему посилення економічної і соціальної безпеки, нові виклики постають перед публічним управлінням, зокрема:

1) необхідність посилення контролю за дотриманням ліцензійних умов і ухиленням деяких закладів від акредитації, дотриманням стандартів приватними медичними закладами та фізичними особами, що надають медичні послуги;

2) сприяння створенню спеціалізованих медико-юридичних служб для юридичного консультування стейкхолдерів ринку та медичного персоналу;

3) формування чіткої позиції щодо подальшої участі державного і комунального сектору в розвитку ринку медичних послуг і фінансуванні, а також щодо імплементації страхової медицини. Загроза невизначеності і неможливості створення страхової медицини в короткий період супроводжується тим, що основний фінансовий тягар у 2018-2019 р.р., як і у 2015-2017 р.р. падає на домогосподарства. Якщо у 2017 р. загальні видатки на охорону здоров'я на душу населення в Україні склали 181,3 дол.США, то державні лише 96,6 дол.США або 50% [12]. З 97,7% домогосподарств, які потребували медичної допомоги, як уже вказувалося, 22,7% вказали про її недоступність [12];

4) вирішення проблеми оптимізації медичної інфраструктури за умови реформи бюджетної децентралізації і утримання некомерційних комунальних підприємств, що надають медичні послуги, органами місцевої влади, а також через існування проблеми неспівпадіння функціональних утворень – госпітальних округів з межами сформованих територіальних громад та усунення конфліктів в процесі просторового розвитку;

5) необхідність організації досліджень регіональних і локальних ринків медичних послуг з метою виявлення просторових асиметрій, проблем невідповідності розмірів фінансування в частині, що гарантується населенню;

б) активізація процесів формування і реалізації проектів публічно-

приватного партнерства, вироблення стратегії розвитку медицини в рамках стратегій розвитку об'єднаних територіальних громад, імплементація практики аналізування рівня конкуренції на регіональних і локальних ринках послуг; розроблення та реалізації програм підтримки підприємництва на цих ринках.

В полі зору менеджменту медичних суб'єктів і органів публічної влади мають стати такі спільні проблеми як розвиток сумісних ринків, переходу до страхової медицини, легалізації тіньового ринку, створення моделі взаємодії влади і виробників медичних послуг в регіоні, адміністративному районі, госпітальному окрузі, об'єднаній територіальній громаді.

Вкрай актуальною залишається проблема статистичного відображення трансформаційних процесів на ринку медичних послуг за основними індикаторами.

Формування ринку медичних послуг вимагає розбудови інститутів публічного управління. Законодавчо необхідно закріпити статус інституту професійного самоврядування, організованого для соціально-правового захисту фахівців медичної та правової сфери, зокрема прийняття законів «Про самоврядування медичних професій в Україні», «Про професійне самоврядування медичних професій в Україні».

1.6. Модернізація системи державного регулювання ринку лікарських засобів в Україні

Забезпечення доступності лікарських засобів (ЛЗ) на принципах якості, ефективності та безпеки є стратегічною метою розвитку країни і в умовах кризового становища української економіки та значного падіння рівня платоспроможного попиту населення значно посилюється увага до ефективності регуляторної політики держави в сфері торгівлі лікарськими засобами.

Сектор виробництва та реалізації ЛЗ є ключовим елементом соціальної та гуманітарної політики держави, оскільки забезпечує населення ліками та медичними виробами, виступає важливим елементом ефективної організації системи охорони здоров'я. Тому фармацевтичний сектор є об'єктом прискіпливого державного регулювання. Основною метою функціонування регуляторної системи на фармацевтичному ринку є насамперед забезпечення якості та

ефективності ліків, що виготовляються та реалізуються кінцевому споживачу. Для цього держава встановлює правила доступу ліків на ринок, форми та процедури контролю якості лікарських засобів у процесі їх виробництва та реалізації, а також визначає кваліфікаційні вимоги для суб'єктів, що здійснюють виробництво та реалізацію ліків. Державне регулювання впливає на фізичну доступність ліків, встановлюючи правила закупівель ЛЗ за державні кошти, правила їх реалізації в оптово-роздрібній мережі. Система державного регулювання фармацевтичного ринку значною мірою впливає і на економічну доступність ліків для кінцевого споживача шляхом встановлення прямих і непрямих способів регулювання цін і забезпечення схем відшкодування витрат на лікарські засоби. На нашу думку, ефективною можна назвати таку систему регулювання фармацевтичного ринку, яка забезпечує економічну та фізичну доступність безпечних, якісних та ефективних ліків для пацієнтів, при цьому мінімізуючи регуляторні витрати і держави, і бізнесу. Система регуляторної політики в сфері торгівлі лікарськими засобами, є складним багаторівневим утворенням, ефективне функціонування якого залежить від наявності інституційно-правових, економічних та соціальних детермінант (рис 1.)

Регуляторна політика у сфері торгівлі лікарськими засобами в Україні є неефективною, оскільки не забезпечується цінова доступність медичних препаратів. Середній рівень аптечної націнки, залежно від категорій товарів аптечного кошика варіюється у діапазоні [26,5%...43,2%], тобто перевищує дозволений МОЗ рівень на 25%. Виникнення таких цінових диспропорцій пояснюється відсутністю базових економічних детермінант: реімбурсації вартості ліків, референтного ціноутворення, фармакоеконічного аналізу собівартості їх виробництва, а також фармакологічного дослідження терапевтичних властивостей біосимулярів та дженериків.

Для вдосконалення регуляторної політики в сфері торгівлі лікарськими засобами пропонується концептуальна модель, що визначає канали регуляторного впливу держави на суб'єктів фармацевтичного ринку (вітчизняні й іноземні виробники ліків, представництва іноземних компаній, імпортери, оптові дистриб'ютори, роздрібні дистриб'ютори, заклади охорони здоров'я) через: регулювання доступу компаній на ринок, контроль за якістю ліків, допуск лікарських засобів на ринок та

Ефективність регуляторної політики в сфері торгівлі лікарськими засобами		
<i>Інституційно-правові детермінанти</i>	<i>Економічні детермінанти</i>	<i>Соціальні детермінанти</i>
Інституційні детермінанти: модель організації системи охорони здоров'я, розвиток конкурентних відносин; загальна оцінка темпів зростання фармакологічного ринку, наявність конкуренції. Правові детермінанти: Наявність відповідної нормативно-правової бази, політична стабільність; ефективність державних органів, що здійснюють регулювання в сфері торгівлі медичними препаратами; рівень якості громадських інститутів та структур, що здійснюють контроль за якістю ліків; гармонізація національного законодавства із законодавством ЄС; впровадження міжнародних стандартів в дозвільних процедурах; вдосконалення механізмів управління; спрощення регуляторних процедур	Оцінка системи фінансування охорони здоров'я: державне регулювання цін на лікарські засоби; фінансування витрат на охорону здоров'я; запровадження нової моделі ціноутворення на лікарські засоби; референтне ціноутворення; використання механізмів оцінки собівартості та ціни реалізації ліків; проведення фармакоеконічного аналізу; економічна ефективність виробництва дженериків та біосимулярів; реімбурсація; механізм закупівлі ЛЗ; механізм державного замовлення; залучення коштів у сектор охорони здоров'я загальні витрати на охорону здоров'я як відсоток від номінального ВВП; розподіл загальних витрат за джерелами фінансування	Механізми поступового впровадження страхової медицини; підвищення купівельної спроможності населення; розширення платоспроможного попиту домогосподарств та фінансова підтримка держави, розширення можливостей придбання ліків
Результативність регуляторної політики в сфері торгівлі лікарськими засобами		
Обсяг торгівлі лікарськими засобами за рецептом у натуральному вираженні		

Рис. 1. Детермінанти функціонування національної системи регулювання торгівлі ліками

регулювання на принципах результативності, ефективності, прозорості регуляторних процедур, узгодженості діяльності інституційних органів для забезпечення економічної та фізичної доступності безпечних, якісних і ефективних ліків для населення, при мінімізації регуляторних витрат держави і бізнесу (рис. 2).

Інструментарій регулювання сфери торгівлі лікарськими засобами передбачає розподіл на загальні та спеціальні способи здійснення регуляторного впливу на сферу торгівлі лікарськими засобами. До загальних інструментів регулювання віднесено: допуск ліків на ринок (доклінічні випробування, клінічні випробування, реєстрація ліків, перереєстрація ліків, фармакологічний нагляд) та допуск суб'єктів господарювання на ринок (ліцензування виробників, ліцензування оптових дистриб'юторів, ліцензування аптек, сертифікація фармацевтів). Спеціальні інструменти: постмаркетинговий нагляд (контроль вже реалізованих медичних препаратів, визначення їх клінічної ефективності) та економічне регулювання (оподаткування та рівень імпорتنних тарифів, граничний рівень оптових і роздрібних цін на медичні препарати, граничний рівень торговельної націнки).

Вдосконалення фармацевтичного ринку в Україні може відбуватися двома шляхами.

Перший варіант передбачає розвиток національної фармацевтичної системи шляхом надання першочергової підтримки підсистемі генерації знань з метою збільшення кількості проведених наукових досліджень і розробок інноваційних медичних препаратів.

Основним недоліком першого варіанта є значний ризик виникнення невідповідності результатів наукових досліджень і розробок вимогам і потребам споживачів ліків в Україні та переорієнтації вітчизняного науково-технічного потенціалу на задоволення потреб фармацевтичного ринку економік інших держав. Розв'язання проблеми за першим варіантом передбачає, що формування та реалізація державної фармацевтичної політики у відповідних галузях економіки здійснюватиметься відповідними органами виконавчої влади самостійно, що може спричинити дублювання їх функцій та ускладнити процес вирішення окремих стратегічних питань розвитку національної інноваційної системи.

Другий, оптимальний варіант передбачає розвиток національної фармацевтичної системи шляхом здійснення комплексу заходів щодо збалансованого розвитку усіх підсистем національної фармацевтичної системи, підтримки інноваційної активності вітчизняних суб'єктів господарювання на всіх стадіях інноваційного виробництва ліків, стимулювання попиту на результати наукових досліджень і розробок

медичних препаратів, наявність кваліфікованого персоналу, створення сприятливих умов для виробництва інноваційної фармацевтичної продукції з високим рівнем доданої вартості.

Розв'язання проблеми за другим варіантом потребує узгодження державної промислової, фінансової, податкової політики з державною політикою у сфері освіти, наукової, науково-технічної та інноваційної діяльності.

Основними завданнями розвитку національної фармацевтичної системи є створення конкурентоспроможного вітчизняного сектору наукових досліджень і розробок ліків та забезпечення умов для його розширеного відтворення.

Забезпечення інноваційної спрямованості системи медичної освіти шляхом:

- підвищення рівня комп'ютеризації медичних вищих навчальних закладів;
- активізації науково-технічної та інноваційної діяльності медичних вищих навчальних закладів та збільшення обсягу їх бюджетного фінансування;
- утворення інноваційних структур в системі медичної освіти;
- реформування системи медичної освіти з урахуванням вимог європейських стандартів і збереженням культурних та інтелектуальних національних традицій.

Підвищення результативності вітчизняного фармацевтичного сектору в сфері наукових досліджень і розробок з метою посилення його ролі у забезпеченні розвитку національної економіки шляхом:

- інтеграції вітчизняного сектору наукових досліджень і розробок в фармацевтичній сфері до світового фармацевтичного ринку, сприяння розвитку міжнародного партнерства у сфері науково-технічної та інноваційної діяльності з метою розширення номенклатури наявних в Україні медичних препаратів;
- збільшення частки наукових та науково-технічних досліджень, спрямованих на створення нових ліків;
- орієнтації національних товаровиробників на створення високотехнологічної конкурентоспроможної та екологічно чистої медичної продукції;
- врахування кон'юнктури світового фармацевтичного ринку під час

визначення пріоритетних напрямів розвитку науки і техніки та інноваційної діяльності в сфері виробництва медичних препаратів.

Забезпечення розширеного відтворення знань на основі інтеграції діяльності вищих навчальних закладів, академічних та галузевих медичних наукових установ шляхом:

- підвищення рівня фондоозброєності державного сектору наукових досліджень і розробок в фармацевтичній сфері;
- концентрації ресурсів на пріоритетних напрямках розвитку науки і техніки та інноваційної діяльності, створенні умов для організації високотехнологічного виробництва медичних препаратів в Україні;
- посилення взаємодії освіти та науки, створення університетів дослідницького типу на базі провідних медичних вищих навчальних закладів;
- стимулювання процесу підвищення кваліфікації, розвиток системи дистанційного навчання медиків та науковців в сфері розробки ліків;

Передбачається і розвиток інноваційної інфраструктури шляхом:

- забезпечення розвитку системи фінансово-кредитної підтримки реалізації конкурентоспроможних інноваційних медичних програм і проектів;
- забезпечення розвитку мережі спеціалізованих медичних небанківських інноваційних фінансово-кредитних установ, їх ефективної діяльності та розширення прав зазначених установ на участь у створенні корпоративних інвестиційних фондів фінансування медичних розробок;
- впровадження механізму страхування ризиків під час реалізації високотехнологічних проектів в сфері створення медичних препаратів;
- створення умов для інвестування венчурного капіталу у високотехнологічні проекти виробництва ліків;
- впровадження механізму надання на конкурсній основі грантової підтримки вченим-медикам та утворюваним ними малим інноваційним фармацевтичним підприємствам за рахунок державних та інших коштів, а також сприяння міжнародному науково-технічному співробітництву, в рамках якого надається така підтримка.

Впровадження ефективного механізму державно-приватного партнерства, спрямованого на досягнення високого рівня конкурентоспроможності вітчизняної медичної продукції на світовому ринку в окремих секторах наукоємного виробництва переважно на

основі впровадження вітчизняних медичних технологій шляхом:

- використання результатів науково-технологічного прогнозування та пріоритетних напрямів розвитку медицини та інноваційної діяльності в сфері виробництва ліків під час розроблення та внесення змін до державних цільових програм;
- впровадження механізму стимулювання інвестування власних або залучених коштів виконавцями проектів за державними цільовими програмами розробки інноваційних медичних препаратів;
- створення умов для проведення вітчизняними підприємствами, науковими установами і вищими навчальними закладами спільних медичних досліджень;
- надання державної фінансової підтримки для реалізації середньо- та довгострокових інвестиційних проектів державного значення, спрямованих на створення високотехнологічної медичної продукції.

Забезпечення підтримки та захисту національного виробника шляхом:

- сприяння експорту вітчизняних медикаментів на світовий ринок, в тому числі за рахунок створення умов для визнання вітчизняних технічних стандартів та регламентів виробництва медичної продукції або їх адаптацію до українського законодавства;
- надання фінансової підтримки для патентування об'єктів промислової інтелектуальної власності на створені рецепти ліків за кордоном;
- проведення виставкових заходів у сфері медичної та фармацевтичної діяльності, надання підтримки виставковій діяльності вітчизняних виробників високотехнологічної фармацевтичної продукції;
- сприяння утворенню за кордоном філій українських науково-технологічних установ, інноваційних підприємств та структур.

Реалізація напрямів та виконання завдань розвитку національної фармацевтичної системи має:

- створити умови для провадження ефективної діяльності суб'єктами, які створюють (сприяють створенню) та поширюють нові медичні знання та технології, а також застосовують їх у господарській діяльності виробництва медичних препаратів;
- збільшити частку фармацевтичної продукції в прирості валового внутрішнього продукту, яка повинна досягти не менш як 10 %

загального обсягу приросту валового внутрішнього продукту;

- забезпечити інтеграцію вітчизняного фармацевтичного сектору наукових досліджень і розробок до світового науково-технологічного простору та активізувати залучення об'єктів інтелектуальної власності, матеріальних, фінансових і кадрових ресурсів для забезпечення технологічного розвитку національного фармацевтичного виробництва;
- збільшити до 50% частку інноваційної фармацевтичної продукції в обсязі виробництва ліків в Україні;
- підвищити до 60% частку інноваційно активних підприємств у фармацевтичній промисловості та до 30 % частку сектора високотехнологічних виробництв у структурі виробництва ліків;
- збільшити у 5-7 разів обсяг експорту українських ліків.

Таким чином, забезпечення захисту прав інтелектуальної власності, відкриття спеціалізованих державних програм фінансування НДДКР ліків та, як наслідок, створення національної фармацевтичної системи є основним інструментом стимулювання зростання валового випуску та рівня інноваційності української економіки. Розробка та впровадження програм цільової державної підтримки НДДКР ліків, усунення монополізації окремих секторів фармацевтичного ринку України, створить сприятливі умови для стійкого розвитку національної економіки, підвищення її технологічного рівня.

1.7. Управління закладами охорони здоров'я регіону в умовах медичної реформи

Для дослідження трансформації системи управління охороною здоров'я на регіональному рівні розглянемо специфіку функціональної діяльності Управління охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації (Управління охорони здоров'я Тернопільської ОДА). Дана структура є основним державним органом, яких уповноважений здійснювати завдання і функції держави в управлінні сферою охорони здоров'я.

У контексті аналізу організаційних основ реалізації досліджуваним державним органом функціональної діяльності в умовах реформування сфери охорони здоров'я і з урахуванням того, що цей орган є складовою системи охорони здоров'я України, скористаємось інформацією, поданою у Національній стратегії побудови нової системи охорони

здоров'я в Україні на період 2015-2025рр. [1]. У цьому документі вказано, що «політичне керівництво і виконавча, а також законодавча гілки української влади зберегли в незмінному стані систему охорони здоров'я, що була успадкована з радянського періоду, а саме комплексну модель Семашка, що належала і фінансувалась державою, була спрямована на утримання лікарень, з надзвичайно фрагментованим управлінням та послугами, які були зосереджені на лікуванні окремих нетяжких гострих станів, та фактичною відсутністю профілактики. Система ігнорувала потреби здорового населення та не могла відповісти на зростаючий тягар неінфекційних захворювань. Система була розроблена після Другої світової війни для боротьби з інфекційними захворюваннями і травмами, які в цілому є наслідком зовнішніх причин, а не визначаються особистісною поведінкою, система опікувалась питаннями здоров'я матері і дитини, але в цілому то був час, коли комунікації були ускладненими, а медичні технології недорогими. Система також ігнорувала міжнародні тенденції модернізації та зміцнення СОЗ (наприклад, не надавалося місце та можливості для розвитку приватного сектора), система не змогла забезпечити формування політики в таких вкрай важливих областях як інформаційні технології. Існує багато доказів того, що система продовжує культивувати значні осередки неефективності та корупції» [1].

Діяльність Управління охорони здоров'я Тернопільської ОДА спрямована на реалізацію конституційного права мешканців Тернопільщини на охорону здоров'я, виконання Указів Президента України, постанов Кабінету Міністрів України інших законодавчих актів, які передбачають проведення глибоких структурних змін у медичній галузі, запровадження європейських стандартів забезпечення права громадян на медичну допомогу, кінцевим результатом чого є збереження генофонду нації.

Основні завдання Управління охорони здоров'я Тернопільської ОДА відповідно до визначених галузевих повноважень представлені на рис. 1.

Для виконання завдань Управління охорони здоров'я Тернопільської ОДА в установленому законодавством порядку та у межах повноважень взаємодіє з іншими структурними підрозділами, апаратом Тернопільської ОДА, районними державними адміністраціями, органами місцевого самоврядування, територіальними органами

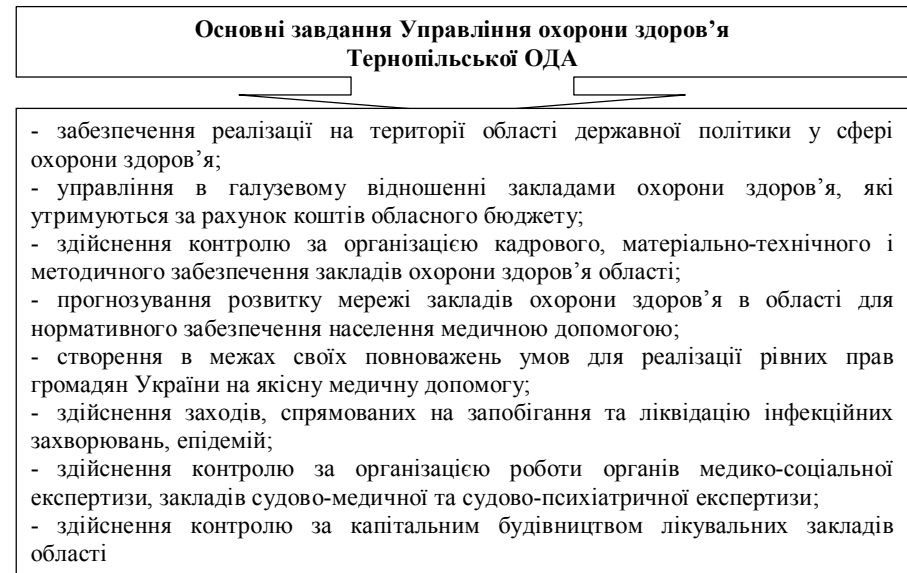


Рис. 1. Основні завдання управління охороною здоров'я регіону

міністерств, інших центральних органів виконавчої влади, а також підприємствами, установами та організаціями з метою створення умов для провадження послідовної та узгодженої діяльності щодо строків, періодичності одержання і передачі інформації, необхідної для належного виконання покладених на нього завдань та здійснення запланованих заходів.

У відповідності до завдань, виконуваних Управлінням охорони здоров'я Тернопільської ОДА, Положення про цей державний орган у пункті 6 закріплює його функції.

Організаційні основи реалізації досліджуваним державним органом функціональної діяльності в умовах реформування сфери охорони здоров'я відображаються у значній кількості позицій пункту 6 Положення про державний орган, що відображає рис. 2.

Аналіз позицій пункту 6 Положення про Управління охорони здоров'я Тернопільської ОДА показує, що організаційні основи реалізації досліджуваним державним органом функціональної діяльності в умовах реформування сфери охорони здоров'я є двонаправленими і мають внутрішньо- і зовнішньоорганізаційне спрямування.

Позиції Положення про Управління охорони здоров'я Тернопільської ОДА, які відображають організаційні аспекти реалізації ним функціональної діяльності в умовах реформування сфери охорони здоров'я

- 1 – організує виконання Конституції і законів України, актів Президента України, Кабінету Міністрів України, наказів міністерств, інших центральних органів виконавчої влади та здійснює контроль за їх реалізацією;
- 2 – забезпечує ефективне і цільове використання бюджетних коштів;
- 3 – готує самостійно або разом з іншими структурними підрозділами інформаційні та аналітичні матеріали для подання голові Тернопільської ОДА;
- 4 – забезпечує здійснення заходів щодо запобігання і протидії корупції;
- 5 – здійснює повноваження, делеговані органами місцевого самоврядування;
- 6 – готує пропозиції та забезпечує організацію виконання заходів щодо проведення реформування у сфері охорони здоров'я відповідно до визначених Міністерством охорони здоров'я України завдань;
- 7 – здійснює організаційне і методичне керівництво роботою закладів охорони здоров'я з питань надання лікувально-профілактичної допомоги населенню області;
- 8 – забезпечує у визначений законом строк розгляд звернень громадян та їх об'єднань, вживає заходів до усунення причин, що породжують скарги громадян про порушення їх прав і законних інтересів;
- 9 – здійснює моніторинг та інформаційний супровід процесів реформування;
- 10 – сприяє розвитку мережі закладів охорони здоров'я в області згідно з вимогами чинного законодавства;
- 11 – сприяє реалізації права громадян на участь в управлінні охороною здоров'я шляхом проведення відповідної громадської експертизи, налагодження діяльності громадських консультативних або наглядових рад, громадських організацій працівників охорони здоров'я та інших об'єднань громадян;
- 12 – забезпечує у межах своїх повноважень дотримання вимог законодавства з охорони праці, пожежної безпеки тощо

Рис. 2. Організаційні аспекти реалізації функціональної діяльності в сфері управління закладами охорони здоров'я регіону умовах реформи

Аналізуючи наведений перелік позицій, які мають стосунок до організації здійснення досліджуваним державним органом функціональної діяльності в умовах реформування сфери охорони здоров'я, можемо стверджувати, що така функціональна діяльність знаходиться «в тренді» процесів європеїзації як світової тенденції розвитку інституту державної служби. На користь цього свідчать позиції Положення про Управління охорони здоров'я Тернопільської ОДА, які синхронні з принципами публічного адміністрування, зафіксованими у

законодавстві європейських країн, зокрема: відкритості (пункти 4, 9 Положення); відповідальності (пункти 2, 8, 9, 12 Положення); принцип участі (залучення громадян до процесів прийняття рішень) (пункт 11 Положення); результативності (пункти 7, 9, 10 Положення).

Однак, вкажемо на те, принципом публічного адміністрування, зафіксованим у законодавстві європейських країн, є принцип організаційної спроможності, який не зафіксований у Положенні, а тому вимагає правового закріплення. Це обумовлюється тим, що принцип організаційної спроможності є наскрізним і повинен лежати в основі управлінських елементів та способів їх інформаційної, організаційної, мотиваційної, кадрової та фінансово-економічної взаємодії, спрямованих на активацію, подальшу активізацію (підвищення інтенсивності дій) та досягнення прогресуючої динаміки показників розвитку об'єкта управління (системи охорони здоров'я Тернопільського регіону) з метою підвищення ефективності прийняття управлінських рішень щодо досягнення відповідного рівня спроможності цієї системи. Отже, принципом публічного адміністрування, зафіксованим у законодавстві європейських країн, але не зафіксованим у Положенні про Управління охорони здоров'я Тернопільської ОДА, є принцип організаційної спроможності. Це унеможливує досягнення прогресуючої динаміки показників розвитку як Управління охорони здоров'я Тернопільської ОДА, так і об'єкта його управління (системи охорони здоров'я Тернопільського регіону) з метою підвищення ефективності прийняття управлінських рішень щодо досягнення відповідного рівня спроможності цієї системи.

На продовження вказаного вище зазначимо, що розпорядженням голови обласної державної адміністрації від 21 травня 2018 року №404-од «Про затвердження Плану спроможної мережі надання первинної медичної допомоги Тернопільської області» затверджено спроможну мережу, до якої ввійшли: 17 центрів первинної медичної допомоги (тип Ц), 66 амбулаторій групової практики (тип АГ), 118 амбулаторій монопрактики (тип АМ), 249 пунктів здоров'я (тип ПЗ). Це дозволить вирішити ряд проблем регіональної сфери охорони здоров'я.

Однак, проблемними питаннями, які сьогодні вимагають вирішення, залишаються такі: недостатні фінансування для забезпечення життєдіяльності установ та кошти на реалізацію програм і заходів щодо

покращення показників функціонування галузі охорони здоров'я регіону; недосконалість програмного супроводу забезпечення діяльності, покращення кількісних і якісних показників роботи кадрового складу; недосконалість електронного документообігу в Управлінні; нераціональна завантаженість працівників через нерівномірний розподіл доручень між ними; відсутність в державному органі ефективних методів моніторингу і контролю діяльності персоналу та стимулювання працівників до постійного самоконтролю і вдосконалення роботи, підвищення професійної компетентності; відсутність прямої залежності між виконаною працівником роботою і оплатою його праці; неналежне використання у діяльності державного органу пропозицій громадськості, позитивного досвіду, які спрямовані на покращення якості надання послуг, підвищення ефективності діяльності Управління (значною мірою це обумовлено недосконалістю правових основ роботи державного органу).

Ключові показники, які характеризують функціонування і розвиток сфери охорони здоров'я у Тернопільській області за 2017-2018 роки представлені в табл. 1.

Таблиця 1

Ключові показники, які характеризують функціонування і розвиток сфери охорони здоров'я у Тернопільській області за 2017-2018 роки

Показники	2017 рік	2018 рік
Обсяг витрат місцевих бюджетів в галузі "Охорона здоров'я у розрахунку на одиницю населення, грн.	1699,4	1887,1
Забезпеченість населення стаціонарними ліжками у розрахунку на 10 тис. населення, ліжок	79,1	76,1
Забезпеченість лікарями загальної практики сімейної медицини на 10 тис. населення, осіб	5,0	5,28
Кількість померлих дітей віком до одного року на 1000 народжених живими, проміле	8,34	6,08
Кількість осіб, що хворіють на активний туберкульоз, на 100 тис. населення, осіб	37,1	33,3
- в тому числі в сільській місцевості, осіб	38,0	36,5
Кількість осіб, в яких вперше виявлено онкозахворювання на 100 тис. населення, осіб	322,5	325,2
- в тому числі в сільській місцевості, осіб	306,3	302,1

Примітка: складено на основі інформації Управління охорони здоров'я Тернопільської ОДА

Доповнюючи показники (щодо онкозахворювань і захворювань на активний туберкульоз), подані в табл. 1, вкажемо на зростання показника онкологічної захворюваності в Тернопільському регіоні за 9 місяців 2019 року порівняно з аналогічним періодом 2018 року на 2,1%. За цей же період 2019 року в 23,3% випадків вперше діагностованих злоякісних новоутворень захворювання виявлено в запущеній стадії. Показник запущеності захворювань на злоякісні утворення за 9 місяців 2019 року порівняно з 2018 роком вищий на 4,1% (у 2018 році він становив 19,2%).

Вищим від середньообласного показника за 9 місяців 2019 року були показники загальної запущеності у Козівському (29,6%), Борщівському (26,8%), Гусятинському та Тербовлянському (по 26,4%), Тернопільському (25,6%), Зборівському (24,7%), Шумському (23,6%) районах та в м. Тернополі (25,5%). Значно знизився у 2019 році показник онкологічної запущеності в порівнянні з аналогічним періодом 2018 року в Бережанському (з 26,9% до 10%) та Підгаєцькому (з 23,9% до 14,6%) районах.

Показник запущеності серед первинних онкологічних пацієнтів з візуальними формами раку також вищий ніж за 9 місяців 2018 року. Так, питома вага первинних пацієнтів з візуальними формами раку, які виявлені в III-IV стадії за 9 місяців 2019 року склала 23,2% (за 9 місяців 2017 року – 18,1%). Високий показник запущеності візуальних локалізацій зареєстровано в таких районах: Борщівський (40,0%), Підволочиський (35,7%), Чортківський (30,2%), Бережанський (27,6%), Гусятинський та Зборівський (по 26,7%), Тербовлянський (25,7%), Збарзький (24,5%). В Монастирському районі частка запущених візуальних локалізацій зменшилась з 15% у 2018 році до 7,1% у 2019 році.

Вищою порівняно з минулорічним періодом є запущеність при ЗН: ротової порожнини (72,9% за 9 місяців 2019 року проти 70,0% за 9 місяців 2018 року), ротоглотки (100% проти 50,0%), меланомі (20,5% проти 13,3%), немеланомних ЗН шкіри (2,6% проти 1,4%), молочної залози (31,1% проти 22,7%), піхви (40,0% проти 25,0%), шийки матки (20,3% проти 9,5%), яєчка (40,0% проти 16,7%), щитовидної залози (23,4 проти 23,1%).

За 9 місяців 2019 року в Тернопільській області збільшилась захворюваність на туберкульоз. За цей період в області зареєстровано

285 хворих на активний туберкульоз, що вище показника 2018 року на 14 хворих осіб. Показник захворюваності за 9 місяців 2019 року становив 27,2% на 100 тис. населення проти 25,8% за аналогічний період 2018 року.

Вища від обласного показника захворюваність на активний туберкульоз за 9 місяців 2019 року відзначалася у: Бережанському – 39,9, Бучацькому – 31,6, Зба-разькому – 29,7, Зборівському – 29,3, Козівському – 32,0, Кременецькому – 39,9, Монастирському – 33,1, Підволочиському – 28,6, Підгаєцькому – 33,2 районах.

Питома вага деструктивних форм туберкульозу легень за 9 місяців 2019 року знизилась майже на 3% і у порівнянні з аналогічним періодом 2018 року становила 50,6%.

Найвищі показники деструктивних форм туберкульозу легень за 9 місяців 2019 року виявлено у: Борщівському – 64,8%, Бучацькому – 57,9%, Заліщицькому – 62,5%, Збаразькому – 62,5%, Монастирському – 77,8%, Підволочиському – 60,0%, Шумському – 75,0% районах. Зменшилась частка деструктивних форм в Бережанському (з 55,6% до 33,3%), Зборівському (з 83,3% до 30,0%), Козівському (з 76,9% до 36,4%), Кременецькому (з 75,0% до 45,8%), Лановецькому (з 60% до 40%), Тербовлянському (з 80% до 46,7%) районах. Також відмічалось зменшення рівня захворюваності на туберкульоз серед сільського населення, який за 9 місяців 2019 року становив 27,2% на 100 тис. населення (проти 27,9% за аналогічний період 2018 року), та частка деструктивних форм з 51,4% за 9 місяців 2019 року до 55,9% у 2018 році.

Зважаючи на наведені вище показники, завданнями, що виконувались державним органом у 4 кварталі 2019 року, були: забезпечення надання якісних медичних послуг; раннє та своєчасне виявлення візуальних форм раку сімейними лікарями; популяризація здорового способу життя, раціонального харчування, фізичної активності, відмови від шкідливих звичок серед населення.

Практика реформування сфери охорони здоров'я Тернопільського регіону супроводжується відпрацюванням і створенням конкурентоспроможних закладів первинного, вторинного і третинного рівнів.

Реформування первинного та вторинного рівня надання медичної допомоги в Тернопільському регіоні у 2019 році характеризується наступними тенденціями.

Основними завданнями медичної галузі області на первинному рівні надання медичної допомоги у 2019 році були: завершення укладання декларацій з сімейними лікарями; перетворення закладів охорони здоров'я в комунальні некомерційні підприємства; підписання договорів про медичне обслуговування з Національною службою здоров'я України.

Первинна медико-санітарна допомога в Тернопільській області у 2019 році надається 24 центрами первинної медико-санітарної допомоги, 221 амбулаторіями загальної практики-сімейної медицини та 730 фельдшерсько-акушерськими та фельдшерськими пунктами.

Із 24 центрів первинної медико-санітарної допомоги – 6 діють в складі наступних ОТГ: смт. Заводське Чортківського району, смт. Мельнице-Подільськ Борщівського району, с. Заложці Зборівського району, с. Колиндяни Чортківського району, м. Ланівці, м. Шумськ.

У 16 об'єднаних територіальних громадах функціонують медичні заклади первинної ланки, що є відокремленими та незалежними від районної юрисдикції. Це такі громади, як Заводська селищна рада в смт. Заводське, Колиндянська, Мельнице-Подільська, Скала-Подільська, Більче-Золоте, Озерянська, Скалатська, Новоселівська, Байковецька, Вишнівецька, В.Гаївська, Залозецька, Козлівська, Борсуківська, Лановецька, Шумська.

Усі заклади первинної медичної допомоги області підключені до електронної системи охорони здоров'я на 100%, перетворені в комунальні некомерційні підприємства та підписали договір з НСЗУ.

З 1 січня 2019 р. заклади охорони здоров'я області, які надають первинну медичну допомогу, перейшли на нову модель фінансування за кавітаційною ставкою.

Трансформація системи охорони здоров'я, першою чергою, змінює модель фінансування медичних закладів. Зміни розпочались саме з первинної ланки, де з липня 2018 року запрацював принцип «гроші йдуть за пацієнтом». Тобто, людина обирає свого сімейного лікаря, терапевта або педіатра, а Національна служба здоров'я України (далі НСЗУ) платить кошти за договором у той заклад, де працює лікар. Таким чином, якщо раніше держава утримувала медичні заклади, то тепер оплачує конкретний пакет медичних послуг, наданий пацієнтам у цьому закладі. Щоб скористатися гарантованим безоплатним пакетом

послуг на первинній ланці, пацієнт має підписати декларацію з сімейним лікарем, терапевтом чи педіатром.

Пацієнтам, які не обрали свого сімейного лікаря, або знаходяться у відпустці чи відрядженні, сімейний лікар, терапевт або педіатр надасть безоплатно медичну допомогу у невідкладному стані. Це регламентується наказом МОЗ №503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу».

За 9 місяців 2019 року з Національною службою здоров'я України уклали договори про медичне обслуговування населення 45 надавачів первинної медичної допомоги, в тому числі 36 комунальних некомерційних підприємств та 9 ФОП (4 у Борщівському районі, 2 – у Шумському, по 1 – у Підволочиську, Озерній, Тернополі). В закладах ПМД укладено 805 100 декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу (декларацій), що становить 77% від усього населення області. Середній показник по Україні, для прикладу, становить 68%.

У розрізі районів станом на 24.10.2019 найбільшу кількість декларацій уклали: Бережанський – 32 110 (81%), Монастирський – 21 410 (81%), Гусятинський – 46 050 (79%), Тернопільський – 52 249 (78,1%), Заліщицький – 34 940 (77,6%), Тербовлянський – 48 320 (76,5%), Підволочиський – 32 114 (77,5%), Лановецький – 22 401 (77,4%), Збараський – 42 523 (75,3%), Чортківський – 53 738 (74,4%), Зборівський – 30 069 (74,3%), Кременецький – 48 590 (72,4%), Козівський – 26 480 (71,8%), Бучацький – 42 730 (68%), Борщівський – 43 911 (66,8%), Підгаєцький – 11 850 (66,7%), Шумський – 21 393 (64,9%).

Щодо кадрового забезпечення, то станом на 01.10.2019 року в Тернопільській області зареєстровано 611,5 штатних посад лікарів загальної практики-сімейної медицини, зайнято посад – 535,75, фізичних осіб лікарів загальної практики-сімейної медицини – 539. Відсоток укомплектованості фізичними особами лікарів загальної практики-сімейної медицини складає 88%.

Не укомплектовані лікарями 15 амбулаторій загальної практики-сімейної медицини (АЗПСМ), в 10 із них працюють лікарі-сумісники (рис. 4).

Назви амбулаторій, що не укомплектовані лікарями ЗПСМ
1. Саранчуківська, Бережанського ЦПМСД (працює сумісник)
2. Устянська, Мельнице-Подільського ЦПМСД (працює сумісник)
3. Соколівська, Бучацького ЦПМСД
4. Личківська, Гусятинського ЦПМСД
5. Лисівська, Заліщицького ЦПМСД (працює сумісник)
6. Блищанецька, Заліщицького ЦПМСД
7. Стрийська, Збараського ЦПМСД (працює сумісник)
8. Кокутківська, Олівська, Августівська, Зборівського ЦПМСД
9. Кальненська, Козівського ЦПМСД
10. Попівці, Н.Олексинець, Лосятин, Кременецького ЦПМСД (працюють сумісники)
11. Білозірська, Лановецького МЦПМСД (працює сумісник)
12. Лядська, Монастирського ЦПМСД (працює сумісник)
13. Мужилівська, Підгаєцького ЦПМСД
14. Матіївці, В.Загайці (працює сумісник), Шумського РЦПМСД
15. Тилявська, Шумського МЦПМСД

Рис. 4. Амбулаторії загальної практики-сімейної медицини, що не укомплектовані лікарями ЗПСМ

За результатами роботи Управління охорони здоров'я Тернопільської ОДА в комунальні некомерційні підприємства на території регіону перетворено: 34 заклади первинної медичної допомоги; не завершена процедура перетворення в Тернопільському районі (ліквідується РТМО, а створюється ЦПМСД та районна лікарня), не розпочато перетворення в Козлівській ОТГ.

Вкажемо на те, що в Тернопільській області необхідно збудувати нові амбулаторії загальної практики-сімейної медицини. Найбільше населених пунктів, в яких є потреба у будівництві нової амбулаторії загальної практики-сімейної медицини, належать до: Тернопільського (села: Ангелівка, Почапінці, Борсуки), Тербовлянського (села: Ласківці, Долина, Ілавче), Лановецького (села: Борсуки, Вишгородок), Бережанського (села: Стриганці, Куряни), Бучацького (села: Зубрець, Трибухівці) районів.

З метою залучення висококваліфікованих медичних працівників до роботи в закладах з надання первинної медичної допомоги населенню у сільській місцевості органами місцевого самоврядування розробляється мотиваційний пакет щодо встановлення додаткових соціальних гарантій

(оплата праці, житло, транспорт).

З метою покращення матеріально-технічної бази вторинної ланки медичної допомоги впродовж 2014-2019 рр. було проведено капітальні ремонти у 25 закладах вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги на суму близько 23 млн. грн.

Також у період 2014-2019 рр. реалізувались заходи щодо покращення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я третинного рівня. Так, впродовж 2014-2019 рр. було закуплено медичне обладнання в кількості 1089 одиниць на суму 69 млн. грн., з яких: кошти місцевого бюджету склали 38 млн.грн.; обласного бюджету – 3 млн.грн.; кошти спецрахунку – 11 млн.грн., благодійна допомога – 17 млн.грн.

Аналіз існуючої практики реформування сфери охорони здоров'я Тернопільського регіону показує, що вона є позитивною, супроводжується проведенням структурних змін у цій сфері, які визначені пріоритетом в керівництва Тернопільської області, спрямована на покращення показників розвитку сфери охорони здоров'я Тернопільського регіону, створення умов для забезпечення громадян якісними та доступними медичними послугами, створення сучасної інфраструктури охорони здоров'я та покращення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я області.

У системі інструментів реформування сфери охорони здоров'я Тернопільського регіону важливе місце відводиться інструментам планування. Так, в Тернопільському регіоні задля забезпечення гарантованого своєчасного доступу населення до послуг вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, ефективного використання бюджетних асигнувань, а також забезпечення умов для підготовки закладів охорони здоров'я, які надають вторинну медичну допомогу, до роботи в умовах управлінської та фінансової автономії детально опрацьовано створення госпітальних округів.

Система госпітальних округів Тернопільської області охоплює:

– Тернопільський госпітальний округ (населення 438058 осіб; ввійшли м.Тернопіль, Тернопільський та Підволочиський райони, частини Тербовлянського, Збараського, Зборівського та Гусятинського районів);

– Бережанський госпітальний округ (населення 161164 осіб; ввійшли Бережанський, Козівський, Монастирський, Підгасцький райони,

частини Зборівського та Тербовлянського районів);

– Кременецький госпітальний округ (населення 162037 осіб; ввійшли Кременецький, Лановецький та Шумський райони, частини Зборівського та Збараського районів);

– Чортківський госпітальний округ (населення 304450 осіб; ввійшли Чортківський, Борщівський, Бучацький та Заліщицький райони, частина Гусятинського та Тербовлянського районів).

На сьогодні, в кожному госпітальному окрузі функціонує Госпітальна рада, яка працює над реалізацією державної політики у сфері охорони здоров'я, що уможливить визначення розміру інвестицій, які потрібні для того, щоб вивести лікарні на сучасний рівень.

Створення госпітальних округів Тернопільської області дасть змогу забезпечити:

– гарантований своєчасний доступ населенню до послуг вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги належної якості;

– ефективне використання бюджетних коштів, що спрямовуються на забезпечення фінансування вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;

– створення умов для підготовки закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, до функціонування в умовах управлінської та фінансової автономії та надання медичної допомоги в межах договорів про медичне обслуговування населення з головним розпорядником бюджетних коштів.

У системі інструментів реформування сфери охорони здоров'я Тернопільського регіону важливе місце відводиться інструментам цінового регулювання. Так, в області з 1 січня 2018 року впроваджено систему державного регулювання цін на препарати інсуліну та створено електронний реєстр пацієнтів на цукровий діабет, які потребують інсулінотерапії.

Свідченням того, що фінансовим інструментам відводиться особливе місце у процесі реформування сфери охорони здоров'я Тернопільського регіону є те, що, наприклад, станом на 01 березня 2019 року Тернопільська область в повному обсязі забезпечена імунобіологічними препаратами для проведення профілактичних щеплень за рахунок надходження в область вакцин, закуплених за кошти Державного бюджету України 2016-2017 років. Відсоток забезпеченості

вакцинами становить від 104,1% (вакцина АДП) до 462,9% (вакцина БЦЖ). Нижче 100% їх забезпеченості становлять вакцини: інактивована поліомієлітна (43,9%), ОПВ (53,8%) та вакцина для профілактики сказу (15,2%). Залишки окремих вакцин (БЦЖ, АКДП, НВ, АДП-М) дозволяють проводити імунізацію населення в 2019-2020 роках без потреби в їх надходженні.

Аналізуючи стан використання фінансових інструментів, вкажемо на те, що Тернопільська область єдина, яка була недофінансована повністю відповідно до проекту реконструкції відділень Тернопільського обласного перинатального центру «Мати і дитина» (перинатальний центр). Тому, надважливо завершити реконструкцію, технічне переоснащення перинатального центру, введення в роботу всіх його структурних підрозділів, що суттєво покращить умови та підвищить рівень і якість діагностично-лікувальної медичної допомоги третинного рівня матерям та новонародженим дітям в області, а також дозволить знизити материнську і малюкову захворюваність та смертність.

Загалом, на сьогодні необхідно подолати проблеми та недоліки чинної моделі фінансування охорони здоров'я України, що склалися протягом останніх десятиріч. Найсуттєвішими з них є: недостатність фінансування системи охорони здоров'я, яке компенсується значними витратами громадян на медичну допомогу; відсутність зв'язку між фінансуванням закладів охорони здоров'я та кінцевими результатами їхньої роботи; фінансування лікувально-профілактичних закладів різного рівня з бюджетів різного рівня, що ускладнює координацію надання лікувально-профілактичної допомоги.

Також використання окремих інструментів реформування сфери охорони здоров'я Тернопільського регіону вимагає реалізації супутніх заходів. Так, створення госпітальних округів паралельно вимагає формування належної інфраструктури, системи громадського транспорту та наявності доріг високої якості, що може і повинно бути реалізовано в межах реформи децентралізації, надання територіальним громадам додаткових повноважень, створення спроможних об'єднаних територіальних громад.

Отже, реформування сфери охорони здоров'я Тернопільського регіону має бути системним процесом, здійснюваним синхронно із

процесом проведення муніципальної реформи, оскільки спроможним територіальним громадам, органам місцевого самоврядування можуть бути надані додаткові повноваження, на них покладатимуться додаткові обов'язки в частині розробки пропозицій та рекомендацій щодо реалізації на рівні госпітального округу державної політики у сфері охорони здоров'я, розробки і впровадження місцевих програм охорони здоров'я, а їх зусилля мають бути направлені на розвиток та збереження мережі існуючих комунальних закладів охорони здоров'я [2].

1.8. Програмні аспекти реформування сільської медицини

На місцевому рівні забезпечення охорони здоров'я населення здійснюється органами місцевого самоврядування, які несуть відповідальність у межах своєї компетенції. Зокрема, вони несуть відповідальність за санітарно-гігієнічну освіту населення, забезпечення доступності населенню гарантованого обсягу медико-соціальної допомоги, розвиток комунальної системи охорони здоров'я на території компетенції, здійснюють контроль якості надання медико-соціальної та лікарської допомоги підприємствами, установами та організаціями державної, комунальної та приватної систем охорони здоров'я, а також осіб, що займаються приватною медичною практикою.

Особливістю комунальної охорони здоров'я сьогодні стала поява в її системі безлічі нових видів установ або структур: денні стаціонари, мікрополіклініки, будинки сестринського догляду, хоспіси, підрозділи лікарів загальної практики тощо. Одним з провідних напрямів реформування комунальної охорони здоров'я є зміщення акценту зі стаціонарної на менш витратну амбулаторно-поліклінічну допомогу.

Перебудова комунальної охорони здоров'я пов'язана з необхідністю впорядкування (але не ліквідації) відомчої медицини; правового регулювання статусу медичних установ (зараз створюється багато структур з нечітко визначеним статусом); вирішення проблеми забезпечення населення спеціалізованими видами медичної допомоги (у міру розширення практики сімейних лікарів необхідність у вузьких фахівцях зростає).

В Україні гарантією права на вільний розвиток в сфері охорони здоров'я слугує такий інститут, як приватна система охорони здоров'я, формування якої стримується за рахунок комерціалізації державних

лікувальних установ, насамперед спеціалізованих і високотехнологічних центрів.

До приватної системи охорони здоров'я належать лікувально-профілактичні та аптечні установи, майно яких перебуває у приватній власності, а також особи, які займаються приватною медичною практикою і приватною фармацевтичною діяльністю. До приватної системи охорони здоров'я входять медичні та інші організації, що створюються і фінансуються юридичними і фізичними особами.

Таким чином, охорону здоров'я можна розглядати як систему заходів, спрямованих на забезпечення зберігання й розвиток фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя. Організація охорони здоров'я мешканців України забезпечується державною, комунальною і приватною системами охорони здоров'я, розвиток яких гарантується Конституцією.

На наш погляд, наявність різних систем охорони здоров'я дає можливість мешканцям нашої держави здійснити вибір на користь будь-якої з них, що сприяє здоровій конкуренції у даній сфері, а отже поліпшенню якості та розширенню асортименту медичних послуг.

За період незалежності України нормативно-правова база з питань охорони здоров'я поповнилася понад 5,5 тисяч законодавчих і підзаконних нормативно-правових актів [10]. Вони мають комплексний характер, оскільки містять норми багатьох галузей права та умовно може бути розділена на п'ять груп:

- 1) Конституції України (ст. 49 – право на охорону здоров'я, надання медичну допомогу і медичне страхування);
- 2) Основ законодавства України про охорону здоров'я як основного спеціального закону в цій сфері;
- 3) спеціальних законів в окремих сферах медичної діяльності (донорство, психічна допомога, окремі інфекційні захворювання тощо);
- 4) галузевих Кодексів, які містять загальні норми, що застосовуються в медичній сфері, (Цивільний і Кримінальний кодекси, Кодекс про адміністративні правопорушення, Кодекс законів про працю тощо);
- 5) актів центральних та місцевих органів державної виконавчої

влади (Укази та Розпорядження Президента України, Постанови і Розпорядження Кабінету Міністрів України, Накази і Розпорядження Міністерства охорони здоров'я України, нормативно-правові акти інших органів влади).

На наше переконання, на сьогодні Конституція України в питаннях охорони здоров'я (ст. 49) не відповідає сучасним умовам і можливостям, а тому повинна бути змінена на таку, що відображає реалії та практичні можливості для поліпшення ситуації в сфері охорони здоров'я з урахуванням справедливого (тобто однакового для всіх) гарантованого рівня медичної допомоги.

Постійне недофінансування бюджетних витрат і відсутність рівного доступу до якісної безоплатної медичної допомоги перетворило конституційну норму (ст. 49 Конституції України) про право на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування в загальну декларацію, що продукує соціальну несправедливість, усунення якої вимагає закріплення на конституційному рівні моделі єдиного медичного простору відповідно до європейських стандартів у сфері охорони здоров'я.

Зважаючи на нагальну необхідність створення інститутів та механізмів, необхідних для реалізації та захисту права людини на охорону здоров'я відповідно до принципів, визначених Конституцією України, та приведення стандартів управління системою охорони здоров'я у відповідність з європейськими основними засадами державної політики у сфері охорони здоров'я та надання медичної допомоги, пріоритетними є такі напрями:

- забезпечення доступної та своєчасної, рівної та якісної медичної допомоги;
- забезпечення якості та доступності лікарських засобів, вакцин та інших імунобіологічних препаратів, виробів медичного призначення;
- гарантування належного рівня біобезпеки в країні як складової світової системи біобезпеки;
- гарантування гідності професії медичного працівника та участі медичного працівника у формуванні стандартів медичної професії і контролі за їх дотриманням;
- забезпечення справедливого, прозорого і відповідального управління системою охорони здоров'я та впливу громадськості на

прийняття державних рішень у сфері охорони здоров'я.

З огляду на це, на конституційному рівні необхідно закріпити право всіх і кожного з громадян України на доступну, своєчасну, рівну та якісну медичну допомогу; забезпечити належний рівень біобезпеки всередині країни та належний рівень біобезпеки країни у світі; забезпечити багатоканальне фінансування безоплатної медичної допомоги (бюджетне і недержавне фінансування за рахунок медичного страхування (обов'язкове і добровільне), благодійні внески, інші незаборонені джерела) за рівної участі закладів охорони здоров'я незалежно від їх форми власності; підвищити гідність професії медичного працівника та його участь у формуванні стандартів медичної професії і контролі за їх дотриманням, а також забезпечити справедливе, прозоре і відповідальне управління системою охорони здоров'я та вплив громадськості на прийняття державних рішень у сфері охорони здоров'я.

На сьогодні в Тернопільській області функціонує 108 закладів охорони здоров'я системи МОЗ України з них: 31 обласних заклади, 14 ЦРЛ, 15 РЛ, 3 сільські дільничні лікарні, 4 міські лікарні, 24 Центри ПМСД, 1 ТМО, 1 амбулаторія – групова практика, 9 самостійних АЗПСМ, 3 стоматполіклініки, Скала-Подільська поліклініка, Озернянська однопрофільна лікарня відновного лікування, Тернопільський міський лікувально-діагностичний центр [3].

Як зазначалося раніше Розпорядженням голови обласної державної адміністрації від 21 травня 2018 року № 404-од «Про затвердження Плану спроможної мережі надання первинної медичної допомоги Тернопільської області» затверджено спроможну мережу, до якої ввійшли: 17 центрів первинної медичної допомоги (тип Ц), 66 амбулаторій групової практики (тип АГ), 118 амбулаторій монопрактики (тип АМ), 249 пунктів здоров'я (тип ПЗ). Це дозволить вирішити ряд проблем регіональної сфери охорони здоров'я (рис. 1).

Основними завданнями медичної галузі області на первинному рівні надання медичної допомоги у 2019 році були: завершення укладання декларацій з сімейними лікарями; перетворення закладів охорони здоров'я в комунальні некомерційні підприємства; підписання договорів про медичне обслуговування з Національною службою здоров'я України.

Первинна медико-санітарна допомога в Тернопільській області у

2019 році надається 24 центрами первинної медико-санітарної допомоги, 221 амбулаторіями загальної практики-сімейної медицини та 730 фельдшерсько-акушерськими та фельдшерськими пунктами.

Карта спроможної мережі надання первинної медичної допомоги Тернопільської області

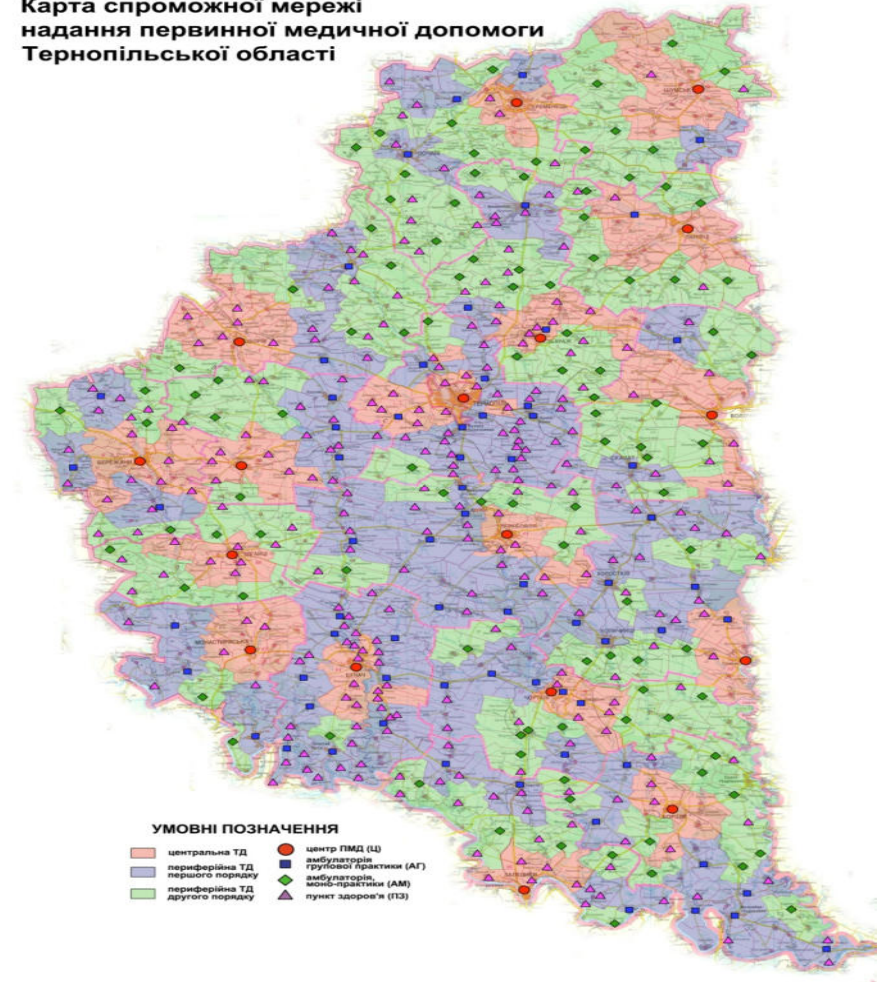


Рис. 1. План спроможної мережі закладів первинної медичної допомоги регіону

Примітка: сформовано на основі інформації Управління охорони здоров'я Тернопільської ОДА

Із 24 центрів первинної медико-санітарної допомоги – 6 діють в складі наступних ОТГ: смт. Заводське Чортківського району,

смт. Мельнице-Подільськ Борщівського району, с. Заложці Зборівського району, с. Колиндяни Чортківського району, м. Ланівці, м. Шумськ.

У 16 об'єднаних територіальних громадах функціонують медичні заклади первинної ланки, що є відокремленими та незалежними від районної юрисдикції. Це такі громади, як Заводська селищна рада в смт. Заводське, Колиндянська, Мельнице-Подільська, Скала-Подільська, Більче-Золоте, Озерянська, Скалатська, Новоселівська, Байковецька, Вишнівська, В.Гаївська, Залозецька, Козлівська, Борсуківська, Лановецька, Шумська.

Усі заклади первинної медичної допомоги області підключені до електронної системи охорони здоров'я на 100%, перетворені в комунальні некомерційні підприємства та підписали договір з НСЗУ.

З 1 січня 2019 р. заклади охорони здоров'я області, які надають первинну медичну допомогу, перейшли на нову модель фінансування за квітаційною ставкою.

За 9 місяців 2019 року з Національною службою здоров'я України уклали договори про медичне обслуговування населення 45 надавачів первинної медичної допомоги, в тому числі 36 комунальних некомерційних підприємств та 9 ФОП (4 у Борщівському районі, 2 – у Шумському, по 1 – у Підволочиську, Озерній, Тернополі). В закладах ПМД укладено 805 100 декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу (декларацій), що становить 77% від усього населення області. Середній показник по Україні, для прикладу, становить 68%. При цьому, 192 лікарів, які надають первинну медичну допомогу, набрали оптимальну кількість пацієнтів, що становить 28,7%.

Середня заробітна плата медичного персоналу в січні-лютому 2019 року, проти листопада-грудня 2017 року зросла в 1,7 рази, з них середня заробітна плата лікарів склала у січні-лютому 2019 року 10409,0 грн. (проти листопада-грудня 2017 року у розмірі 6015,8 грн.); середня заробітна плата середнього медичного персоналу у січні-лютому 2019 року становила 5463,7 грн. (проти листопада-грудня 2017 року у розмірі 4041,1 грн.).

Станом на 01.01.2019 року нараховано зарплату лікарям:

- до 6000 тисяч грн. – 42 особам (через незначну кількість укладених декларацій);
- від 11 до 15 тис. грн. – 191 особі (підписали декларації з

оптимальною кількістю пацієнтів);

- більше 18 тисяч – 22 особам (підписали декларації з оптимальною кількістю пацієнтів).

Показовим на сьогодні є те, що в області здійснюється будівництво 19 нових амбулаторій загальної практики-сімейної медицини, з них: на 1-2 лікарі з житлом – 12 амбулаторій, на 1-2 лікарі без житла – 4 амбулаторії, на 3-4 лікарів без житла – 3 амбулаторії. Згідно табеля оснащення для цих амбулаторій необхідно придбати медичне обладнання на суму орієнтовно 21,6 млн. грн. Найбільше населених пунктів, в яких є потреба у будівництві нової амбулаторії загальної практики-сімейної медицини, належать до: Тернопільського (села: Ангелівка, Почапінці, Борсуки), Тербовлянського (села: Ласківці, Долина, Ілавче), Лановецького (села: Борсуки, Вишгородок), Бережанського (села: Стриганці, Куряни), Бучацького (села: Зубрець, Трибухівці) районів. Для 19 амбулаторій загальної практики-сімейної медицини, які планується збудувати в 2019 році, та для 10 АЗПСМ, в яких проведені ремонтні роботи, придбано 29 сучасних, високої прохідності автомобілів на суму 12,5 млн грн.

Для 155 амбулаторій загальної практики-сімейної медицини придбано сучасні, високої прохідності автомобілі на суму 68 млн. грн. Зазначені автомобілі будуть використовувати для обслуговування сільського населення.

Вищезазначені транспортні засоби придбані за кошти Державного бюджету відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 6 грудня 2017 р. № 983 «Деякі питання надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я у сільській місцевості» та наказу Міністерства Регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України від 5 липня 2019 року № 150 «Про внесення змін до наказу Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України від 10 жовтня 2018 року № 267». Дані автомобілі являються відмінним технічним рішенням для комфортабельного пересування лікаря загальної практики – сімейної медицини у віддалені населенні пункти, адже саме автомобілі цієї марки вирізняються високою прохідністю та надійністю. Вартість одного автомобіля «Renault Duster» 437 тис. грн.

Також, в регіоні 37 медичних закладів вторинного рівня перетворено в комунальні некомерційні підприємства та 4 установи у процесі реорганізації: Збаразька ЦРКЛ (триває судовий процес з районною радою), Коропецька ДЛ, Чортківська стоматологічна поліклініка, Скала-Подільське територіальне медичне об'єднання.

На третинному рівні надання медичної допомоги населенню регіону функціонує 31 лікувальний, з яких:

- 21 трансформовано в комунальні некомерційні підприємства, згідно рішень сесій Тернопільської обласної ради;

- 4 установи не підлягають реорганізації: Тернопільський обласний комунальний лікарсько-фізкультурний диспансер, Тернопільське обласне бюро судово-медичної експертизи, Тернопільський обласний центр медико-соціальної експертизи, Тернопільське обласне патологоанатомічне бюро;

- Яблунівський обласний комунальний протитуберкульозний диспансер перетворено в Обласний медичний центр для лікування і реабілітації учасників АТО, в подальшому ліквідовано та створено відділення соціальної реабілітації учасників АТО та членів їх сімей Тернопільського обласного центру комплексної реабілітації, який передано у підпорядкування соціального захисту населення облдержадміністрації;

- Чортківський обласний протитуберкульозний диспансер, Язловецький обласний протитуберкульозний санаторій та Кременецький обласний дитячий психоневрологічний санаторій – перетворено, шляхом приєднання у відділення КНП „Тернопільська обласна лікарня «Хоспіс» ТОР;

- Бережанський обласний дитячий гастроентерологічний санаторій – ліквідовано, створено відділення денного перебування Тернопільського обласного центру комплексної реабілітації (підпорядкування соціального захисту населення облдержадміністрації);

- Кременецький обласний дитячий психоневрологічний санаторій – ліквідовано, створено відділення підтримки психологічного здоров'я дітей та підлітків з девіантною та деліквентною поведінкою Тернопільського обласного центру комплексної реабілітації (підпорядкування соціального захисту населення облдержадміністрації).

Також в Тернопільській області створено КНП “Тернопільський

обласний центр громадського здоров'я” Тернопільської обласної ради об'єднавши Інформаційно-аналітичний центр медичної статистики та Центр здоров'я.

На сьогодні система охорони здоров'я в Тернопільському регіоні не забезпечує рівного доступу населення до якісних медичних послуг. Існує певна диспропорція в доступі до медичних послуг між містом і сільськими територіями; непомірним є тягар особистих витрат населення на послуги охорони здоров'я; рівень профілактики і частки первинної медико-санітарної допомоги – низький. Основними цілями реформи охорони здоров'я є:

- впровадження сімейної медицини;

- чітка структуризація медичних закладів за видами допомоги первинна (амбулаторно-поліклінічна), вторинна (стаціонарна) і третинна (на рівні державних і обласних лікувальних установ, у тому числі диспансерів), також екстрена медична допомога;

- перерозподіл частини фінансів з вторинної ланки (стаціонарів) в первинну ланку (амбулаторно-поліклінічні установи);

- перехід на нову модель фінансування закладів (укладання угод з Національною службою здоров'я)

- оптимізація мережі стаціонарів (у тому числі закриття, перепрофілювання).

Модернізація вторинної допомоги, орієнтована на забезпечення справедливих потреб населення у цьому виді допомоги, охоплює комплекс компонентів, зокрема: формування мережі закладів охорони здоров'я вторинного рівня відповідно до потреб населення у медичній допомозі різної інтенсивності з оптимізацією їх чисельності та ліжкового фонду; концентрація інтенсивної допомоги в лікарнях інтенсивного лікування, модернізація техніко-технологічного забезпечення медичного обслуговування; перехід від нормування навантаження за ознаками потужності до запровадження нормативів навантаження на медичний персонал залежно від обсягів та складності наданої допомоги; застосування сучасних методів фінансування та збільшення автономії закладів охорони здоров'я; підвищення професійної майстерності медичного персоналу; розробка та застосування системних заходів щодо мотивації медичного персоналу до інтенсивної та якісної роботи тощо.

Принципово новим підходом, відповідно до стратегічних цілей спрямованих на розвиток людського капіталу і підвищення стандартів життя населення та в умовах реформування медичної галузі, є участь області в єдиній (інтегрованій) інформаційно-аналітичній системі обліку стану здоров'я громадян України на основі електронної ідентифікації пацієнтів у закладах охорони здоров'я, збору даних профілактичних обстежень з метою подальшого використання в аналітичних, експертних і статистичних системах.

Це відчутний крок до впровадження у галузі охорони здоров'я найновіших інформаційних технологій, що надасть можливість упорядкувати процеси надання медичних послуг, поліпшити якість та знизити вартість медичної допомоги, а також покращити управління інформацією у галузі охорони здоров'я.

Забезпечення доступу лікарів до медичної інформаційної бази, відстеження історії хвороби і процесу лікування хворого, отримання дистанційного досвіду кваліфікованих кадрів, обмін інформацією, сприяє підвищенню рівня знань лікарів до європейських стандартів, а відповідно, отримання пацієнтами кваліфікованої лікарської допомоги на рівні європейських країн.

Відповідно до цих цілей, виникла необхідність організації обласного сервера телемедицини, що обґрунтовується тим, що дозволяє отримати дистанційний доступ до високоспеціалізованої консультативної медичної допомоги незалежно від місця знаходження пацієнта та лікаря, а саме: навіть у в найвіддаленішому від міста населеному пункті, маючи можливість оперативно передати за допомогою телемедичної системи інформацію стосовно даних досліджень пацієнта профільному фахівцю на обласний сервер, забезпечується своєчасне встановлення діагнозу пацієнта, що в багатьох випадках може зберегти життя людини.

Окрім економії часу, ресурсів, підвищення якості надання послуг населенню, це ще і впровадження ведення статистики що дуже важливо для обрання тактики боротьби з різними захворюваннями.

На вищезазначені цілі з місцевих бюджетів Тернопільської області виділено 1 млн. 600 тис. грн., що забезпечить 154 заклади первинної медико-санітарної центральним обласним сервером для надання телемедичних послуг, при цьому загальна вартість 154 комплектів 16 млн. 600 грн.

Надані кошти будуть спрямовані на створення центру обробки даних, придбання серверного обладнання з попередньо встановленим програмним забезпеченням для телемедичного консультування та збереження медичних зображень, а також підключення всіх медичних закладів області до цього серверу. Зважаючи на викладене, необхідним впровадження телемедичних послуг є:

- створення телемедичного центру до кінця 2020 року;
- розробка технічної документації для он-лайн зв'язку між закладами охорони здоров'я первинного, вторинного та третинного рівня;
- проведення регіональних навчань з лікарями первинної ланки сільської місцевості щодо роботи на телемедичному обладнанні.

В Тернопільському регіоні потрібно здійснити ряд поетапних кроків з метою створення умов для забезпечення громадян якісними та доступними медичними послугами, підняття значущості та престижу професії лікаря, створення сучасної інфраструктури охорони здоров'я та покращення матеріально – технічної бази. Тому так важливо ввести в експлуатацію новозбудовані 19 амбулаторій.

Спроможна мережа закладів охорони здоров'я є неодмінною умовою для реалізації завдань Міністерства охорони здоров'я в Тернопільській області щодо забезпечення доступності до якісних медичних послуг на засадах доказової медицини.

Побудова спроможності системи закладів охорони здоров'я регіону, які надають спеціалізовану медичну допомогу, дасть змогу забезпечити:

- гарантований, своєчасний, доступ населення до послуг вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги належної якості;
- ефективне використання коштів, що спрямовуються на забезпечення фінансування вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
- створення умов для підготовки лікувально-профілактичних закладів, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, до функціонування в умовах управлінської та фінансової автономії і надання медичної допомоги в межах договорів про медичне обслуговування населення з головним розпорядником бюджетних коштів.

З метою забезпечення якісної медичної допомоги та ефективного використання коштів розроблено порядок реформування мережі вторинної

та третинної медичної допомоги в Тернопільській області (табл. 1).

Таблиця 1

Алгоритм реформування мережі вторинної та третинної медичної допомоги в Тернопільській області

Крок 1	Аналіз демографічної характеристики та захворюваності, матеріально-технічного та кадрового забезпечення	
Крок 2	Рейтингування установ охорони здоров'я щодо їх спроможності виконання функцій лікарень інтенсивного лікування, спираючись на стратегічну позицію та оперативну ефективність закладів	
	Стратегічна позиція	<p>А. Покриття потреб населення (8 показників в рамках району)</p> <p>1) % народжень у закладів серед від загальної кількості;</p> <p>2) % екстрених госпіталізованих від загальної кількості;</p> <p>3) % госпіталізації з інсультами в закладі серед усіх госпіталізацій з інсультами;</p> <p>4) % госпіталізації з гострим інфарктом міокарда від загальної кількості.</p> <p>Б. Функціональні потужності:</p> <p>1) кількість ліжок: всього ВАІТ з киснем, хірургічних;</p> <p>2) кількість лікарів: всього лікарів, які надають спеціалізовану медичну допомогу (за винятком хірургів та лікарів-хірургів);</p> <p>3) кількість одиниць обладнання: рентген-апаратів, апаратів УЗД, МРТ, КТ, ендоскопів, апаратів ШВЛ, холретів;</p> <p>4) залишкова вартість основних засобів.</p>
	Операційна ефективність	<p>В. Невідкладність медичної допомоги/гострота випадків.</p> <p>1. Частка пацієнтів з мозковими інсультами.</p> <p>2. Частка пацієнтів з гострим інфарктом міокарда</p> <p>3. Частка первинних госпіталізацій у ВАІТ серед усіх госпіталізованих в стаціонарі.</p> <p>4. Кількість видів оперативних втручань у стаціонарі.</p> <p>5. Частка акушерських та гінекологічних операцій у стаціонарі*.</p> <p>6. Частка операцій на шкірі у стаціонарі*.</p> <p>7. Частка ургентних госпіталізацій.</p> <p>8. Частка операцій, проведених з ШВЛ.</p> <p>9. Завантаженість персоналу: лікарів у поліклініці, лікарів-акушерів, хірургічних та ортопедів, лікарів у стаціонарі.</p> <p>10. Співвідношення середнього медичного персоналу до лікарів.</p> <p>11. Середня тривалість перебування у лікарні: всього, при гострому інфаркті міокарда.</p>

		<p>12. Завантаженість обладнання: рентген-апаратів, ендоскопів, УЗД-апаратів, МРТ, КТ.</p> <p>13. Летальність*: від мозкового інсульту, від гострого інфаркту міокарда.</p> <p>Примітка: при аналізі показників враховувати, що вищі значення показників свідчать про більшу спроможність закладів виконувати функції лікарень інтенсивного лікування, окрім показників з позначкою «*», до яких застосовується зворотна інтерпретація</p>
Крок 3	Моделювання оптимальних варіантів вибору лікувальних закладів для визначення БЛЛЛ.	<p>1. Визначення оптимальної кількості БЛЛЛ в області з огляду на кількість населення.</p> <p>2. Визначення лікарень, які забезпечують найбільше охоплення населення в межах територіальної доступності 60хв./60км. та мають найвищий рейтинг щодо спроможності виконання функцій лікарень інтенсивного лікування.</p> <p>3. Спроможність відповідати мінімальним вимогам щодо об'єму надання ключових послуг з урахуванням можливих змін маршрутів пацієнтів (пологи, мозкові інсульти)</p> <p>4. Визначення переваг та недоліків можливих опцій, зокрема, з урахуванням стану інфраструктури (технічний стан будівель, можливість добудов/перебудов, під'їзних шляхів та маршрутів громадського транспорту).</p> <p>5. Визначення оптимального варіанту мережі БЛЛЛ.</p>
Крок 4	Враховуючи визначену мережу БЛЛЛ проаналізувати додаткові потреби населення у послугах спеціалізованої медичної допомоги, можливість забезпечення належного робочого навантаження закладів та наявних фінансових ресурсів, визначити, які інші заклади охорони здоров'я доцільно включити до мережі перспективних, зокрема: багатопрофільні дитячі лікарні, перинатальні центри; інші монопрофільні установи охорони здоров'я.	<p>Примітка. Сформовано за рекомендаціями Міністерства охорони здоров'я України.</p>

З метою забезпечення доступності до спеціалізованої лікарської допомоги та універсального охоплення медичними послугами всього населення регіону, використавши порядок моделювання мережі вторинної та третинної медичної допомоги в області нами визначено перелік перспективних закладів охорони здоров'я, передусім: багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування, які можуть надавати спеціалізовану медичну допомогу населенню з урахуванням:

– належного робочого навантаження для лікувальних установ, що сприяє забезпеченню рівня безпеки та якості медичних послуг;

- дотримання норм часової доступності необхідної медичної допомоги;
- поточних демографічних показників та структури захворюваності;
- установлених клінічних маршрутів пацієнтів до установ охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу;
- інституційної спроможності прийняття управлінських рішень, спрямованих на підвищення ефективності використання ресурсів системи охорони здоров'я, у тому числі рішень щодо перепрофілювання існуючих лікувально-профілактичних установ або їх подальшої спеціалізації.

При моделюванні спроможної мережі перспективних установ закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги враховано наступне:

1. Багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування (БЛІЛ) першого рівня повинна забезпечувати надання медичної допомоги не менше на 120 тис. осіб, другого рівня – не менше як 200 тис.

2. Зона обслуговування визначалась своєчасністю прибуття до БЛІЛ, що б не перевищувало 60 хвилин, та еквівалентним радіусом зони обслуговування 60 кілометрів за наявності доріг з твердим покриттям.

3. Об'єм надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що повинен забезпечувати БЛІЛ першого та другого рівнів.

4. БЛІЛ першого рівня забезпечує надання медичної допомоги у стаціонарних умовах за 13 лікарськими спеціальностями, БЛІЛ другого рівня – за 34 лікарськими спеціальностями.

5. При забезпеченні відповідного попиту населення на медичну допомогу та належного робочого навантаження закладу і наявних фінансових ресурсів, до перспективних закладів віднесенні інші установи спеціалізованої медичної допомоги зокрема:

- багатопрофільні дитячі лікарні;
- перинатальні центри;
- монопрофільні заклади, такі як: центри соціально-небезпечних хвороб (ВІЛ, ТБ, нарко), онкологічний диспансер, із урахуванням – не більше одної юридичної особи відповідного профілю в регіоні.

Враховуючи вище окреслену логіку дій, нами обґрунтовується функціонування 3 багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування II рівня та 17 – I рівня.

Слід зауважити, що за певний період часу заходи щодо реформування системи охорони здоров'я дещо поглибили кризу профілактичної медицини. Причинами нестабільної ситуації, яка склалася зі станом здоров'я населення, є соціально-економічна криза, несприятлива екологічна ситуація, високий рівень поширеності тютюнокуріння, вживання алкоголю та наркотичних засобів, недостатні фізичні навантаження, нездорове харчування, а також військова агресія Російської Федерації на сході України.

З огляду на зазначене, нагальною потребою є проведення комплексної реформи системи охорони здоров'я, урахуваючи сферу громадського здоров'я.

Система громадського здоров'я, як основа профілактичної медицини повинна передбачати основні заходи у сфері охорони здоров'я та бути спрямованою на збереження здоров'я населення і зменшення обсягу витрат на медичне обслуговування.

Наявні на сьогодні поодинокі елементи порядку громадського здоров'я діють незлагоджено та потребують оптимізації існуючих ресурсів і суттєвого збільшення ефективності управління ними.

Засадами формування системи громадського здоров'я є:

– право на здоров'я та охорону здоров'я (здоров'я населення є одним з основних факторів національної безпеки та благополуччя держави, а стан індивідуального і громадського здоров'я – запорукою гармонійних відносин у суспільстві);

– принцип пріоритетності збереження здоров'я населення в усіх напрямках, що передбачає визнання актуальних проблем у галузі охорони здоров'я;

– принцип досягнення справедливості щодо здоров'я, що гарантує створення умов для реалізації кожною людиною права на здоров'я, передбачає вжиття заходів до впливу на такий соціальний детермінант здоров'я як громадський транспорт, доступ до освіти та медичного обслуговування, доступ до здорового харчування та фізичної культури, економічні можливості тощо;

– принцип солідарної відповідальності, що визнає взаємну залежність та відповідальність певних територіальних громад, спільнот, сімей та окремих осіб за їх діяльність або бездіяльність стосовно досягнення і підтримки найвищого рівня показників здоров'я для

прийняття спільних рішень щодо усунення загальних загроз здоров'ю та покращення благополуччя населення;

- принцип доказовості й економічної доцільності як базовий принцип прийняття управлінських рішень у системі громадського здоров'я з метою забезпечення права на здоров'я та охорону здоров'я у довгостроковій перспективі (пріоритетність напрямів здійснення заходів у системі громадського здоров'я визначатиметься з урахуванням ефективності витрат);

- принцип цілісного підходу до здоров'я, що передбачає сукупність його фізичної, психічної, психологічної, духовної і соціальної складових частин.

Організаційними принципами формування системи громадського здоров'я є:

- законність – відповідність Конституції і законам України та міжнародним договорам;

- міжгалузеве співробітництво та координація – створення механізмів узгодження цілей, пріоритетів, завдань та заходів у сфері громадського здоров'я;

- визначення пріоритетів – послідовність виконання програм та здійснення заходів відповідно до потреб та очікувань суспільства;

- ефективність – досягнення максимально можливих результатів шляхом мінімально необхідних витрат;

- підзвітність – регулярне звітування перед суспільством та територіальними громадами про результати роботи в доступній формі;

- спадкоємність – збереження та передача цінностей, норм, знань, досвіду для подальшого використання і забезпечення послідовної реалізації державної політики незалежно від політичної ситуації.

Метою розробленої стратегії є визначення загального напрямку комунікації із пріоритетних питань громадського здоров'я в області, окреслення цільових аудиторій і ключових повідомлень, а також складення плану дій на період з 2020 по 2023 роки.

Отже, при проведенні системних заходів щодо трансформації первинної, вторинної та третинної медичної допомоги, можна очікувати збільшення результативності окремих спеціалізованих видів медичних послуг, що посприє збільшенню задоволеності потреб населення у медичному обслуговуванні вторинного рівня, що в кінцевому підсумку позитивно відіб'ється на показниках громадського здоров'я.

1.9. Покращення соціально-економічних детермінант здоров'я населення як стратегічний напрям реформування публічної політики охорони здоров'я в Україні

Підходи до збереження і зміцнення здоров'я населення сьогодні значно розширили свої рамки. Підтвердження того, що стан здоров'я населення є результатом комплексних і динамічних процесів, генеруються численними детермінантами: соціально-економічними, екологічними і поведінковими детермінантами здоров'я, включаючи економічні обмеження, демографічні зрушення, а також нездорові форми поведінки і несприятливі умови життя. При цьому, як екологічні, так і поведінкові детермінанти суттєво залежать від соціально-економічних умов, а тому також можуть трактуватись, як частина соціально-економічних детермінант. Таким чином формування здоров'я часто обумовлено факторами, що не відносяться до сектору охорони здоров'я, тому уряди країн під час розробки стратегій і програм публічної політики охорони здоров'я не обмежуються суто медичними аспектами. Крім цього активно застосовується міжсекторальний підхід, який передбачає спільні зусилля між усіма суб'єктами, відповідальними за стан здоров'я населення: органами законодавчої та виконавчої влади, органами місцевого самоврядування та безпосередньо населенням. Важливу роль мають відіграти науково-дослідні установи. Взаємодія взаємопов'язана не тільки із реалізацією заходів, які безпосередньо мають вплив на стан здоров'я населення та пов'язані з фінансовим, технічним, кадровим та іншим забезпеченням системи охорони здоров'я.

Соціально-економічні детермінанти, які визначають стан здоров'я населення також можна розглядати через призму комплексної публічної політики, яка спрямована на підтримку структурних перетворень, необхідних для здійснення процесів розвитку у всіх сферах суспільної діяльності. Така політика виконує кілька функцій, пов'язаних не тільки із захистом, але і з виробництвом, перерозподілом і відтворенням. Ця політика також може допомогти збалансувати нерівномірний розподіл соціально-економічних детермінант здоров'я між різними групами населення.

Під соціально-економічними детермінантами здоров'я населення розуміють соціально-економічні чинники, що визначають стан здоров'я окремих осіб, груп населення чи населення країни загалом у певний період [1, с. 112]. До них відносять детермінанти трьох рівнів: контекстуального

(глобальні та суспільно-політичні детермінанти), структурного (гендер, умови раннього періоду життя, освіта, зайнятість, умови праці, дохід і його розподіл, житлові умови, доступність продуктів харчування, доступність медичних товарів та послуг, соціальний капітал та місце проживання тощо) та проксимального (індивідуальна поведінка та відповідальність щодо власного здоров'я).

Глобальність масштабів проблеми охорони здоров'я засвідчили останні події в світі, пов'язані з пандемією коронавірусу COVID-19, що доводить необхідність урахування під час розробки напрямів публічної політики дію детермінант різного рівня.

При цьому значну роль мають відігравати детермінанти структурного рівня:

- дохід, який, враховуючи вже наведені раніше наукові дослідження, є найважливішою змінною соціально-економічних детермінант здоров'я населення, що визначає загальний добробут, у тому числі інші детермінанти;
- зайнятість, яка є головним чинником, що визначає адекватний дохід, покращує соціальний статус і самооцінку, забезпечує соціальний контакт і участь в житті громад;
- освіта, яка має вирішальне значення для визначення соціальної та економічної позиції населення і, таким чином, є однією із ключових детермінант їхнього здоров'я;
- соціальний капітал. Люди з сильними сімейними, культурними та громадськими зв'язками мають краще здоров'я, ніж люди які соціально ізольовані. Соціальна згуртованість пов'язана зі здоров'ям людей та громади.

В Україні впровадження заходів щодо покращення соціально-економічних детермінант передбачає розуміння динамічної взаємодії між детермінантами здоров'я різних рівнів; виявлення синергізмів і антагонізмів; використання ефективних стратегій для досягнення достатнього та стабільного охоплення всього населення. В епоху трансформації системи охорони здоров'я більша увага має приділятися доступності, використанню та якості медичної допомоги та її впливу на здоров'я населення. Розуміння впливу детермінант здоров'я населення дає змогу припустити, що значні успіхи в сфері охорони здоров'я можуть бути досягнуті, якщо політики чи розробники програм вирішуватимуть питання, пов'язані з охороною здоров'я, зберігаючи високу якість

традиційних підходів до боротьби з хворобами.

Ефективна дія на соціально-економічні детермінанти вимагає наявності достатніх знань про механізми, що впливають на нерівність здоров'я та прийняття концептуальної основи, яка не тільки висвітлює взаємозв'язок між соціально-економічними детермінантами і нерівністю здоров'я, й дає змогу визначити напрями для втручання. Визначення пріоритетів, що передбачають формування потенційних кадрів для розробки та впровадження програм покращення соціально-економічних детермінант, є життєво важливим. Підтримка та створення організаційних структур та систем охорони здоров'я (через політику, дослідження та партнерські зв'язки), для яких пріоритети справедливості у сфері охорони здоров'я є пріоритетними, також необхідні для ефективного впливу на джерела несправедливості у сфері охорони здоров'я.

Основою успіху підходу з реалізації політики покращення соціально-економічних детермінант є ефективне управління, моніторинг та підтримка реальних змін у вирішенні питань забезпечення справедливості в сфері охорони здоров'я та соціально-економічних детермінант. Ефективне, широкомасштабне, стійке поліпшення здоров'я населення також гарантує інтеграцію науки, програм та політики на соціальному, організаційному та індивідуальному рівнях для більш повного вирішення складного контексту, в якому реалізується здоров'я.

Визначення стратегічних цілей у вирішенні проблем покращення соціально-економічних детермінант має важливе значення для сприяння більш широкому застосуванню заходів щодо зменшення нерівності у сфері охорони здоров'я. Кількісні та якісні дані про детермінанти здоров'я використовуються для ідентифікації пріоритетів і стратегій щодо поліпшення здоров'я. Важливою частиною підходу здоров'я населення є розвиток нових джерел даних щодо детермінант здоров'я, їхньому взаємозв'язку, а також ефективності заходів щодо поліпшення здоров'я та СЕД, які впливають на нього.

Варто застосувати кілька аспектів, пов'язаних із політикою покращення соціально-економічних детермінант здоров'я. По-перше такий підхід має ґрунтуватися на аналізі та розумінні всього спектра детермінант здоров'я. По-друге, має визнаватися, що взаємодія між детермінантами здоров'я є складною. Комплексна модель охорони здоров'я населення має враховувати ці особливості соціально-економічних детермінант здоров'я населення (рис. 1).

Таким чином поточний рівень знань базується на розумінні, що здоров'я населення корелює з детермінантами, які виходять за межі системи охорони здоров'я. Таке розуміння встановлює контекст для нових підходів до зміцнення та збереження здоров'я населення, які використовують у декількох стратегіях, що застосовуються в різних умовах. Це насамперед інноваційні та взаємопов'язані стратегії, в яких приділяється належна увага спектру соціальних, економічних та екологічних детермінант здоров'я населення загалом.

Надзвичайно важливим елементом публічної політики у сфері охорони здоров'я є покращення детермінант раннього періоду життя людини відповідно до теорії життєвого циклу, яка спрямована на підвищення ефективності втручання протягом життя людини. Вона зосереджується на здоровому початку життя та спрямованості на потреби людей у критичні періоди протягом усього життя. Реалізація положень цієї теорії сприяє своєчасним інвестиціям з високим рівнем дохідності для здоров'я населення та економіки шляхом усунення причин, а не наслідків поганого здоров'я.

Покращення детермінант у ранньому періоді життя є важливим через те, що в цьому періоді закладається фундамент здоров'я людини на все життя. Численні дослідження засвідчують, що діти і підлітки з сімей із низьким рівнем життя характеризуються підвищеною захворюваністю на інфекційні хвороби, високим рівнем дитячої смертності, більше палять, вживають алкоголь порівняно з дітьми із забезпечених сімей. Таким чином, надважливим напрямом політики збереження та зміцнення здоров'я населення є поліпшення якості освіти дітей і підлітків, зокрема розширення знань із санітарної грамотності, щодо впливу чинників ризику та детермінант здоров'я. Особливо необхідною є запровадження та реалізація цих заходів в Україні, адже проблема санітарної грамотності серед населення загалом та дітей і підлітків зокрема є сьогодні вкрай актуальною. Рівень санітарної грамотності населення країни точно не визначено, але емпіричні оцінювання свідчать про її доволі низькі показники. При цьому варто акцентувати, що законодавча база з цього приводу є вкрай недосконалою та нечіткою. Незважаючи на те, що мережа Інтернет містить безліч даних з питань охорони здоров'я, неосвіченій або недостатньо освіченій людині в них важко розібратись і виокремити ту, яка дійсно буде корисною, а не нашкодить здоров'ю. Не існує стандартної перевірки якості інформації з мережі Інтернет, і споживачам важко

зрозуміти та оцінити її точність. За таких умов доцільним є запровадження стратегій і програм підвищення соціальної грамотності, які б у тому числі передбачали опанування знань і навичок пошуку необхідної інформації з мережі. Вони мають бути невід'ємною складовою публічної політики збереження та зміцнення здоров'я та охоплювати такі основні аспекти:

- доступу до інформації щодо здоров'я;
- розуміння інформації щодо здоров'я;
- оцінювання інформації щодо здоров'я;
- застосування інформації щодо здоров'я.

Так, для оцінювання та застосування інформації з питань санітарної грамотності людини має бути доступною та зрозумілою інформація щодо медичних або клінічних питань; інформація про чинники ризику для здоров'я та детермінанти здоров'я тощо.

Стратегії та програми мають забезпечувати можливість надання універсального доступу до послуг охорони здоров'я, відповідних навчальних матеріалів, програм розширення можливостей громади та освітніх програм, які сприятимуть підвищенню рівня грамотності споживачів. Можливість для здобуття знань з питань охорони здоров'я повинна здійснюватися не тільки через медичні, а й інші установи, які можуть вплинути на підвищення показників здоров'я населення, такі як школи, коледжі, підприємства й організації.

Важливим потенційним напрямом підвищення соціальної грамотності є створення соціальних ЗМІ, які заслуговують на довіру. Можна здійснювати просвіту споживачів, надаючи їм рекомендації щодо того, як критично оцінювати медичну інформацію в Інтернеті і де можна отримати якісну інформацію наживо, використовуючи ті самі кошти і потоки соціальних ЗМІ; водночас можна пропагувати безліч якісних матеріалів шляхом створення для таких цілей соціальних ЗМІ, які заслуговують на довіру і рекламування цих засобів методами соціального маркетингу.

Важливим також є використання інноваційних і відповідних інформаційно-комунікаційних технологій для подолання розриву у сфері санітарної грамотності населення. Зокрема, таким засобом є мобільні та бездротові пристрої для поліпшення здоров'я та покращення медичних послуг (мобільне здоров'я, «mHealth»). Прикладами запровадження нових технологій є проекти ВООЗ та Міжнародного союзу електрозв'язку з мобільного здоров'я для боротьби з тютюнозалежністю: «mSmoke-free»,

«mCessation», «mAwareness», «mTraining», «mIllicit», «mLivelihood» [2]. Так, проект «mSmoke-free» дає змогу реалізувати політику щодо боротьби з тютюнопалінням. Він заснований на використанні «Geo Tagging» (застосовує GPS для додавання географічних даних до різних носіїв) і передбачає надсилання сигналів на мобільні телефони, коли люди заходять у будівлі. Повідомлення, які надходять, містять інформацію про соціальні норми та ризику, пов'язані з тютюнопалінням.

Загалом проекти передбачають використання мобільних телефонів для надсилання повідомлень, спрямованих на підвищення обізнаності щодо чинників ризику, перевірки та звітування громадян. Програми припинення роботи на основі коротких повідомлень (SMS) є недорогими, індивідуальними та інтерактивними, а також надають інформацію про медикаменти, засоби підтримки і заохочення. Успішні програми були реалізовані у Великобританії, США та Новій Зеландії.

Інший сучасний напрямок, який, як нам видається, дозволить покращити санітарну грамотність та посилити профілактику захворювань – це поширення інформації про здоровий спосіб життя у соціальних мережах. На рівні урядових програм мають бути затверджені заходи, які б передбачали співпрацю із українськими блогерами, які мають значну кількість фоловерів, особливо серед молоді. Особливої уваги заслуговують блогери, які пропагують здоровий спосіб життя. Справа у тому, що інформація, яку вони поширюють часто є недостовірною та може нашкодити тим, хто її сприймає. Тому ця сфера діяльності має бути під пильним контролем у державних органів.

Сучасні численні дослідження засвідчують, що значна частина користувачів соціальних мереж (зокрема в Instagram) здійснюють покупки під впливом блогерів і лідерів думок. Багато компаній збільшують бюджети на маркетинг, пов'язаний із впливом на блогерів. Тому програми, спрямовані на підтримку здорового харчування, фізичної активності, шкоди тютюнопаління, алкоголю тощо, можуть покращити стан здоров'я населення.

Дещо меншою мірою, ніж дохід і санітарна грамотність, але суттєво впливають на здоров'я у дорослому житті такі детермінанти раннього періоду життя, як оздоровлення, рухова активність. Разом з цим, законодавство у сфері оздоровлення та відпочинку дітей достатньо ґрунтовне і складається з Конституції України, Сімейного кодексу України, Законів України «Про охорону дитинства», «Про позашкільну

освіту» та інших законів. У 2008 р. прийнято Закон України «Про оздоровлення та відпочинок дітей», який визначає основні засади публічної політики у сфері оздоровлення та відпочинку дітей, повноваження органів виконавчої влади і органів місцевого самоврядування, правові, фінансові й організаційні засади утворення і діяльності дитячих закладів оздоровлення та відпочинку, права, обов'язки та відповідальність усіх учасників процесу [3]. При цьому в законі недостатньо прописані питання, пов'язані, з одного боку, з підвищенням зацікавленості батьків в оздоровленні їхніх дітей, а з іншого – відповідальністю за стан їхнього здоров'я. Крім цього, через недостатнє фінансування деякі його положення не реалізуються.

Подібні проблеми стосуються також сфери фізичної культури та спорту. Недостатня матеріальна підтримка з боку держави та організацій, які покликані відтворювати працездатність населення, є однією з причин фізичної пасивності значної частини населення, у т. ч. дітей і підлітків. При цьому, як підтверджують результати дослідження, рухова активність дітей та підлітків значною мірою визначає здоров'я у дорослому житті, особливо чоловіків і мешканців сільської місцевості.

Важливим завданням стратегії є формування ціннісного ставлення юнацтва та молоді до свого здоров'я, покращення фізичного розвитку і фізичної підготовленості з урахуванням вимог майбутньої професійної діяльності. КМ України щороку розроблятиме план заходів щодо реалізації цієї стратегії, яка загалом відповідає потребам сьогодення. Важливо, щоб запропоновані завдання були реально реалізовані.

Добре харчування також має важливе значення для здоров'я населення у будь-якому віці, особливо у ранньому періоді життя. Харчування є одним з основних детермінант, які визначають умови росту і розвитку дитини. Для дітей і підлітків здорове харчування забезпечує збереження здорової ваги, запобігає виникненню ожиріння та хронічних захворювань, як наприклад діабет.

ВООЗ розробив план дій «Продовольча та харчова продукція 2015–2020 рр.» [4] для запобігання неінфекційним захворюванням, пов'язаним із недостатнім (нездоровим) харчуванням та ожирінням, що поширені в Європейському регіоні. Цей план передбачає зниження нерівності у доступі до здорової їжі, забезпечення прав людини та права на їжу, зокрема сприяння досягненню здорової дієти протягом життя, особливо для найбільш уразливих груп тощо. Ці та інші пріоритетні

заходи сприятимуть поліпшенню системи управління харчовими продуктами та підвищенню загальної якості харчування населення країн Європи.

В Україні розроблена, але досі не затверджена Концепція державної політики в галузі харчування населення України [5], яка визначає медичні, правові, економічні та соціальні засади щодо збереження та зміцнення здоров'я населення, профілактики захворювань, пов'язаних із порушенням харчового статусу людини. Багато аспектів, прописаних у проекті цієї концепції, заслуговують на увагу, адже залишаються актуальними дотепер. Серед них доцільно виокремити такі:

- удосконалення нормативної та законодавчої бази, яка регулює виробництво, зберігання, транспортування, збут, реалізацію, якість і безпеку продовольчої сировини та харчових продуктів;

- визначення екологічно чистих зон для забезпечення сировиною в передусім підприємств, що виробляють дитяче харчування;

- забезпечення максимального збереження харчової цінності та якості продуктів за рахунок сучасних технологій і обладнання, що усувають можливість бактеріального, хімічного й фізичного забруднення;

- формування у населення принципів раціонального харчування (усунення інформаційного дефіциту з питань культури харчування та розробка програм навчання для спеціалістів у галузях медицини, освіти, громадського харчування; створення освітніх програм для населення; впровадження сучасних комп'ютерних систем накопичення, збереження та обміну інформації для фахівців і широких верств населення тощо)

На даний час в країні харчування залишається однією з основних проблем збереження і зміцнення здоров'я населення, здоров'я і розвитку підлітків, які щораз більшою мірою виявляють свої уподобання щодо їжі і починають діяти незалежно щодо вибору власного раціону харчування. Неправильні звички харчування щораз посилюються і в підсумку звичний нераціональний режим харчування зберігається в дорослому віці.

Найбільш фундаментальним напрямом покращення соціально-економічних детермінант є збільшення доходів та підвищення рівня освіти. Втручання у цьому разі спрямовані на поліпшення соціально-економічного статусу і, отже, на можливість людини мати добре здоров'я. Такі втручання мають певні переваги. Насамперед вони дають змогу

знизити нерівність у здоров'ї та досягти більшої справедливості щодо здоров'я. Існують також інші переваги, пов'язані з підвищенням рівня освіти і, таким чином, кращими перспективами працевлаштування.

Необхідно також зазначити, що збільшення доходів поліпшує стан здоров'я населення через інші соціально-економічні детермінанти, до яких належать такі детермінанти, як умови праці, індивідуальна поведінка щодо здоров'я. Оцінювання ефективності заходів щодо проміжних детермінант дає змогу зрозуміти причинно-наслідкові зв'язки між соціально-економічними детермінантами і здоров'ям. У результаті політика, зорієнтована на поліпшення посередницьких детермінант, може змістити існуючі акценти щодо основних соціально-економічних детермінант.

Варто зауважити, що застаріла система управління та недофінансування системи охорони здоров'я визначають власний капітал основним елементом фінансування медичних послуг в Україні. Враховуючи те, що більшість населення має низький рівень доходів, це свідчить про обмежені його можливості в отриманні медичних послуг і відповідно про високий рівень смертності та захворюваності, а також про низьку ефективність політики доходів.

Багато років в Україні посилюється нерівність у розподілі доходів із концентрацією коштів у невеликій групі людей. Наслідком цього є зниження сукупного споживчого попиту, що не сприяє розвитку виробництва і реального сектору економіки. З огляду на це дедалі більше соціально-економічне розшарування стає однією з найбільш гострих проблем суспільства, що виявляється через нерівність у здоров'ї.

Регулювання доходів, зменшення нерівності у доходах мають базуватися на комплексі напрямів на макро-, мезо- і макрорівня, які охоплюють всі верстви населення. Особлива увага має бути приділена регулюванню заробітної плати та соціальних трансфертів як основних джерел доходів населення в країні.

Важливими заходами на макрорівні, які дадуть змогу пом'якшити негативні наслідки нерівності в Україні, мають бути такі:

- реформування соціально-трудової сфери;
- забезпечення економічної та політичної стабільності;
- створення передумов економічного зростання;
- зменшення тіньового сектору національної економіки;
- прозорість суспільства; сприяння розвитку малого і середнього

бізнесу [6];

– розробка прогресивного механізму зростання пенсій, який, з одного боку, дасть змогу знизити різницю між максимальними та мінімальними пенсіями, а з іншого – покращити добробут насамперед найменш забезпечених пенсіонерів.

Варто зазначити, що традиційні механізми публічної політики у цьому напрямку, такі як мінімальна заробітна плата і соціальні допомоги, в умова інфляції та відсутності відповідної індексації втрачають соціальну роль.

З метою збільшення доходів усіх груп населення, крім найзаможніших, і відповідно зменшення диференціації його доходів доцільно реалізовувати такі заходи публічної політики:

1. Податкова система має передусім урахувати інтереси працівника. Для цього необхідним заходом є удосконалення прогресивної шкали, за якою чим більший дохід суб'єкта, тим більша його частина відраховується у бюджет. Це передбачає перенесення тягаря оподаткування з населення із низькими доходами на населення з високими доходами, зокрема збільшення кількості ставок і перехід від щомісячного до річного періоду обліку оподаткованого доходу.

Мають відбутись також зміни у формуванні заробітної плати. Насамперед слід здійснити диференціацію в оплаті праці кваліфікованих і некваліфікованих працівників. Ця проблема є особливо гострою у бюджетній сфері, у тому числі у сфері охорони здоров'я. Оплата праці медичних працівників є наднизькою, однією із найнижчих за сферами економічної діяльності. Крім цього, згідно з нормами законодавства (Закон України «Про Державний бюджет України», ст. 95 Кодексу законів про працю України та ст. 3 Закону України «Про оплату праці») працівники некваліфікованої праці і висококваліфікований персонал, у т.ч. лікарі, медичні сестри, фельдшери, отримуватимуть з урахуванням доплат і надбавок практично однакову заробітну плату. Така ситуація є неприпустимою і потребує вирішення, оскільки медичні працівники, по-перше, не мотивовані до продуктивної праці, по-друге, не мають відповідного доходу для підтримання відповідного рівня життя, що дасть змогу забезпечити їм підтримку стану здоров'я, належні житлові умови, якісне харчування тощо. Реформування системи охорони здоров'я в Україні передбачає зміни в оплаті праці лікарів, зокрема оплату за кожного

пацієнта. Однак такі заходи швидко проблему низьких доходів не вирішать.

2. Вільний доступ малозабезпечених верств населення до освіти, професійної підготовки та медичних послуг.

3. Вдосконалення та розвиток політики зайнятості. Серед основних напрямів – стимулювання створення нових робочих місць шляхом застосування фіскальних і монетарних методів. З метою запобігання масовому безробіттю держава має стимулювати попит на інвестиційні ресурси, сприяти розвитку працевітких виробництв і галузей, у тому числі сфери послуг [7, с. 313]. Необхідна активна політика на ринку праці, що розширює можливості, особливо молоді, для працевлаштування

4. Покращення освітньої детермінанти здоров'я передбачає реалізацію двох основних напрямів: підвищення загального рівня освіти та посилення санітарної грамотності. Щодо останньої йшлося вище.

Вважається, що високий рівень освіти людини є більш ефективним запобіжником бідності, ніж матеріальна підтримка населення. Значною мірою саме цим пояснюється зростання зацікавленості батьків у підвищенні освітнього рівня дітей, навіть за умови контрактного навчання за обмеженої фінансової спроможності родини. Така тенденція свідчить про перспективи зростання освітнього потенціалу країни за усвідомлення населенням важливості навчання [8].

Щодо покращення загального освітнього рівня слід зауважити, що незважаючи на те, що він в Україні достатньо високий, є на сьогодні резерви у цьому напрямку. Насамперед вони пов'язані зі зменшенням регіональних і міжселищних відмінностей у наданні якісної освіти; вирішенням проблем правового, організаційного, економічного і науково-педагогічного характеру для забезпечення рівного доступу всіх верств населення до якісних освітніх послуг; сприянням покращенню якості освітніх послуг у навчальних закладах.

5. Збереження та зміцнення здоров'я має передбачати нарощування і вдосконалення соціального капіталу: забезпечення рівного доступу до інформації, активне залучення людей і груп, що не беруть активної участі в житті суспільства, створюючи для цього ефективні механізми, які надають їм реальне право голосу в прийнятті рішень щодо їхнього життя, визнаючи їхні фундаментальні права, такі як право на здоров'я, освіту, працевлаштування та житло. Важливим також є зміцнення довіри,

взаємності, норми і правила, які формуються у суспільстві.

Таким чином, здоров'я населення тісно пов'язане з соціально-економічними детермінантами здоров'я населення. Звідси, необхідно збереження та зміцнення здоров'я можливе лише за умови здійснення комплексних підходів, які поєднують загальне охоплення захисту від бідності, ліквідації бездомності, розвитку інклюзивної освіти, зростання зайнятості тощо. Напрями публічної політики у Україні в контексті охорони здоров'я населення мають бути спрямовані на зростання доходів, зменшення безробіття, підвищення рівня освіти та санітарної грамотності, соціального капіталу, покращення середовища проживання і праці, посилення індивідуальної відповідальності за своє здоров'я тощо. Підґрунтям для цього має бути поліпшення детермінант раннього періоду життя. Реалізація заходів із покращення соціально-економічних детермінант дасть змогу не тільки знизити рівень смертності, захворюваності та інвалідності, а й зменшити нерівність у здоров'ї.

Важливим елементом цього має бути загальнонаціональна дискусія, що дасть можливість українцям оцінити перспективи та напрями збереження на зміцнення свого здоров'я.

РОЗДІЛ 2

МЕНЕДЖМЕНТ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Концептуальні засади управління закладами охорони здоров'я в умовах медичної реформи

В основі реформи системи охорони здоров'я закладено зміну системи фінансування в першу чергу первинної ланки. За одиницю виміру було визначено пацієнта («гроші підуть за пацієнтом»), який повинен обрати собі лікаря. Відповідно форма цього вибору повинна бути певним чином юридично підтверджена.

Передусім необхідно чітко визначитися з тим, що пропонується підписати сімейному лікарю та пацієнту – декларацію, договір чи угоду. Це три різні документи з різними функціями та закладеними в них можливостями. На наш погляд не можна називати цей документ або так, або інакше, без врахування певних нюансів. Зокрема, будь-який договір є угодою, але не завжди угода є договором. Угода – це вольовий акт дієздатних осіб, який створює або змінює цивільно-правові відносини [1]. В його основі лежить свобода вибору фізичних і юридичних осіб. Угода – поняття об'ємне, сюди входить багато актів правовідносин, в тому числі. Договір не тільки входить в їх число, а й має багато різновидів.

Договір – це угода двох і більше фізичних або юридичних осіб, яка зазвичай укладається у письмовій формі, з обов'язковим дотриманням вимог цивільно-правового законодавства. У разі їх ігнорування договір визнається недійсним (повністю або частково).

Таким чином, запропонований до підписання сімейним лікарем і пацієнтом документ не є ні угодою, ні договором. Це – декларація, тобто офіційний документ, що закріплює основоположні принципи в певній сфері правовідносин і зазвичай декларація не має прямої юридичної дії.

У документації МОЗ, зокрема, в інструкції до заповнення декларації також зазначається, що вона лише підтверджує намір пацієнта скористатися своїми правами згідно з договором про закупівлю послуг первинної медичної допомоги, який укладають головний розпорядник бюджетних коштів та відповідний суб'єкт надання первинної медичної допомоги. Також декларація підтверджує вибір пацієнтом лікаря первинки.

На сьогодні в даний процес включено електронний реєстр, який не

дає можливості дублювати пацієнтів, чи вводити так звані «мертві душі» так, як задіяно контрольну систему через мобільний телефон, на який відсилається код ідентифікації. Однак виникають труднощі із пацієнтами, у яких немає мобільного телефону – через недієздатність, чи крайню бідність, чи через вікові особливості тощо.

Таким чином доки не буде визначено кінцевий мотиваційний маркер, не можна говорити, також, і про якісний підбір пацієнтів лікарем. Якщо ж таким маркером стане ідея оплати за відвідування – сімейні лікарі віддаватимуть перевагу хворим пацієнтам і тим, кому «подобається» лікуватись. Якщо оплата здійснюватиметься за кількістю підписаних декларацій – пріоритет буде надано потенційно здоровим пацієнтами, а хворих «відсіватимуть» всіма можливими способами. Зрештою, за будь-яких «розкладів» сімейні лікарі не захочуть мати справу із хворими на соціально небезпечні недуги, нарко- та алкозалежними пацієнтами. Якщо ж основним мотиваційним чинником виступатиме фінансова вигода, лікар працюватиме не на хворого, а на винагороду. На відміну від усіх інших сфер діяльності, де працюють за принципом «чим більше – тим краще», в охороні здоров'я такий підхід межує із деморалізацією та злочинністю.

Питання обсягів надання допомоги, відповідальності, обов'язків та прав сторін, визначення вартості та оплати, координація на рівнях надання допомоги мають бути закладені в основи угоди між пацієнтом і системою охорони здоров'я та договору між ним і лікарем. Однак у стратегії реформи охорони здоров'я поки що не йдеться про такі документи, до того ж вони потребують фундаменту у вигляді потужної правової бази.

30 січня 2018 року набрав чинності Закон України Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення № 2168-VIII. Цей Закон визначає державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій [2].

Якщо проаналізувати варіант подальших планів щодо запровадження системи «гроші йдуть за пацієнтом», то слід врахувати, що такий підхід повністю виключає зацікавленість лікаря у профілактичній роботі. Дана пропозиція передбачає можливість

заробляння коштів лікарями за проведену роботу в режимі тривалого недоконаного виду, бо завершене лікування передбачає завершене фінансування. Не можна в системі медичної допомоги запроваджувати механізми заробляння коштів, бо пацієнти не повинні бути джерелом збагачення для лікарів. Не можна ставити лікаря в умови вибору «здоров'я пацієнта чи благополуччя родини». Медична галузь не може працювати за принципом «чим більше – тим краще» на відміну від усіх інших галузей. В медицині повинно бути все навпаки – лікар повинен бути зацікавленим (в першу чергу матеріально) у тому, щоб людина була здоровою і не приходила до нього, а не навпаки. На жаль, стандарти надання медичної допомоги, про які так багато говориться, не вписуються в систему профілактики захворюваності. Вони орієнтовані виключно на лікування, і саме тому їх не можна закладати в основу оплати праці лікарів.

Також не слід створювати примусові механізми, які заставлятимуть людей звертатися до сімейного лікаря. В період розцвіту інформаційних технологій, можливо не варто недооцінювати поінформованість населення і його вміння працювати з інформацією. Сьогодні не так багато людей, які не можуть визначитись до якого вузького фахівця їм звертатись при виникненні тих чи інших проблем із здоров'ям. Для прикладу, чи є сьогодні, в час існування skype, viber, інших інформаційних можливостей, потреба заставляти сімейного лікаря, відповідно до стандартів, в розпал епідемії грипу, без засобів індивідуального захисту, обходити всіх грипозних хворих по домівках, наражаючи його на потенційну інфікованість. В ракурсі реформування системи охорони здоров'я, слід задуматись не лише над розробкою контролю, стандартизації, обмежень, вимог, регламентації тощо лікарської діяльності. Дуже гостро стоїть питання захисту лікаря. В першу чергу фізичного захисту як від можливості зараження тими чи іншими захворюваннями, так і від посягання на його фізичне благополуччя маргінальної частини пацієнтів. Невирішеність питання соціального захисту поставило сьогодні лікарів на найнижчу ієрархічну сходинку суспільства, породило озлобленість медперсоналу і зневагу суспільства до людей цієї найважчої і найсвятішої професії. А, виходячи із методики визначення вартості роботи лікаря за собівартістю, його початкова мінімальна заробітна плата на сьогодні повинна починатися

від 15 тисяч гривень. І тоді буде соціальна справедливість – заробітна плата перукарки 3 тис. грн., а лікаря – 15 тис. грн. і вище, і тоді буде повага до лікаря і, відповідно довіра до його рекомендацій. Ситуація із Covid – 19 сьогодні засвідчує актуальність даного питання, виявляє найбільш проблемні галузі і ставить вищеперелічені завдання в розряд першочергових.

На момент створення Національної служби здоров'я (Агенції) зі статусом центрального органу виконавчої влади виникло цілий ряд запитань. На той час (як і сьогодні) центральним органом виконавчої влади в системі охорони здоров'я є МОЗ України. Якщо дана Агенція виступатиме центральним органом виконавчої влади, то вона заміщує МОЗ України, якщо ця Агенція створена МОЗом, то вона не є центральним органом виконавчої влади. У існуючому на той час фінансово-правовому полі дана Агенція не могла б розпоряджатися коштами в жодному випадку. Якщо ж було б прийнято Закон України про обов'язкове медичне страхування, то був би створений Страховий фонд, або каса хворих, або Агенція страхового фонду, яка б розпоряджалася коштами страхового фонду відповідно до визначеного правового поля.

Пресслужба МОЗ України дає наступне визначення НЗСУ – Національна служба здоров'я України – центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [3].

На основі того, що гроші зберігатимуться на казначейських рахунках, МОЗ стверджує, що НЗСУ не володітиме коштами, які виділяються з держбюджету на оплату послуг медичного обслуговування населення. Однак, вони ж говорять, що Національна служба здоров'я буде оператором, який контракуватиме закупівлю медичних послуг та укладатиме договори з медичними закладами і лікарями-ФОП.

НЗСУ контролюватиме дотримання умов договору. Якщо йдеться про лікарську помилку, то тут контроль залишається за органом, який надає ліцензію – за МОЗом. Якщо йдеться про якість обслуговування, то це компетенція НЗСУ. Тут слід відмітити, що якість обслуговування і лікарська помилка мають дуже розмиті межі і конкретно віддиференціювати одне від одного в царині медичної допомоги в сучасних умовах може бути досить проблематично.

Із створенням НЗСУ ми наближаємось до переходу на обов'язкове медичне страхування, що передбачає в першу чергу визначення обсягів медичної допомоги, які надаватимуться в рамках страхової програми. І тут слід враховувати темпи розвитку можливостей медичної допомоги, які у всьому світі значно випереджають фінансові можливості. Слід бути дуже обережними з визначенням даних обсягів. Підхід «від можливостей» в умовах крайньої бідності в державі, межує з геноцидом, і про це слід добре пам'ятати. Не від наявних коштів слід відштовхуватись, при визначенні обсягів допомоги, а від необхідності знайти необхідні кошти для надання допомоги тим хворим, які не поповнять статистику смертності від причин, яких можна було уникнути. А ми за цим показником (14,46 смертей на 1000 осіб) займаємо друге місце після найгіршого показника у світі (Лесото – 14,88).

Щодо питання про нагляд за роботою лікаря, то намарне створювати якісь штучні інституції з тих самих лікарів, які будуть контролювати кожен крок один одного. Практика авторитарного управління в радянській системі здравоохранення показує, що лікар завжди, в першу чергу, буде працювати на показник, за яким його будуть контролювати, а потім уже в інтересах хворого. Жорстка вимога дотримання протоколу лікування хворого дуже швидко призведе до заміщення лікаря комп'ютером. А в час геометричного зростання розвитку технологій і напрацювань з винайдення штучного інтелекту це заміщення станеться дуже швидко. Але людина не побудована за принципом пазлів, які за алгоритмом можна розібрати, а потім знову зібрати. Людина побудована не лише з тіла, а ще і з душі. І саме від цієї інстанції залежить її видужання чи не видужання. Багато провідних наукових закладів доводять нині цю тезу на основі доказової медицини. І тільки лікар від Бога може доторкнутися до душі хворого і вилікувати його словом, не зважаючи на всі песимістичні прогнози протоколів лікування. Не слід перетворювати лікаря в приставку до комп'ютера! Не слід знущатися з лікаря і з пацієнта, визначаючи їм час спілкування 12 хвилин. Питання спірного лікування чи визначення спірної тактики лікування може вирішувати лише асоціація фахівців, а не дивно створена управлінська комісія.

«Один з найважливіших показників хорошої роботи МОЗ має бути збільшення народжуваності на протигагу рівня смертності» [4]. Дане

твердження можна сприймати лише як невдало збудоване речення, але аж ніяк не як стратегічний напрям. Якщо про питання відвортної смертності, ще з натяжкою можна питати з медиків, то щодо народжуваності, зростання захворюваності, тривалості життя лікарський вплив, за даними доказової медицини, становить не більше 10%. Якщо людина живе за межею бідності, якщо питання її працевлаштування, як і майбутнє її дітей вельми песимістичні, якість її харчування не витримує ніякої критики, то чи зможе лікар вплинути на забезпечення збереження її здоров'я – питання риторичне.

Чи забезпечить профілактику захворюваності тотальна диспансеризація – то все залежить від якості даного процесу. Формальний підхід до даного питання ми уже проходили в Радянському Союзі. А неформальний підхід потребує налагодження відповідних умов і можливостей. А це, в свою чергу, знову ж таки потребуватиме відповідних капіталовкладень. Звичайно, що дане питання слід вирішувати шляхом інвентаризації матеріальної бази, уникнення дубляжів обстежень і розпоршування діагностичного обладнання, уникнення варіанту, коли, для прикладу, дороговартісне обладнання працює 4 години в добу, бо ми економимо кошти на додатковій ставці лікаря тощо.

До реформи слід підходити з позицій інтенсифікації, а не оптимізації (синонім до слова скорочення), як сьогодні прийнято. Звичайно, такий стаціонар, де хворому ставлять крапельницю на 40 хвилин, а решта 23 години часу він нудиться у цьому стаціонарі або йде додому, якщо недалеко, не потрібен. Стаціонар сьогодні повинен прирівнюватись до палат інтенсивної терапії з відповідним обладнанням і можливостями.

Акцент реформи структури системи охорони здоров'я слід робити на доступі хворого до лікаря, а не лікувального закладу. Різна щільність населення, різні дороги, різні географічні умови України не створюють доцільності уніфікованого підходу до структури, як одна лікарня на 100 чи 120 тис мешканців, 60 хвилин доступність тощо. У нас є села, куди автобус ходить лише раз на добу в одному напрямку – сьогодні туди, а завтра назад... У нас є села і хутори, куди дороги немає взагалі... З таких місць до найгіршої траси треба годину добиратись... Важко буде сумістити чисельність населення для обслуговування і час добирання –

якщо об'єднати чисельність населення кількох районів, щоб набрати тих 100 тисяч, то час не буде відповідати, а якщо за основу взяти час, то з чисельністю будуть проблеми...

Створення госпітальних округів – це частина адміністративної реформи і не входить до функцій МОЗ України. Термін «госпітальний округ» виник з припущення, що саме лікарні є тими якірними установами навколо яких можна формувати нові громади. А ми сьогодні вирішили реформувати лікарняну сітку також, створюючи лікарні першого і другого рівнів. Тоді слід вносити правки в Основи законодавства України про охорону здоров'я щодо первинної, вторинної та третинної медичної допомоги, якщо йдеться про рівні надання допомоги, але якщо йдеться про нові дефініції рівнів закладу охорони здоров'я, то слід чітко визначати такі дефініції.

І на завершення щодо гарантованого рівня медичної допомоги. Ще з 1992 року стаття 7. Основ законодавства України про охорону здоров'я «Гарантії права на охорону здоров'я» п. в) декларує «надання всім громадянам гарантованого рівня медичної допомоги у обсязі, що встановлюється Кабінетом Міністрів України» [5]. На жаль, до сьогодні цей адекватний рівень не розроблений. В базовий період йшлося про педіатричну допомогу, швидку та невідкладну допомогу, лікування інфекційних та соціально небезпечних захворювань та допомогу при пологах. Сьогодні, можливо, були б інші критерії. Мова мала б іти про те, що Кабмін визначає рівень, який на місцях забезпечити зобов'язані. Зміни можливі лише в сторону збільшення за кошти місцевих громад. Даний рівень переглядається щорічно не у прив'язці до наявних коштів, а у прив'язці до стану здоров'я населення і потреб його покращення. Визначення такого рівня досить делікатне питання і, звичайно, в межах розумного повинно містити такий рівень медичної допомоги, який дозволить мешканцям почуватися захищеними державою і водночас дбати про своє здоров'я. Визначення гарантованого рівня дозволить планувати витрати системи, забезпечувати гарантійну допомогу хворим та зберігати соціальну гармонію в суспільстві. Все, що виходить за межі гарантованого рівня медичної допомоги може забезпечуватися приватним сектором і фінансуватися приватними коштами чи посередництвом добровільного медичного страхування.

З питаннями конкуренції в системі медичної допомоги слід бути

дуже обережними. Без проблем допустима конкуренція в питаннях сервісу, але зовсім не допустима в питаннях якості надання допомоги, консультативної допомоги, взаємодії в складних випадках тощо. Проблема у тому, що питання якості медичної допомоги з позицій пацієнта, лікаря і держави – це різні питання. Якість – це відповідність певним характеристикам, які забезпечують корисність даного продукту чи окремого товару. Якість з точки зору пацієнта – чого саме очікує пацієнт від даної послуги. Цю якість оцінює як сам пацієнт, так і члени його сім'ї чи опікуни. Якість професійна – чи задовільняє послуга потреби споживача – тут оцінку надає практикуючий лікар чи адміністрація лікарні. Основою для визначення такої якості якраз і виступає База стандартів медичної допомоги в Україні (База СМД), яка регламентує клінічні аспекти надання медичної допомоги хворим у вигляді: стандартів медичної допомоги; клінічних протоколів (а також протоколів надання медичної допомоги); нормативів надання медичної допомоги; методичних рекомендацій тощо.

Якість з позицій держави – передбачає найбільш ефективно і продуктивно використання лімітованих ресурсів і оцінювачами якості тут виступатиме як адміністрація, так і власники даної лікарні, громадські організації, у полі зору яких знаходиться даний лікувальний заклад.

Збереження здоров'я населення та процвітання власного закладу – це є та двоєдина мета, досягнення якої є основним завданням очільника медичного закладу. Якими характеристиками та компетентностями повинен володіти керівник, щоб впоратися з такою місією?

Процес реформування системи охорони здоров'я передбачає нові умови діяльності організацій галузі, і це вимагає від керівників медичних закладів поєднання кількох ролей – конструктора, лідера та стратега. Значимість кожної з цих функцій може змінюватися залежно від ситуації, рівня розвитку організації, її місця в загальній системі тощо. Зокрема, керівник як конструктор має спрямувати свої зусилля та знання на впорядкування організаційної структури закладу, новаторство, оновлення і зміни, управління виробничими функціями, налагодження інформаційних систем, постійне підвищення якості, управління людськими ресурсами та новими функціями тощо. Ця роль є провідною для управлінця нової генерації, який повинен вибудовувати практично нову систему охорони здоров'я, засновану на збереженні здоров'я, а не на його відновленні.

Реформовані організації системи охорони здоров'я, повинні бути гнучкими і здатними до адаптації, спроможними реагувати на невизначеність та мінливі умови а також органічно взаємодіяти з навколишнім світом. Також потрібно врахувати те, що у реформі управління важливе місце займає оптимізація взаємовідносин між різними рівнями управлінських органів як по горизонталі, так і по вертикалі. На сьогодні ж зберігається подвійне підпорядкування органів охорони здоров'я: місцевим органам влади (по горизонталі) та вищим управлінським структурам галузі (по вертикалі) і це також потребує певного узгодження в процесі реформування .

Найважче випробування для керівника – поєднати інтереси лікарів і організації. Це потребує нових моделей взаємин у площині «лікар – організація», переосмислення цих зв'язків, більшої участі лікарів в управлінні та керуванні організаційною діяльністю. Без їх залучення неможливо вирішити такі проблеми як управління вартістю, покращення якості медичної допомоги, підвищення продуктивності праці і використання ресурсів, здійснення стратегічного планування. Лікарі повинні відігравати ключову роль у формуванні політики, прийнятті рішень, розподілі ресурсів, а також в розробці і здійсненні стратегічних задумів. Керована медична допомога дає змогу організаціям і лікарям усвідомити, що вони повинні діяти спільно, розділяючи між собою ризики і розвиваючи механізм входження в ринок.

Керівник як стратег, зобов'язаний підтримувати постійний зв'язок із зовнішнім світом, аби своєчасно розпізнавати і оцінювати події, котрі можуть якимось чином вплинути на організацію. Будь-які сигнали ззовні потрібно контролювати і аналізувати, при цьому значну увагу приділяти питанням, які потенційно стосуватимуться як самої організації, так і її партнерів. Більше того, керівники в ролі стратегів повинні не тільки відчувати й розуміти ситуацію навколо себе, а й впливати на неї. Керуючи закладами медичної допомоги, які задовольняють інтереси людей, вони повинні брати участь у формуванні та реалізації громадської політики.

Втім, незважаючи на впливи ззовні і внутрішні складнощі, яких неможливо уникнути, керівник як лідер зобов'язаний активно шукати шляхи розвитку організації, аби вона не лише відповідала вимогам сьогодення, а й мала перспективи на роки вперед.

Система охорони здоров'я – це наскрізна галузь суспільної сфери, що значно ускладнює процес управління, яке передбачає двоєдине завдання: подбати про збереження здоров'я нації і водночас забезпечити процвітання власних організацій.

У нинішніх складних соціально-економічних умовах в державі перед керівниками галузі постають досить складні проблеми, вирішення яких потребує неабияких здібностей і принципово нових знань та вмій (у сфері менеджменту та маркетингу, економіки та юриспруденції). Крім того керівники мають бути в повному технічному та інформаційному всеозброєнні і навіть хорошими психологами, аби на високому рівні вести ділові перемовини та вміти врегульовувати конфлікти.

Організації охорони здоров'я – це складні соціальні системи. Комунальне некомерційне підприємство (а практично всі заклади охорони здоров'я вже є такими) самостійно визначає свою організаційну структуру, встановлює чисельність працівників і штатний розпис.

Сама по собі проблема управління ними полягає в тому, яким чином потрібно використовувати внутрішню структуру, методи підвищення продуктивності праці та стимули для того, аби максимально підвищити внутрішню ефективність організації для досягнення нею мети.

Щоб зрозуміти сутність та навчитись управляти організацією охорони здоров'я, необхідно застосовувати системні підходи. Хоча кожен вид діяльності, кожен функцію чи розділ організації охорони здоров'я мають свої унікальні вимоги, тож їх можна розглядати окремо й під різним кутом зору, однак більшість з них є взаємозалежними. Більше того, один набір функцій та видів діяльності зазвичай буває структурним елементом іншого або зовнішнім середовищем для нього.

Організації охорони здоров'я є унікальними або, принаймні, відмінними від інших типів організацій, адже, в них значно складніше визначити та виміряти результати діяльності. Та й виконувана робота дуже різноманітна, складна і специфічна, у більшості своїй термінова та невідкладна, також вона не допускає терпимості до невизначеності та помилок. Виробнича діяльність в закладах охорони здоров'я надзвичайно взаємозв'язана з іншими видами роботи, потребує високого ступеня координації дій різних професійних груп та надзвичайно високого ступеня їх спеціалізації.

При цьому варто врахувати, що фахівці високого рівня передусім бережуть честь мундира і віддані своїй професії, натомість інтереси організації для них – на другому місці.

Це ще раз свідчить про те, що сучасному керівнику конче необхідно володіти новими методами організації та управління, основними з яких є управління ринком чи мережею послуг, орієнтоване на охорону здоров'я населення; активне управління якістю і постійне вдосконалення роботи; управління медичним обслуговуванням з виходом за межі організацій; управління фінансами з орієнтацією на ефективність організації.

Додаткові труднощі і суперечливі моменти в процесі управління охороною здоров'я виникають через те, що керівники закладів покликані привести систему до її основної мети (збереження здоров'я нації і водночас забезпечити процвітання власних організацій). На жаль, ні того ні іншого в Україні сьогодні не існує, а основні акценти нинішньої медичної реформи наполегливо схиляють головних лікарів до пріоритетного відстоювання інтересів організації. Це однозначно призведе до того, що зреформована в фінансовому ракурсі система охорони здоров'я буде більше зацікавлена у наявності хвороби, аніж у її профілактиці. Адже суміщення двох згаданих цілей у діяльності комунального неприбуткового підприємства, яке стає окремою господарською одиницею є дуже проблематичним. Специфіка системи охорони здоров'я не суперечить їх досягненню, але й не дуже сприяє такому «альянсу». Адже відтворення здоров'я повсякчас потребує збільшення фінансових затрат, а забезпечення зростання рентабельності за рахунок хворих людей, дуже обмеженого державного забезпечення та вишукування спонсорів – справжня проблема.

До того ж нині, в умовах економічної кризи в державі, зниження рівня доходів основної маси населення нижче реального прожиткового рівня, падіння моральних устоїв у суспільстві зростає напруга як між окремими верстами населення, так і між представниками різних медичних спеціальностей. Розшарування суспільства на багатих та бідних торкнулося і середовища медичних працівників, про що сьогодні свідчать декларації багатьох головних лікарів. Можливість необмеженого збагачення одних і злидні інших не сприяють доброму мікроклімату у медичному закладі, що негативно позначається на хворих а також призводить до викривленої мотивації праці медперсоналу.

Із 1 січня 2019 року в Україні функції директора та медичного директора закладу охорони здоров'я чітко розмежовані: директор займається питаннями господарської діяльності, а медичний директор – виключно питаннями медицини [6].

Проаналізуємо завдання та обов'язки генерального директора з позицій мотиваційних чинників: страху, переконання та вигоди. Відповідно до кваліфікаційної характеристики [7], генеральний директор закладу охорони здоров'я керує виробничо-господарською та фінансово-економічною діяльністю і відповідає за її результати. Натомість така відповідальність є досить відносною і «конкретизується» (згідно з чинним законодавством) лише у разі грубих порушень фінансових операцій. Якщо ж фінансово-господарські результати діяльності закладу є, м'яко кажучи, плачевними, але такими, що не виходять за рамки порушення закону, ніякої відповідальності керівник не нестиме. Тому в умовах реформування управління закладу охорони здоров'я слід вносити зміни в критерії оцінки роботи керівника, виходячи не з відсутності порушень, а з позицій досягнень і розвитку закладу. Відсутність відповідної мотивації призвела до того, що значна частина головних лікарів спрямовували свою фінансову майстерність не на розвиток керованого закладу, а на власне збагачення. Якщо цей момент не враховувати в процесі подальшого реформування, то ситуація не лише не зміниться, а й посилиться, бо нині генеральні директори взагалі не відповідатимуть за лікувальний процес, а займатимуться виключно фінансово-господарськими справами, не маючи конкретних статей відповідальності за «непроцвітання» закладу.

До речі, одним із мотиваційних чинників забезпечення реалізації довгострокової стратегії розвитку закладу може бути потенційна гарантія керівнику щодо довгострокового зайняття ним посади. Інакше він буде зацікавлений швидко і максимально задовольнити свої власні потреби (доки перебуває на посаді).

Наступна функція генерального директора – організація розробки та забезпечення реалізації довгострокової стратегії розвитку закладу на основі потреб громади та ринкової ситуації. Втім, усім зрозуміло, що у більшості випадків силами генерального директора (без фінансових гарантій з боку держави чи органів місцевого самоврядування) не вдасться урівноважити потреби громади у здоров'ї та ринкові «лещата» –

через неухильне зростання вартості медичних послуг, обмежені фінансові ресурси закладу та зростання потреб населення у якісній медичній допомозі. Адже заклад охорони здоров'я не може впливати на фактори ризику захворюваності населення, водночас не будучи комерційним прибутковим підприємством, не матиме зростаючих фінансових потоків на задоволення попиту населення на здоров'я та умов ринку.

Генеральний директор, за умови дотримання чинного законодавства, може виконувати лише такий обсяг зобов'язань, який підтримується фінансуванням і залежить виключно від його повноважень. Якщо, наприклад, державні чи місцеві бюджети не дотримуються своїх зобов'язань перед закладом охорони здоров'я, то він відповідно також не зможе виконати свою частину зобов'язань. Тому генеральний директор на разі обмежений фінансовим та правовим полем, у якому він виконує свої функції.

Щодо розподілу та використання ресурсів закладу, ці позиції однаковою мірою стосуються як генерального так і медичного директорів, ресурсне забезпечення буде прерогативою першого, а от ефективність його використання більше залежатиме від медичного директора.

До речі, медичний директор незалежно від генерального зможе ухвалювати самостійні управлінські рішення щодо координації взаємодії підрозділів закладу в питаннях надання медичної допомоги, удосконалення медичних послуг, організації пацієнтоорієнтованого лікування. Однак у питаннях підбору медичних кадрів він матиме швидше дорадчий голос, останнє слово тут – за генеральним директором, який відбирає та призначає працівників на вакантні посади закладу (в тому числі й медичного директора).

Генеральний директор має не лише організувати роботу всіх структурних підрозділів закладу та їх ефективну взаємодію, а й спрямувати їх діяльність на розвиток і вдосконалення (знову ж таки з урахуванням соціальних та ринкових пріоритетів), подбати про підвищення якості та конкурентоспроможності наданих послуг, їх відповідність до стандартів надання медичної допомоги тощо. Оскільки особливістю ринку медичних послуг є його соціальна орієнтація, говорити про ринкові пріоритети, тобто максимізацію прибутків, у разі надання кваліфікованих медичних послуг аж ніяк не можна.

Так само завданням керівника є залучення коштів на інвестиційні потреби закладу. Однак будь-який інвестор передусім дбає про безпеку своїх інвестицій, їх ліквідність та високу прибутковість. Ринок медичних послуг в умовах некомерційного підприємства сповнений потрясінь та небезпек для потенційного інвестора. Дещо більше гарантій в приватному бізнесі, однак і з цим можна посперечатися. Щодо ліквідності інвестицій (здатності їх до швидкого і беззбиткового перетворення на готівку), то в закладах охорони здоров'я, які у 80% випадків отримуватимуть кошти від НСЗУ, такі перспективи будуть дуже ілюзорними. І, насамкінець, прибутковість у комунальних некомерційних закладах буде забезпечена щонайбільше 20% платних медичних послуг, що є мінімальними можливостями. Тож інвесторам немає жодного інтересу вкладати свої кошти у заклади, які не те що не забезпечать їм прибутків, а й навіть не гарантують відтворення інвестицій. Тому генеральному директору легше буде знайти меценатів чи спонсорів, аніж інвесторів.

Одним із найвідповідальніших обов'язків генерального директора є забезпечення закладу кваліфікованими працівниками, для залучення й утримання яких потрібні і відповідні умови роботи, і матеріальна зацікавленість, і сприятливий морально-психологічний клімат у колективі. І тут виникає певне застереження. Генеральний директор в умовах комунального некомерційного підприємства зобов'язаний на 100% забезпечити лише мінімальну заробітну працівникам, решту доплат, надбавок, премій він зможе виплатити лише за наявності коштів – на власний розсуд або на умовах, прописаних в колективному договорі.

Саме дирекція медичного закладу формуватиме нові, внутрішні тарифні сітки, за якими працюватимуть лікарі, середній та молодший медичний персонал, залучатиме інвестиції, розпоряджатиметься коштами, які зміг отримати медичний заклад за надання медичних послуг населенню чи з інших надходжень, і генеральний директор несе за це практично повну відповідальність. Від його професійності та компетенції залежатиме стратегічне майбутнє закладу: процвітання чи занепад. В статутах комунальних некомерційних закладів останнім розділом прописано умови ліквідації закладу і головною умовою такої дії є заборгованість перед кредиторами. Тут ще раз слід наголосити: така

позиція сприяє пріоритетності економічних інтересів закладу охорони здоров'я над його медичними та оздоровчими функціями, а це недопустимо.

На посаду генерального директора можна потрапити тільки пройшовши конкурсний відбір, порядок якого вже прописано. Головним арбітром у виборі керівника закладу охорони здоров'я буде спеціальна конкурсна комісія, до складу якої у рівній кількості входять представники органу управління, трудового колективу закладу, а також громадської ради органу управління або особи (за згодою), делеговані громадськими об'єднаннями з питань захисту інтересів громадян у сфері охорони здоров'я та/або у сфері запобігання корупції і антикорупційної діяльності (за умови реєстрації таких громадських об'єднань не менш як за два роки до дати рішення про проведення конкурсу) – по одній особі від кожного громадського об'єднання.

Конкурс для призначення керівників закладів ПМД має свої особливості – їх умови можуть визначатися відповідними уповноваженими виконавчими органами управління власника закладу охорони здоров'я (далі – органи управління).

Наскільки такі умови сприятимуть появі нових лідерів у управлінні охороною здоровою? Перспективи не дуже втішають, оскільки нинішні умови проведення конкурсу грають на руку чинним керівникам закладів: третина складу комісії є їх підлеглими, третина – ті, хто їх свого часу призначав на цю посаду, і лише третина – члени громадських організацій, однак і вони почасти є досить заангажованими вже на етапі входження у громадську раду органу управління. Можна сказати, що вирішальним чинником всіх етапів конкурсу є людський фактор, тобто значною мірою такий вибір є суб'єктивним.

Відтак потрібно налагодити систему об'єктивних показників, на основі яких відбудеться вибір лідера сучасного медичного закладу. Їх можуть забезпечити медична та психологічна експертиза, результати тестових іспитів, формалізовані звіти про попередні результати управлінської діяльності та їх експертна оцінка, також експертна оцінка програм майбутньої діяльності, аналіз декларації про доходи претендентів на посаду тощо.

2.2. Організаційний механізм впливу на управлінську діяльність в закладі охорони здоров'я

Проблема управлінської діяльності розглядається вченими з різних позицій, а саме: в контексті теорії управління, психології управління, теорії загальної педагогіки. Крізь призму теорії управління управлінська діяльність розглядається як сукупність вироблених історичним досвідом, науковим пізнанням і талантом людей навичок, умінь, способів, засобів і дій людини у сфері [11]. У цьому контексті загальними рисами управлінської діяльності є її інтелектуальні засади (вироблення, прийняття та практична реалізація управлінських рішень, спрямованих на зміну розвитку суспільних процесів, свідомості, поведінки і діяльності людей), інформаційність (отримання, осмислення, систематизація, зберігання, ретрансляція управлінської інформації), раціональність, ефективність [16].

Управлінська діяльність відрізняється від інших видів діяльності психологічними особливостями, серед яких науковці виокремлюють такі:

- велика різноманітність видів діяльності на різних рівнях управлінської ієрархії;
- неалгоритмічний, творчий характер діяльності, що часто відбувається за умов мінливої, нерідко суперечливої атмосфери та недостатності інформації;
- яскраво виражена прогностична природа управлінських завдань;
- значна роль комунікативної функції;
- висока психічна напруженість, зумовлена великою відповідальністю за прийняті рішення [14].

Ґрунтуючись на функціональній диференціації, управлінська діяльність зумовлена основними вимогами до організації і передбачає чітке виконання фахових завдань, економічність, планомірність, ритмічність, надійність роботи, недопущення помилок і порушень у спільній діяльності, створення умов для ініціативної і творчої праці. Визначення основних функцій управлінської діяльності уможливило її ефективний соціальний ефект, розвиток управлінської культури, готовності до управлінської діяльності, управлінських якостей окремої особистості [16].

Крім того, на переконання авторів наукової праці [12],

управлінська діяльність передбачає відповідальність кожної особи за покладені на неї обов'язки, врахування здібностей фахівців і залучення їх до певного виду діяльності, зосередження інтересів фахівців навколо спільної мети і завдань.

На основі визначених функцій управлінської діяльності, її специфіки в соціальному й особистісному вимірах науковці виокремлюють такі види управлінської діяльності:

– за об'єктом впливу: індивідуальна (проведення співбесіди, здійснення психологічного впливу на особистість, індивідуальне прийняття управлінського рішення); групова (колегіальне розв'язання управлінського завдання та ін.);

– за спрямованістю: технічне управління (в системі «людина – техніка»); соціальне управління (стосовно людини та людської спільноти) [16].

Узагальнення різних поглядів науковців щодо теорії управління, психології управління, соціології, педагогіки визначення функцій управлінської діяльності, її видів дозволило авторам наукової праці [16] констатувати, що управлінська діяльність є багатофункціональною діяльністю, яка визначається специфікою професійного середовища.

У контексті нашого дослідження важливо з'ясувати сутність управлінської діяльності у професійному середовищі сфери охорони здоров'я України.

Оскільки сутність управлінської діяльності розкривається через професійну діяльність кадрового складу сфери охорони здоров'я України, передусім, вкажемо на те, що кадровий потенціал в організаціях медичної сфери та процес його формування має свої особливості (рис. 1.).

Отже, можемо стверджувати, що управлінська діяльність у закладі охорони здоров'я характеризується багатофункціональністю, динамічністю, особливими умовами напруженості, регламентованістю, чітким керуванням діями, їх злагодженістю та узгодженістю, адже пов'язана з безперервним вирішенням сукупності нагальних проблем, завдань управлінського спрямування.

Специфіка управлінської діяльності в закладах охорони здоров'я обумовлюється її особливостями (галузь охорони здоров'я відіграє визначальну роль у соціально-економічному розвитку країни через

Особливості кадрового потенціалу в організаціях медичної сфери

- характер процесів, що відбуваються у медичній сфері передбачає високу соціальну значущість та корисність, а також відзначається неможливістю застосування ринкових критеріїв ефективності, що обмежує застосування ринкових механізмів та зумовлює необхідність державного регулювання;
- складність визначення якості та вимірювання результатів роботи;
- висока спеціалізація основної діяльності, що має терміновий і невідкладний характер;
- відсутність права на невизначеність і помилку;
- потреба в тісній координації роботи різних підрозділів;
- висока кваліфікація працівників, яка зумовлює їх прагнення до самостійності та лояльності, насамперед щодо пацієнтів та колег за професією;
- необхідність контролю з боку адміністрації медичних закладів за діяльністю лікарів, які безпосередньо впливають на визначення обсягу роботи та, відповідно, витрат медичної організації;
- важкість координації роботи та розподілу повноважень і відповідальності, що пов'язано з подвійною підпорядкованістю, що існує в багатьох медичних установах;
- у медичній сфері важлива роль відведена безпосередньо медичному працівникові, тому управління розвитком кадрів визнається пріоритетним завданням менеджменту в галузі охорони здоров'я.
- управлінську діяльність в закладах охорони здоров'я відрізняє така специфіка: структурність такої діяльності, яка розкриває предметну й потребово-мотиваційну характеристики управлінської діяльності (потреба, мотив, мета, спосіб); діяльнісність, що відображає процесуальну сторону управлінської діяльності (активність, діяльність, дія, операція). У сукупності забезпечується виконання фахівцем управлінської діяльності, що складається з управлінських функцій (аналізу, планування, організації, регулювання, контролю)

Рис. 1. Особливості формування кадрового потенціалу в організаціях медичної сфери

Примітка: сформовано на основі джерела [16]

збереження і відновлення здоров'я людського капіталу), сучасними умовами реформування галузі охорони здоров'я. Як стверджує С. Вовк «в умовах інноваційного розвитку суспільства кінцевим результатом якісної роботи медичної системи є особистість, здатна забезпечити конкурентоспроможність економіки, рівень розвитку високих технологій виробництва, високі показники внутрішнього валового доходу, високий рівень матеріального і духовного життя населення країни» [3].

Управлінська діяльність в закладах охорони здоров'я є системою,

яка охоплює комплекс дій і практичних заходів на різних рівнях управлінської ієрархії. Головним суб'єктом їх формування і реалізації виступає держава.

Наприклад, Стратегія сталого розвитку «Україна – 2020» визначає, що метою державної політики у сфері охорони здоров'я є «кардинальне, системне реформування, спрямоване на створення системи, орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити медичне обслуговування для всіх громадян України на рівні розвинутих європейських держав. Головними напрямками реформ мають стати підвищення особистої відповідальності громадян за власне здоров'я, забезпечення для них вільного вибору постачальників медичних послуг належної якості, надання для цього адресної допомоги найбільш соціально незахищеним верствам населення, створення бізнес-дружньої обстановки на ринку охорони здоров'я. Орієнтиром у проведенні реформи є програма Європейського Союзу «Європейська стратегія здоров'я – 2020» [13].

Система охорони здоров'я об'єднує в собі такі елементи: структуру складної адміністративної системи як форму організації її ланок та рівнів; процеси управління як сукупність операцій, що виконуються за певними нормативно-правовими приписами; методи управління як сукупність засобів впливу складної адміністративної системи на керований нею об'єкт; техніка управління як сукупність технічних засобів для реалізації адміністративних процесів [3].

Об'єктний склад управління в сфері охорони здоров'я охоплює: з одного боку, певні суспільні відносини, а з іншого, – відносини у організаційній системі, тобто відносини між різними суб'єктами управління.

Отже, управлінський вплив у закладах охорони здоров'я охоплює організаційну компоненту, тобто управлінські дії, реалізовані суб'єктами на різних рівнях управління сферою охорони здоров'я. Це відображається у різному практичному спрямуванні та реалізації впливів у двох напрямках: статичному (структурному) та динамічному (функціональному). Тобто, управлінський вплив у сфері охорони здоров'я передбачає: побудову відповідної організаційної структури управління (підсистем, які чинять управлінський вплив) та покладення відповідного функціонального навантаження на ці підсистеми.

Досліджуючи питання організаційного механізму впливу на

управлінську діяльність в закладі охорони здоров'я, вкажемо на те, що сьогодні не існує чіткого визначення поняття «організаційний механізм управління діяльністю організації». Одні автори трактують його, як сукупність процесів, що відбуваються в організації, другі – як етапи життєвого циклу організації, треті – як основні правила, норми, що діють у межах організації. Інші вчені пропонують розглядати організаційний механізм управління організацією з точки зору здійснюваної діяльності, а саме: організаційний механізм конкурентоспроможності організації; організаційний механізм бюджетування; організаційний механізм фінансової діяльності організації та ін. [2]

Автори наукових праць Л. Баластрик та Л. Гранченко [1] до складу організаційного механізму внесли: а) структурні механізми: структуризація діяльності, організації, ринків; б) інформаційні механізми: економічної, науково-технічної, маркетингової інформації; в) механізм організації управління: стратегічне, оперативне, цільове управління; організаційно-технічний механізм: стандартизація, сертифікація, ліцензування.

В. Гросул розглядає «організаційний механізм» як внутрішню організацію, яка визначає порядок здійснення економічної діяльності підприємства, передбачає прийняття оптимальних управлінських рішень, спрямованих на вирішення поставлених завдань та їхню реалізацію при мінімізації сукупних ресурсів і максимізації якості кінцевого результату [4].

Характеристикою «організаційного механізму» є організованість. Під організованістю розуміють забезпечення цілеспрямованої, погодженої взаємодії елементів системи під час функціонування цієї системи. Більш узагальненим є визначення організаційного механізму як обґрунтованої певним чином послідовності управлінських дій, а також методів по реалізації функцій і принципів управління. У результаті критичного розгляду підходів сучасних авторів, під організаційним механізмом О. Літвінов [10] пропонує вважати сукупність управлінських дій, які спрямовані на організацію взаємодії між внутрішніми елементами в середині системи із врахуванням впливу зовнішнього середовища.

Доповнюючи вказане вище, акцентуємо увагу на тому, що в сучасних умовах діяльність медичних установ (як і будь-яких інших організацій) повинна враховувати дію економічних законів. Тобто, виключно організаційні важелі впливу на об'єкт управління без

врахування економічних законів і закономірностей не можуть дати необхідний результат. Тому ми підтримуємо позицію авторів, які головним засобом досягнення організаціями цілей вважають створення та реалізацію організаційно-економічних механізмів управління.

Узагальнюючи все вищевикладене, організаційний механізм управління закладом охорони здоров'я можна визначити як систему:

– механізмів (структурного, інформаційного та ін.), яка забезпечує управління цим закладом в умовах змінного зовнішнього середовища, ґрунтуючись на порядку здійснення закладом діяльності, спрямованої на прийняття оптимальних управлінських рішень щодо вирішення поставлених завдань при якнайкращому використанні організаційних ресурсів;

– управлінських дій спрямованих на організацію взаємодії між елементами закладу охорони здоров'я з метою досягнення ним цілей діяльності (як щодо задоволення потреб населення у якісній медичній допомозі і послугах, так і власних економічних інтересів) із врахуванням особливостей зовнішнього та внутрішнього середовищ цього закладу.

Організаційний механізм управління закладом охорони здоров'я як система управлінських дій реалізується в процесі організації управлінської діяльності. Ці дії знаходять відображення у роботі фахівців закладів охорони здоров'я, які володіють відповідними компетенціями (рис. 2). Організаційний механізм впливу на управлінську діяльність в закладі охорони здоров'я та його змістове навантаження істотним чином обумовлюється тенденціями реформування і державного управління, і галузі охорони здоров'я.

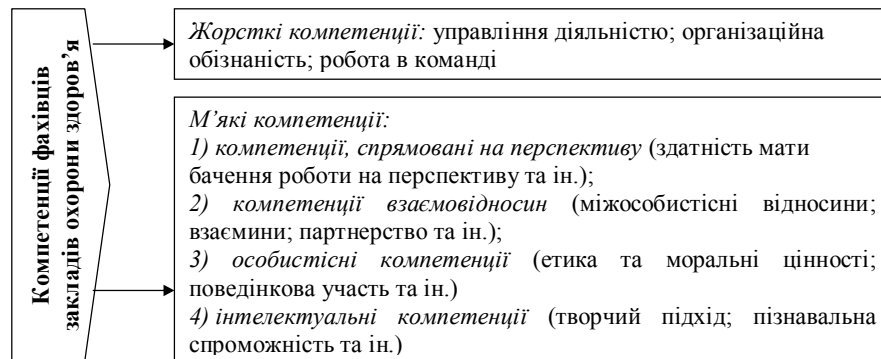


Рис. 2. Компетенції фахівців закладів охорони здоров'я

Примітка: сформовано з використанням джерела [12]

Як стверджується у науковій праці [15] «реформування державного управління в Україні має відбуватися на основі сучасних орієнтирів та ціннісних пріоритетів розвитку світового співтовариства у цій сфері. Основний зміст управлінських сучасних тенденцій в Європі характеризується як державний менеджеризм. Тому, має йтися про зміну парадигми державного управління, формування нової культури та нового стилю діяльності публічних органів, орієнтованих на підвищення якості послуг для громадян, підвищення відповідальності за розподіл послуг і ресурсів».

Розкриваючи питання організаційного механізму впливу на управлінську діяльність в закладі охорони здоров'я та його змістове навантаження, слід вказати на те, що управлінська діяльність пов'язана адміністративною діяльністю, а організація управлінської діяльності в закладі охорони здоров'я визначає особливості здійснення адміністративної діяльності.

Адміністративний – той, що пов'язаний з управлінням, адміністрацією.

Адміністрація (лат. administratio – управління, керівництво) – 1) сукупність державних органів, що здійснюють функції управління; 2) посадові особи управління, керівний склад установи, організації, підприємства; 3) розпорядники, відповідальні улаштувачі будь-чого [9].

Таким чином, адміністративний, у широкому розумінні, – це той, що пов'язаний загалом з управлінською діяльністю, як політичною, так і власне адміністративною, у вузькому тлумаченні – той, що пов'язаний з бюрократичним методом управління та виконанням політичних рішень.

У рамках власної концепції (класичної школи) досліджував поняття адміністрування А. Файоль. Управління, під яким в термінології А. Файоля розумілося адміністрування, він розглядав як єдність прийомів, принципів, правил, направлених на здійснення ефективної діяльності, при оптимальному використанні можливостей організації і її ресурсів [18].

Концепція адміністративного управління була націлена на розробку загальних проблем і принципів управління організацією. У рамках цієї концепції як системи взаємозв'язків, що мають певну ієрархію (принципи ієрархічності), було сформовано поняття організаційної структури [9].

Термін «адміністративна діяльність» у законодавчому порядку в

Україні не визначений. У науковій літературі існує декілька поглядів на сутність та розуміння цієї категорії. Так, на думку Л. Ковалю головне в адміністративній та управлінській діяльності – це видання нормативних та індивідуальних актів [8]. Л. Гордієнко вважає, що адміністративна діяльність – це діяльність працівників апарату управління, яка здійснюється в межах визначеної посади і є предметом дослідження адміністративного менеджменту. Відповідно до поділу управлінської праці, вона зазначає, що первинною структурно-функціональною одиницею в системі управлінської праці є посадова діяльність індивіда, тобто вона розглядає адміністративну діяльність з позиції аналізу системи «посада-працівник». Відправним пунктом дослідження посади як управлінської категорії є виявлення її основних системних характеристик: структури, зв'язків, функцій, організації [5].

У контексті цього, зазначимо, що такий кваліфікаційно-посадовий підхід, по-перше, не охоплює всіх операцій, властивих адміністративній діяльності (у практичній роботі посадовим особам доводиться значну частину часу витратити саме на виконання функцій, не передбачених посадовими інструкціями. По-друге, у даному визначенні відсутня мета її здійснення, що дає можливість будь-які дії, здійснювані працівниками апарату, відносити до адміністративної діяльності.

Елементи управлінської діяльності, властиві адміністративній діяльності, мають логічний зв'язок з управлінською категорією, що визначають такі її характеристики:

- з якою метою здійснюється адміністративна діяльність;
- що спричинило її здійснення;
- на що спрямовані її дії;
- який вид впливу вона здійснює [5].

З огляду на сутність управлінської праці, що є різновидом розумової праці, фахівці виділяють такі елементи процесу управління: ціль, ситуацію, проблему, рішення. Таким чином, для адміністративної діяльності, як процесу управління, характерні також визначення мети здійснення адміністративних дій, аналіз ситуації, визначення проблеми, пошук шляхів їх вирішення.

Адміністративна діяльність також базується на основних функціях менеджменту: плануванні, організації, мотивації, контролі та конкретизується залежно від цілей, завдань, проблем, що вирішуються [5].

Адміністративна діяльність, як різновид управлінської діяльності, спрямована на організацію різноманітних процесів і управління ними.

Вважаємо, що управлінська діяльність є провідною, головною серед інших видів діяльності, тому що є свідомо здійснюваною людською діяльністю, спрямованою на ефективне здійснення робіт (індивідуальних або колективних), з метою досягнення тих або інших цілей, вирішення відповідних завдань, виконання функцій».

Організаційна діяльність управлінських працівників за своєю технологією поділяється на три основні цикли, у межах яких виконуються різні операції та процедури:

– інформаційний цикл (пошук, збирання, передача, обробка, збереження всіх видів інформації. Цим переважно займаються спеціалісти і технічні виконавці);

– логіко-розумовий цикл, пов'язаний з виробленням і прийняттям управлінських рішень (дослідження, науково-технічні й інші розробки, техніко-економічні розрахунки, прогнози, вироблення рішень. В основному, цим займаються спеціалісти і керівники);

– організаційний цикл, що супроводжується організаційно-управлінським впливом на об'єкт управління та реалізацією управлінського рішення (підбір і розміщення кадрів, інструктаж, доведення завдань до виконавців, оперативне планування, організація трудових процесів персоналу, координація, контроль виконання та ін. Цим займаються керівники [5].

Для адміністративної діяльності в управлінні закладом охорони здоров'я також будуть притаманні такі технологічні цикли, але зміщується акцент з інформаційного та логіко-розумового циклу на організаційний.

Організаційний механізм впливу на управлінську діяльність в закладах охорони здоров'я та його змістове навантаження істотним чином розкривається через роботу керівників цих закладів.

Організаційно-управлінська складова в діяльності сучасних керівників охоплює найширше коло їх інтересів. Вона включає: загальне керівництво організацією, здійснення стратегічного управління, забезпечення ефективності, управління прийняттям рішень, контроль, правові аспекти та безпеку діяльності організації. При цьому основними критеріями оцінки організаційно-управлінського виду діяльності керівника є його професіональна управлінська компетентність,

організаційні якості, діловитість, моральні якості, політична культура, працездатність. У той же час, соціально-психологічна складова управлінської діяльності сучасного керівника медичного закладу спрямована на:

- керівництво роботою апарату управління (здійснення загального керівництва апаратом управління, побудова і удосконалення структури апарату управління, розподіл повноважень всередині апарату управління, комплектація вищої ланки управлінського апарату і контроль комплектації середнього і низового рівнів управлінських працівників, координація взаємодії всіх органів апарату управління, контроль забезпечення раціональної організації робочих місць і умов праці управлінських працівників);

- забезпечення взаємодії із зовнішнім середовищем (встановлення відносин між організацією і зовнішнім середовищем; здійснення представництва, ведення найбільш важливих переговорів і укладання угод; дії від імені організації; загальне керівництво зовнішньооекономічною діяльністю);

- управління персоналом (вироблення політики в галузі управління персоналом і використанні людського потенціалу, розробка принципів і механізмів комплектування персоналу, розробка основних принципів внутріорганізаційної системи мотивації, здійснення заходів матеріального і морального впливу на працівників, розробка загальної культури організації і механізмів підготовки, перепідготовки і підвищення кваліфікації персоналу, здійснення заходів щодо соціального розвитку і виховання персоналу) [12].

У сучасних умовах трансформації галузі охорони здоров'я, яка стосується усіх сфер суспільної життєдіяльності, значної динамічності зовнішнього середовища істотний вплив на діяльність медичних організацій здійснюють такі фактори як: децентралізація управління; наближення роботи організацій до суспільних вимог і очікувань; ускладнення завдань, що вирішуються організаціями, і, відповідно, збільшення ризику настання негативних наслідків в результаті прийняття ними рішень; впровадження інновацій. У цьому зв'язку особливо гостро постають питання приведення діяльності організаційних підсистем закладів охорони здоров'я у відповідність до умов функціонування і вимог зовнішнього середовища та вдосконалення організаційного механізму впливу на управлінську діяльність в цих закладах.

Вдосконалення організаційного механізму впливу на управлінську діяльність закладів охорони здоров'я, передусім, вимагає посилення мотиваційної складової роботи кадрового складу.

Підтверджує це той факт, що чинне законодавство з оплати праці у сфері охорони здоров'я не забезпечує дотримання одного із основних принципів організації оплати праці – встановлення тісного зв'язку між ефективністю праці та розмірами заробітної плати. Присвоєння тарифних розрядів медичним працівникам відбувається з урахуванням складності праці та рівня їх кваліфікації, при цьому результати праці до уваги не беруться. Елементи додаткової заробітної плати також не враховують їх у повній мірі: преміювання у структурі фонду оплати праці займає незначну частку, а серед надбавок чітко виражену стимулюючу дію має лише надбавка за високі досягнення у праці, виконання особливо важливої роботи, складність, напруженість праці [6].

Це вимагає зміцнення мотиваційного механізму впливу на управлінську діяльність в закладах охорони здоров'я.

Результати оцінки ефективності праці у сфері охорони здоров'я України засвідчують вкрай низький її рівень. На фоні зростання трудового навантаження медичних працівників спостерігається підвищення таких показників. Сучасна практика функціонування медичних закладів, свідчить про те, що головною причиною низької ефективності праці медичного персоналу виступає недосконала система оплати праці, яка не забезпечує гідного заробітку, не встановлює справедливих співвідношень в оплаті праці, не створює прямого зв'язку між ефективністю праці та заробітною платою. Водночас, загостренню ситуації сприяють недоліки та формалізм колективно-договірного регулювання праці.

Ефективною будемо вважати таку працю медичного персоналу закладу охорони здоров'я, яка за умови найбільш раціонального використання медичним працівником наявної матеріально-технічної бази та власної професійної майстерності дозволяє отримати найкращі у кожному окремому випадку результати лікування, що відповідають потребам споживачів медичних послуг, цілям діяльності медичного закладу, а також особистим моральним та матеріальним трудовим очікуванням працівника.

Пропоновані концептуальні підходи до процесу стимулювання ефективної праці медичного персоналу закладу охорони здоров'я проілюстровано на рис. 3.



Рис. 3. Концептуальне бачення процесу стимулювання праці медичного персоналу закладу охорони здоров'я

Систематизація зарубіжного досвіду відносно стимулювання ефективної праці у сфері охорони здоров'я засвідчила поширення практики комплексного залучення матеріальних та нематеріальних стимулів. Кінцева ефективність праці медичного персоналу у розвинених країнах визначається не стільки джерелами та обсягами фінансування охорони здоров'я, скільки підходами до організації праці медичних працівників та її стимулювання на основі колективно-договірного регулювання. До найбільш поширених за кордоном методів заохочення медичних працівників до праці, крім заробітної плати, увійшли: виплата премій; надання різного роду пільг та компенсацій; створення сприятливих умов для отримання додаткового доходу від приватної практики у післяробочий час; надання доступу до безперервної освіти; різноманітні статусні стимули [6].

Водночас, розуміючи, що жоден із найбільш поширених у світі методів оплати праці медичного персоналу не є досконалим, доцільно використовувати змішані моделі оплати праці.

У контексті вказаного вище, зазначимо, що істотні позитивні зрушення в ефективності праці медичного персоналу закладу охорони здоров'я можуть бути досягнуті виключно за умови всебічного перегляду діючого механізму стимулювання. Цей механізм повинен стати синтезом політичних, фінансових, соціально-економічних, організаційних, морально-психологічних та інших важелів, інструментів і методів впливу, що діють на макро-, мезо-, мікроекономічному й особистісному рівнях та спонукати медичних працівників до ефективної праці шляхом узгодження їх особистих інтересів з інтересами роботодавця та споживачів медичних послуг.

Під мотиваційним механізмом вдосконалення роботи кадрового складу будемо розглядати процес зовнішнього впливу (за допомогою матеріальних, нематеріальних та адміністративних важелів) на внутрішні установки персоналу (потреби, інтереси, ціннісні орієнтації) з метою трансформації останніх у напрямку узгодження особистих інтересів працівників з інтересами роботодавця та споживачів медичних послуг.

Пропонована структурно-логічна схема механізму стимулювання ефективної праці медичного персоналу подана на рис. 4.

Для зміцнення кадрового потенціалу моніторингової діяльності щодо якості надання медичних послуг, зокрема, і стимулювання ефективної праці медичного персоналу сфери охорони здоров'я, загалом, саме держава повинна здійснити ряд системних заходів, зокрема, щодо:

1) зростання обсягів та диверсифікації джерел фінансування охорони здоров'я. У контексті цього, доцільно: адекватно використовувати методи фінансування медичних установ; оптимізувати систему оплати праці медичного персоналу; сформувані механізм планування та оцінки роботи медичних закладів у прив'язці до наданих медичних послуг та відповідно фінансування за цим чинником, і, навпаки, ліквідувати прив'язку системи фінансування до об'ємних кількісних, а не якісних показників [7]. Крім цього, зазначимо, що сьогодні медична галузь, в основному, фінансується з державного бюджету, обсяг видатків якого з кожним роком зростає, проте залишаються невеликими відносно ВВП та не в змозі забезпечити надання кваліфікованої медичної допомоги для всіх верств населення.

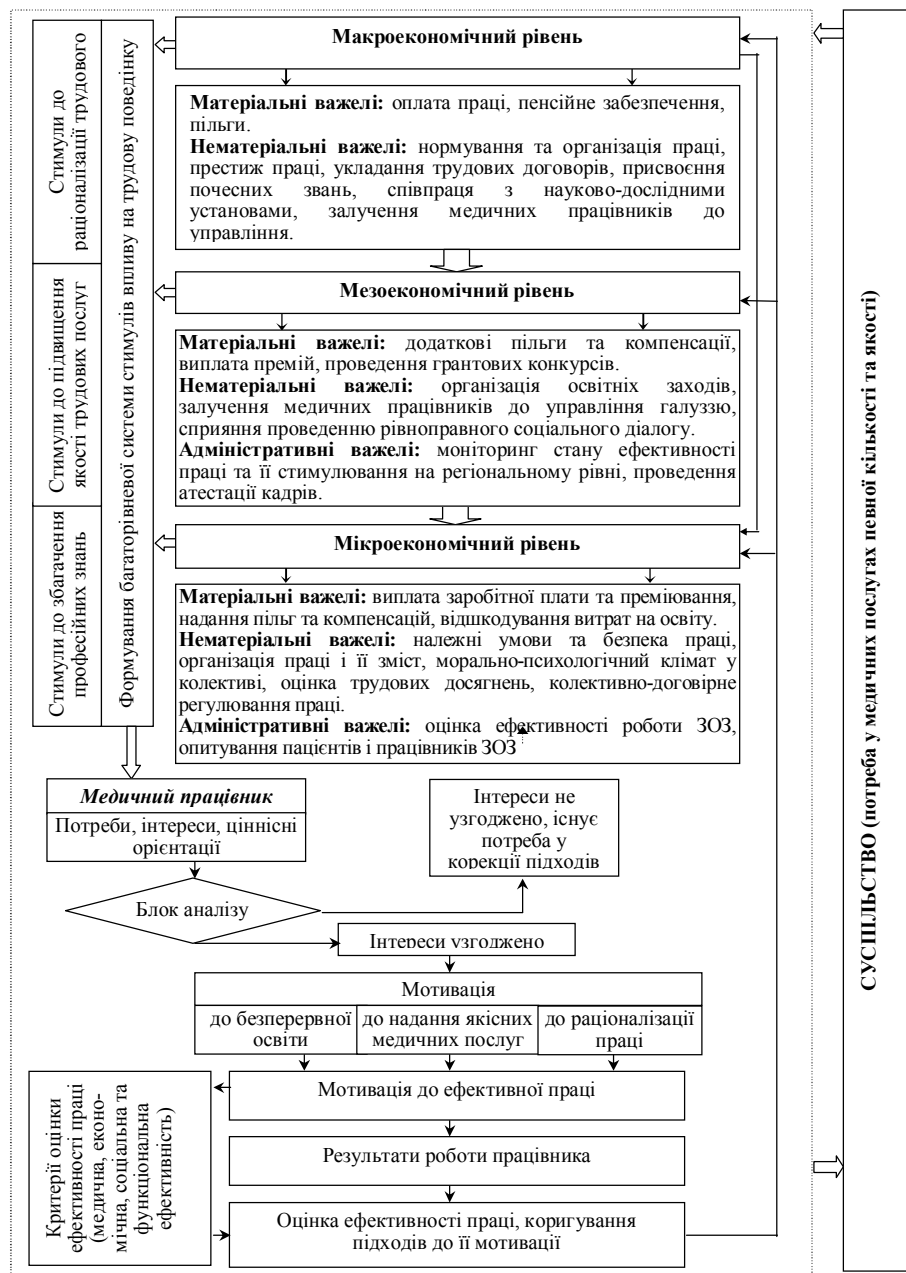


Рис. 4. Пропонована структурно-логічна схема механізму стимулювання ефективної праці медичного персоналу закладу охорони здоров'я

Це призвело до того, що станом на сьогодні державні зобов'язання галузі охорони здоров'я мають декларативний характер і їх подальше збереження на задекларованих засадах є також нереальним. Як показує досвід, навіть економічно розвинуті країни, до яких Україна не відноситься, не можуть собі дозволити такі високі соціальні видатки щодо надання безоплатної медичної допомоги» [7];

2) реформування системи оплати праці медичного персоналу та його пенсійного забезпечення. Так, щодо реформування системи оплати праці медичного персоналу, доцільним, наприклад, є внесення змін до умов оплати праці медичних працівників шляхом виділення двох складових в оплаті праці: постійної, яка буде визначатися традиційно на основі єдиної тарифної сітки розрядів, та змінної, яка буде базуватися на чітких і прозорих критеріях обсягу та якості виконаної роботи;

3) вдосконалення соціально-трудова відносин у сфері охорони здоров'я. Наприклад, стосовно посилення заходів соціального захисту працівників системи охорони здоров'я, доцільним є забезпечення житлом медичних кадрів, надання пільгових кредитів та ін.);

4) покращення умов праці персоналу та підвищення її безпеки;

5) підвищення престижу праці у сфері охорони здоров'я;

6) вдосконалення нормування та організації праці. Так, наприклад, з метою вдосконалення нормування праці доцільно запровадити прогнозування на довгострокову перспективу за категоріями медичного персоналу у відповідності до потреб охорони здоров'я з урахуванням стратегії та темпів системних перетворень у галузі, зовнішніх та внутрішніх міграційних процесів та природного вибуття кадрів.

2.3. Функціональна діяльність закладу охорони здоров'я як об'єкта адміністрування

Для того, щоб організація чи установа будь-якої форми власності чи сфери функціонування працювали в руслі поставлених цілей їх діяльність необхідно впорядкувати, скоординувати, організувати, тобто адмініструвати відповідно до верифікованої місії.

Однією з найважливіших управлінських завдань в галузі охорони здоров'я в процес проведення медичної реформи стає досягнення наступних цільових орієнтирів: підвищення якості та доступності медичної допомоги за рахунок ефективного використання обмежених фінансових, матеріальних, трудових та інших ресурсів охорони здоров'я

в умовах швидко зростаючої конкуренції на ринку медичних послуг.

Заклади охорони здоров'я мають особливі характеристики, які вимагають модифікації загальних принципів управління. Найбільш показовим проявом нових тенденцій в управлінні установ охорони здоров'я є поява приватних організацій з властивими їм особливостями. Вони відрізняються від державних закладів більш гнучким управлінням, свободою у прийнятті управлінських та фінансових рішень. У зв'язку з цим, приватні медичні установи становлять реальну конкуренцію державному сектору: краще задовольняють індивідуальні запити населення на більш високому технологічному рівні, забезпечують високу якість обслуговування. Але в сучасних умовах, до якого б типу закладів не належала установа охорони здоров'я, необхідною умовою її існування є адміністрування їх діяльності.

Термін «адміністрування» застосовується переважно як організаційно-розпорядчий метод управління. Під адмініструванням слід розуміти бюрократичний метод управління суспільством, що ґрунтується на силі та авторитеті влади, тобто в наказах, постановах, розпорядженнях, вказівках та інструкціях.

Адміністрування є колективним виконанням того, що не може бути добре виконане індивідуально. Адміністрування у тлумачному словнику походить (від латин. Administro – керую), що означає керівництво, управління, завідування. Загальне визначення терміну адміністрування наведено у економічній енциклопедії: «адміністрування – управлінська діяльність керівників і органів управління, яка здійснюється здебільшого через накази і розпорядження. Властиве командно-адміністративній системі» [1, с. 25].

Специфіка державних установ і організацій полягає в тому, що предметом їх праці є інформація, яка також є одним із ресурсів цих установ. Для того, щоб ця інформація правильно використовувалася необхідно встановити певні правила норми, упорядкувати діяльність організаційних структур. Саме тому необхідна для кожної установи система адміністрування її діяльності.

Організація адміністрування як процес передбачає систематичну координацію завдань, формальних взаємовідносин людей, що їх виконують. Без відповідної формальної координації різні рівні, функціональні зони й окремі структурні підрозділи легко можуть

зосередитись на забезпеченні власних інтересів, а не на інтересах організації в цілому.

Отже, адміністрування – це діяльність щодо керівництва установою в цілому, її функціональною діяльністю, ресурсним супроводом, дорученою ділянкою завдяки застосуванню адміністративних методів управління.

Адміністрування включає: планування (постановка цілей і задач); організацію (створення формальної структури підпорядкованості і розподіл функцій між підрозділами та організаційно-розпорядчу діяльність); керівництво (оперативне прийняття рішень у вигляді наказів, розпоряджень, забезпечення узгодженості взаємодії усіх підрозділів); облік; контроль; аналіз; налагодження системи документообігу; матеріально-технічне забезпечення.

Методи адміністрування поділяються на організаційні та оперативно-розпорядчі [2]. Організаційний вплив відбиває статичну структуру управління, за його допомогою визначають організаційну структуру управління, розподіляють права, повноваження, відповідальність в апараті управління, що передбачено в актах тривалої дії – статутах, положеннях, правилах, інструкціях та ін. Організаційний вплив передбачає організаційне регламентування, нормування і організаційно-методичне інструкування. Методи розпорядчого впливу відбивають динаміку процесу управління. Розпорядчий вплив – це пряма адміністративна вказівка, яка має обов'язковий характер і адресується керованим об'єктам або особам.

Механізм адміністрування закладів охорони здоров'я створюється і обмежується правовими інструментами, методичними інструкціями і стосується управлінської діяльності, звітності, ресурсного супроводу, надання медичних послуг, комунікаційного забезпечення, аналітичного супроводу, документообігу, базується на загальних законах та принципах соціального управління та використовує певні інструменти, які систематизовані нами в табл.1.

Якщо адміністрування розглядати на різних рівнях функціонування економічної системи, то воно поділяється на публічне адміністрування, яке застосовується публічними інститутами при здійсненні управління на державному, регіональному, муніципальному рівні, рівні об'єднаних територіальних громад і адміністрування, що здійснюється на мікрорівні – установами і організаціями різних форм власності в процесі здійснення ними їхньої функціональної діяльності.

Таблиця 1

Об'єкти та інструменти адміністрування функціональної діяльності закладу охорони здоров'я

Об'єкти адміністрування	Інструменти адміністрування
– надання медичних послуг;	Програма медичних гарантій, стандарти надання медичної допомоги, порядок надання медичної допомоги для лікарів первинної ланки, клінічні протоколи, таблиці матеріально-технічного оснащення, клініко-експертні параметри якості, індикатори якості, дорожні карти лікування пацієнтів, договори на оплату медичних послуг, журнали обліку процедур, талони на прийом лікаря, контрольні картки диспансерного нагляду.
– фінансування галузі;	Укладення договору з Національною службою охорони здоров'я; укладення договорів про медичне обслуговування населення, укладених відповідним розпорядником бюджетних коштів; фінансування з відповідного бюджету з використанням програмно-цільового методу (за бюджетною програмою), що передбачено Бюджетним кодексом України; надання фінансової підтримки з місцевого бюджету.
– управління медичним закладом;	Статут медичного закладу, Стратегія розвитку медичного закладу, колективний договір, положення про структурні підрозділи, стандарти управління якістю, медична карта про стан здоров'я претендентів на керівні посади.
– людські ресурси;	Посадові інструкції, договори, листки тимчасової непрацездатності, стандарти спілкування з хворими та їх родичами, положення про порядок проведення атестації лікарів, атестаційний листок, документальні профілі для лікарів та медперсоналу, етичний кодекс медсестри, лікаря; плани-графіки з питань навчання по охороні праці.
– інформатизація галузі;	Функціонал для реєстрації закладу в електронній системі охорони здоров'я (ЕСОЗ), мережа «E-Health», яка включає: Центральну базу даних (адміністратор ДП “Електронне здоров'я”); електронні медичні інформаційні системи (МІС), які автоматизують роботу закладів охорони здоров'я; внутрішня мережа моніторингу і аналізу діяльності закладу, аналіз основних ресурсів; поступовий перехід на електронний облік (е-рецепт, е-картка, е-направлення); інформаційні системи організації діловодства; медична інформаційна система «EMCIMEД», яка акумулює основні форми звітів: фінансові, маркетингові, наукові, статистичні, управлінські, лікарські, нестандартні звіти.
– використання технологій, товарів та ліків.	Створення медичного ІТ ринку; каталоги лікарських засобів; мобільний додаток «Ліки контроль», Національний перелік основних лікарських засобів (короткий перелік основних безпечних препаратів з доведеною ефективністю, якими лікують найпоширеніші захворювання в Україні, їх отримують пацієнти безоплатно під час лікування у стаціонарі;

Об'єкти адміністрування	Інструменти адміністрування
	Методичні рекомендації ведення обліку лікарських засобів та медичних виробів у закладах охорони здоров'я від 09.09.2014 р.; використання ліків під час акредитації медзакладу контролюють шляхом перевірки документації, внутрішніх наказів та роботи персоналу відповідно до розділу 20 Стандартів акредитації закладів охорони здоров'я, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14.03.2011 № 142)). Перевіряють: довідка про штатний розпис та укомплектованість посади провізора; диплом про освіту провізора (фармацевта); фахові посвідчення провізора (фармацевта), наказ щодо призначення відповідальної особи з питань забезпечення закладу лікарськими засобами, затвердженого головним лікарем закладу; інформація щодо виконання покладених обов'язків, зазначених в посадовій інструкції.
Комунікації ЗОЗ	Анкетування пацієнтів, укладення договорів з іншими ЗОЗ, будь-якими юридичними та фізичними особами, участь в об'єднанні підприємств, створення спільних комунальних підприємств, договір про спільну діяльність.

Комплексний механізм адміністрування складається з таких видів:

- економічного (впорядкування облікової, інвестиційної, фінансової діяльності тощо);
- мотиваційного (сукупність командно-адміністративних та соціально-економічних стимулів, які спонукають державних службовців до високоефективної роботи);
- організаційного (об'єкти, суб'єкти публічного адміністрування, їх цілі, завдання, функції, методи управління та організаційні структури, а також результати їх функціонування);
- політичного (механізми формування політики в сфері охорони здоров'я тощо);
- правового: закони, концепції, стратегії, доктрини реформування сфери охорони здоров'я, тощо.

Адміністрування створюється і обмежується правовими інструментами, тому передбачає здійснення однієї з найстаріших функцій уряду – правового регулювання. Адміністрування невід'ємно пов'язане із виконанням законів і не може існувати без законодавчої бази.

Адміністрування може бути зовнішнє, коди роботу медичних установ та організацій регламентують через важелі політики охорони здоров'я та внутрішнє адміністрування – діяльність, завдяки якій

забезпечується самостійне функціонування суб'єкта адміністрування: впорядкування організаційно-управлінської структури, документації, розпорядження трудовими, матеріальними, фінансовими ресурсами, налагодження ефективного документообігу.

Інформаційно-аналітичним підґрунтям для адміністрування діяльності медичного закладу є медична документація. Загалом медичну документацію можна поділити на дві групи:

1) вхідні документи, одержані від органів вищого рівня, із вказівками, роз'ясненнями та зведеннями; від інших закладів щодо розв'язання певних питань або вжиття спільних заходів; від інших юридичних осіб та заяви й скарги від громадян;

2) документи, створені у лікувальних закладах різної форми власності (внутрішні, що діють у межах закладу, та вихідні, які надсилають іншим юридичним особам або громадянам).

Усю медичну документацію у закладі охорони здоров'я поділяють на:

а) гостовану – медичні бланки та журнали, форми яких затверджені, зокрема, Міністерством охорони здоров'я України, ведення яких є обов'язковим для усіх без винятку закладів;

б) негостовану – медичні бланки та журнали, не затверджені МОЗ або іншим міністерством чи держслужбою, але які використовують у закладі (вести такі документи необов'язково, проте їх наявність значно полегшує роботу медперсоналу).

За функціональним призначенням медичну документацію можна розділити на реєстраційно-накопичувальну та обліково-звітну. Також є первинна медична документація, в якій фіксують усі етапи лікувально-діагностичного процесу: стан хворого, дії медичного персоналу, використані технології і матеріали тощо.

Адміністрування та пов'язані із ним адміністративні методи управління набирають ще більшої ефективності у взаємодії використовують у нерозривному зв'язку з соціальними і психологічними методами. Сприйняття колективом адміністративних впливів залежить від його зрілості, від того, наскільки ці впливи доповнюються вирішенням соціальних завдань, враховують психологію людей, їхні потреби. В адміністративних методах управління реалізується функціональна діяльність організації.

При характеристиці методології адміністрування діяльності медичного закладу слід окремо розрізняти адміністрування системи внутріорганізаційного менеджменту та системи надання медичних послуг.

Якщо об'єктом адміністрування є функціональна діяльність медичного закладу, то процес адміністрування можна представити у вигляді кількох етапів.

На першому етапі слід сформулювати мету, визначивши бажані показники, наприклад збільшення переліку медичних послуг, що надаються в лікувальній установі через відкриття відділення нових методів діагностики, які потрібно опанувати під час прийняття управлінського рішення.

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

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

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

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

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

Останній, сьомий, етап – передбачає безпосереднє здійснення управління: організація виконавчих дій, контроль за ними, за необхідності їх коригування.

Якщо ми говоримо про медичні послуги, як об'єкт адміністрування, то інструментом адміністрування є локальні протоколи. Затверджує порядок розробки локальних протоколів наказ МОЗ «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства

охорони здоров'я України» від 28.09.2012 № 751. Якщо у реєстрі медико-технологічних документів з'являється затверджений уніфікований клінічний протокол, керівник медичного закладу видає наказ про зібрання робочої групи, яка протягом наступних 3-х місяців повинна почати роботу над розробкою локального протоколу. Сьогодні розроблені мультидисциплінарні уніфіковані клінічні протоколи, які можна адаптувати і застосовувати в закладах і первинної, і третинної медичної допомоги. Тому саме їх і потрібно брати за основу під час розробки локального протоколу в будь-якому медичному закладі.

У протокол потрібно внести всі заходи, передбачені уніфікованим клінічним протоколом, на вживання яких у закладу є можливості та ресурси. Якщо метод лікування, який застосовується у закладі, відрізняється від методу, який затверджений у стандарті, то робоча група вносить зміни у основні частини протоколу і подає відповідні письмові пояснення необхідності внесених змін.

Розробка локальних протоколів повинна здійснюватися у кожному медичному закладі незалежно від його форми власності. Разом з тим, і приватний, і комунальний, і державний медзаклад повинен погодити адаптовані протоколи з відповідними підрозділами державних адміністрацій у сфері охорони здоров'я, щоб вони могли здійснювати координацію роботи медичних закладів на підвідомчій їм території.

На обов'язковість розроблення локальних клінічних протоколів вказує пункт 2.7 Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 02.02.2011 № 49, у якому йдеться, що заклад охорони здоров'я має затвердити в установленому законодавством порядку локальні клінічні протоколи (маршрути пацієнтів) згідно з клінічними протоколами та медичними стандартами, затвердженими Міністерством охорони здоров'я України.

Вимога щодо розроблення локальних протоколів медичної допомоги міститься й у Стандартах акредитації закладів охорони здоров'я, затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14.03.2011 № 142. У пункті 3.13 цих стандартів йдеться, що за наявності у лікувальному закладі локальних клінічних протоколів (маршрутів пацієнтів), розроблених згідно з уніфікованими клінічними протоколами та медичними стандартами відповідно до профілю

структурного підрозділу з усіх нозологічних форм, заклад отримає 5 балів при проходженні акредитації (за наявності локальних протоколів на 50% нозологічних форм такий заклад отримає 2 бали відповідності).

Життєвий цикл локального клінічного протоколу включає наступні етапи: формування робочої групи з розроблення локальних протоколів; навчання персоналу; вибір теми локального протоколу; створення тексту локального медичного протоколу; впровадження протоколу у діяльність лікувального закладу; оцінювання ефективності застосування протоколу надання медичної допомоги; перегляд локального протоколу, внесення змін та доповнень.

Основна частина локального протоколу складається із шести розділів: організація надання медичної допомоги; діагностика; лікування; рекомендації при виписці зі стаціонару (графи немає при амбулаторному лікуванні); реабілітація; профілактика. Для кожного етапу вказують необхідні дії, відповідальних осіб, строки виконання та індикатори якості медичної допомоги.

Питання правового супроводу адміністрування функціональної діяльності закладів охорони здоров'я регламентують:

1. Закон України «Про автономізацію медичних установ», в якому вперше визначене поняття «послуги з медичного обслуговування населення» як одиниці вартості.

2. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я», що був прийнятий 06 квітня 2017 року.

3. Закон України «Про державні фінансові гарантії щодо надання медичних послуг та лікарських засобів» № 6327, який інституціоналізує принцип «гроші ідуть за пацієнтом», запровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я, яка передбачає чіткі зрозумілі гарантії держави щодо медичної допомоги, кращий фінансовий захист для громадян у випадку хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних ресурсів та скорочення неформальних платежів.

4. Наказ МОЗ від 01.08.2011 р. № 454 «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року», яка передбачає вектор постійного підвищення якості медичних послуг, інструментом адміністрування ефективності цього процесу є клінічний аудит.

До моменту втрати ЗОЗ статусу бюджетної установи умови оплати праці їх працівників перебувають у сфері державного регулювання і визначаються, зокрема: ст. 98 КЗпП, ст. 8, 13 Закону про оплату праці, постановою Кабінету Міністрів України від 30.08.2002 № 1298 «Про оплату праці працівників на основі Єдиної тарифної сітки розрядів і коефіцієнтів з оплати праці працівників установ, закладів та організацій окремих галузей бюджетної сфери», наказом Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства охорони здоров'я України від 05.10.2005 № 308/519 «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення» (zareєстрованим в Міністерстві юстиції України 17.10.2005 за № 1209/11489) [3].

Після перетворення ЗОЗ у комунальне некомерційне підприємство організація оплати праці працівників переходить до сфери договірної регулювання, що передбачено ст. 97 КЗпП, ст. 15, 16 Закону «Про оплату праці», Законом України «Про колективні договори і угоди», положеннями Генеральної угоди про регулювання основних принципів і норм реалізації соціально-економічної політики і трудових відносин в Україні від 23.08.2016, відповідними галузевими та регіональними угодами. За умови отримання реорганізованими ЗОЗ дотацій із бюджету, додатково регулювання оплати праці здійснюється на підставі постанови Кабінету Міністрів України від 31.08.1997 № 948 «Про умови і розміри оплати праці працівників підприємств і організацій, що дотуються з бюджету»[4].

Тому для комунального некомерційного підприємства стає необхідним ухвалення колективного договору, у якому мають бути визначені форми і системи оплати праці, норми праці, розцінки, умови запровадження та розміри надбавок, доплат, премій, винагород та інших заохочувальних, компенсаційних і гарантійних виплат. Ці умови встановлюються підприємствами з дотриманням норм і гарантій, передбачених законодавством, генеральною, галузевими (міжгалузевими) і територіальними угодами.

У випадку, коли колективний договір на підприємстві не укладено, роботодавець зобов'язаний погодити ці питання з виборним органом первинної профспілкової організації (профспілковим представником), що представляє інтереси більшості працівників, а у разі

його відсутності – з іншим уповноваженим на представництво органом.

Важливо в системі адміністрування передбачити вдосконалення оплати праці, яка повинна ґрунтуватися на модифікованих системах оплати, що враховували б мінливі умови фінансування та наявність конкуренції на ринку медичних послуг. Основою реалізації стимулюючої функції заробітної плати у реформованих ЗОЗ має бути особиста зацікавленість лікаря у результатах своєї праці. Так, наприклад, кількість пацієнтів, які обрали лікаря, що надає первинну медичну допомогу, варто враховувати у визначенні розміру його посадового окладу або додаткових виплат у вигляді доплат чи надбавок до посадового окладу. Основну частку оплати праці варто пов'язувати із наявними результатами індивідуальної праці, виходячи з особистих якостей і результатів праці кожного працівника, а додаткова – в залежності від кінцевих результатів роботи. При цьому необхідно суворо дотримуватися державних гарантій у сфері оплати праці, зокрема стосовно забезпечення виплати мінімальної заробітної плати у разі повного виконання працівником місячної (годинної) норми праці. Відповідно до частини 5 статті 3 Закону «Про державні гарантії» органи місцевого самоврядування можуть фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки комунальних некомерційних підприємств, зокрема щодо підвищення оплати праці медичних працівників. Також, відповідно до підпункту 3 пункту 5 статті 5 Закону України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» органи місцевого самоврядування впроваджують додаткові стимули для залучення на роботу висококваліфікованих медичних працівників шляхом запровадження мотиваційних пакетів, зокрема щодо додаткової оплати праці та інше.

Особисті здібності, кваліфікація, досвід, результати роботи є головними чинниками, що впливають на кінцеві результати роботи ЗОЗ і розмір заробітної плати. Організація оплати праці за цих умов має передбачати:

- широке використання індивідуальних трудових договорів, за якими працівнику гарантується певний розмір заробітної плати лише за умов виконання ним обов'язків, передбачених договором;
- систему персоналізації посадових окладів працівників;
- залежність посадових окладів лікарів від продуктивності їх праці, а

керівників та провідних (головних) фахівців – від ефективності діяльності ЗОЗ;

– періодичний перегляд окладів на основі оціночних показників різних характеристик виконаної роботи, з метою стимулювання їх праці.

Під час розробки і укладення колективних договорів або положень про оплату праці необхідно передбачати, щоб система оплати праці ЗОЗ була чітко сформульована і обов'язково визначала: мету та основні завдання діяльності ЗОЗ, які повинні вирішувати його працівники; структуру основної заробітної плати за елементами, з яких вона складається; показники, за якими певним групам та категоріям працівників нараховується заробітна плата; умови, за яких основна заробітна плата працівників може бути підвищена або знижена до рівня, передбаченого законом, із визначенням показників та умов діяльності, за якими це підвищення або зниження може бути застосовано, та розмірів такого підвищення або зниження; показники та умови нарахування додаткової оплати праці: премій, доплат, надбавок або інших заохочувальних та компенсаційних виплат.

Ще одним важливим аспектом функціональної діяльності є адміністрування податкових платежів.

Комунальне некомерційне підприємство за власним бажанням може бути зареєстровано платником податку на додану вартість та відповідно мати взаємовідносини з іншими платниками цього податку. Комунальне некомерційне підприємство як заклад охорони здоров'я може мати на меті здійснення діяльності як лікарня, аптека, санаторно-курортний заклад тощо. Чинне податкове законодавство передбачає звільнення від оподаткування ПДВ операцій щодо постачання товарів (робіт, послуг) закладами охорони здоров'я, окрім винятків передбачених статтею 197.1.5. Податкового кодексу України (ПК) [5].

У залежності від виду операцій (постачання медичних послуг чи товарів) та за умови, що КНП буде зареєстровано платником ПДВ, такі операції будуть оподатковуватися ПДВ за різними ставками податку або будуть звільнятися від оподаткування. Операції з постачання товарів/послуг, визначених у підпункті 197.1.3 пункту 197.1 статті 197 ПК України, послуг з охорони здоров'я, (що надаються ЗОЗ), послуг реабілітаційних установ для інвалідів та дітей-інвалідів, що мають ліцензію на постачання таких послуг, звільнені від оподаткування ПДВ.

Звільняються від оподаткування також, операції, що здійснюються за особливих умов та правил. Наприклад, операції з постачання товарів (крім підакцизних) та надання послуг, якщо такі товари/послуги оплачуються за рахунок грантів (субгрантів), наданих відповідно до програм Глобального фонду для боротьби з СНІДом, туберкульозом та малярією в Україні, та відповідно можуть бути віднесені до сфери охорони здоров'я та здійснюватися КНП. Також звільняються від оподаткування (від сплати ввізного мита та податку на додану вартість) перелік товарів (у тому числі лікарських засобів, медичних виробів та/або медичного обладнання), необхідних для виконання заходів, спрямованих на запобігання виникненню і поширенню, локалізацію та ліквідацію спалахів, епідемій та пандемій гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 [6].

Комунальне некомерційне підприємство створюється для здійснення діяльності, спрямованої на досягнення економічних, соціальних та інших результатів без мети одержання прибутку. Тобто таке підприємство може бути неприбутковим у розумінні податкового законодавства. У цілях оподаткування до числа неприбуткових відносяться, зокрема, підприємства, які одночасно відповідають таким критеріям: у утворені та зареєстровані в порядку, визначеному законом, що регулює діяльність відповідної неприбуткової організації; у установчі документи повинні містити заборону розподілу отриманих доходів (прибутків) або їх частини серед засновників (учасників), членів такої організації, працівників (крім оплати їхньої праці, нарахування єдиного соціального внеску), членів органів управління та інших пов'язаних із ними осіб; у установчі документи повинні передбачати передачу активів одній або кільком неприбутковим організаціям відповідного виду або зарахування до доходу бюджету у разі припинення юридичної особи (у результаті її ліквідації, злиття, поділу, приєднання або перетворення); у таке підприємство повинно бути внесене до Реєстру неприбуткових установ та організацій. Отримання комунальним некомерційним підприємством статусу неприбуткової організації звільняє такого суб'єкта від сплати податку на прибуток.

Слід зазначити, що підприємство зі статусом неприбуткової організації може отримувати й інші доходи від здійснення діяльності, що визначена статутом підприємства. Тобто, підприємство може

отримувати дохід не тільки у вигляді дотацій, медичної субвенції, отриманих із державного або місцевих бюджетів, коштів за договорами з Національною службою здоров'я України, а також і внаслідок надання платних послуг, що передбачені у статуті підприємства. Наприклад, надання приміщень чи обладнання (інструментів) в оренду, надання інших нетипових для ЗОЗ-комунального некомерційного підприємства послуг, як-то послуги з бухгалтерського чи юридичного супроводу. Доходи від здійснення такого виду діяльності не будуть об'єктом оподаткування податком на прибуток за умови, що такі доходи використовуються підприємством виключно для фінансування видатків на утримання такої неприбуткової організації, реалізації мети (цілей, завдань) та напрямів діяльності, визначених її установчими документами. Такі видатки повинні плануватися та визначатися неприбутковою організацією у фінансовому плані і відповідати цілям, завданням та напрямкам діяльності, які визначені її установчими документами.

Отже, адміністрування – це організаційно-розпорядчий метод управління медичною установою, який створюється і обмежується правовими інструментами, методичними інструкціями і стосується управлінської діяльності, звітності, ресурсного супроводу, надання медичних послуг, комунікаційного забезпечення, аналітичного супроводу, документообігу, базується на загальних законах та принципах соціального управління та включає організаційні (регламентування, нормування, інструктування) та розпорядчі методи.

2.4. Сутнісні детермінанти антикризового управління закладом охорони здоров'я

Забезпечення стійкого та стабільного розвитку закладів охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи робить надзвичайно актуальним питання антикризового управління. Антикризове управління – це тип управління, що являє собою систему методів і принципів розроблення та реалізації специфічних управлінських дій щодо прогнозування кризових ситуацій та усунення їх. Антикризове управління передбачає діагностику кризових явищ, виявлення причин їх виникнення, усунення їх наслідків і відновлення оптимального функціонування закладу.

Об'єктом антикризового управління в закладі охорони здоров'я є кризові явища та фактори їх виникнення, що мають негативні наслідки для його життєдіяльності, засоби усунення та запобігання кризі.

Головне завдання антикризового управління в закладі охорони здоров'я полягає у своєчасному прийнятті управлінських рішень керівником закладу, щоб досягти мети діяльності закладу та мінімізувати витрати і негативні наслідки кризи, а також здійснення заходів по її попередженню та пом'якшенню.

Існують різні підходи до визначення сутності антикризового управління (табл. 1).

Таблиця 1

Визначення поняття «антикризове управління»

Автор	Визначення
Василенко В.О.	Це управління в якому передбачено небезпеку кризи, аналіз її симптомів, заходів для зниження негативних наслідків кризи і використання її факторів для наступного стійкого розвитку організації.
Грязнова А.Г.	Це система управління, яка має комплексний системний характер та спрямована на запобігання або усунення несприятливих явищ за допомогою використання всього потенціалу сучасна менеджменту
Карпенко О.М.	Це управління в якому поставлено певним чином передбачення небезпеки кризи, аналіз її симптомів, заходів для зниження негативних наслідків кризи і використання її факторів для наступного стійкого розвитку організації.
Кушнір Н.Б.	Це комплекс узгоджених елементів, які взаємодіють між собою, діагностують ознаки та прояви кризи, сприяють їх подоланню.
Лігоненко Л.О.	Спеціальне, постійно організоване управління, націлене на найбільш оперативне вирішення ознак кризового стану та створення відповідних передумови для його своєчасного подолання з метою забезпечення відновлення життєдіяльності окремого підприємства, недопущення банкрутства
Романюк Г.М.	Система управління, яка має комплексний характер та спрямована на запобігання кризовим явищем і виявлення причин кризи, види, стадії та закономірностей її перебігу, можливих сценаріїв розвитку, інструментів для її подолання з метою подальшого функціонування підприємства.
Скібіцький О.М.	Управління, що націлене на запобігання можливим серйозним ускладненням функціонування організації, підприємства в ринковій економіці.

Примітка. Сформовано на основі [2,3,5,9,10,11,12].

В науковій літературі не існує єдиного тлумачення сутності

поняття «антикризове управління», хоча всі науковці сходяться в одному, антикризове управління є специфічним проявом управління, що вимагає застосування спеціальних методів, інструментів, форм управління.

Антикризове управління включає в себе: систему антикризового управління, механізм антикризового управління та процес антикризового управління (рис.1) .



Рис.1.Складові антикризового управління

Основні завдання системи антикризового управління: здійснення постійного моніторингу; прогнозування можливості виникнення кризи; розробка випереджаючих планів щодо методів управління в кризових ситуаціях; впровадження конкретних антикризових заходів у разі виникнення кризових ситуацій; управління процесом виходу з кризи. Дана система повинна бути гнучкою, мобільною, чутливою та адаптованою до тих умов, які виникли і можуть виникати.

Механізм управління – це сукупність функцій, методів, принципів і засобів управління, основних завдань і цілей, форм, структур, технологій для антикризового управління. Зміст механізму антикризового управління полягає в його здатності в процесі наростання кризи відновлювати ефективну діяльність закладу охорони здоров'я. Використання механізму антикризового управління повинно базуватися на ситуаційному підході до управління.

Процеси антикризового управління являють собою сукупність чітко визначених цілей, спрямованих антикризовий дій з метою виходу з кризи. Антикризове управління – це управління, в якому поставлено певним чином передбачення небезпеки кризи, аналіз її симптомів, заходів для зниження негативних наслідків кризи і використання факторів для наступного розвитку.

Основні ознаки антикризового управління:

- це управління, яке орієнтоване на виведення підприємства (організації) з кризового стану;
- це управління яке має здатність швидко реагувати на зміни, що загрожують нормальному функціонуванню певного об'єкта;
- це управління, яке відображає здатність розробки оптимальних шляхів виходу з кризової ситуації;
- це управління, що спрямоване на завчасне виявлення можливих кризових ситуацій, розробку заходів протидії.

Антикризове управління включає в себе:

- 1) усі завдання з розробки та здійснення заходів виходу з кризового стану та заходів послаблення кризового процесу;
- 2) профілактику і терапію кризових явищ;

Суть антикризового управління виражається в наступних положеннях: кризи можна передбачати, очікувати; кризи можна випереджати, відсувати; до криз можна і необхідно готуватися; кризи можна пом'якшувати; управління в умовах кризи вимагає особливих підходів, спеціальних знань і досвіду; кризові процеси до певного часу можуть бути керовані; управління процесами виходу з кризи здатне прискорити ці процеси і мінімізувати їх наслідки.

Антикризовому управлінню закладом охорони здоров'я притаманні ті ж функції, що і звичайному управлінню, але кожна із них має свої особливості:

- планування – це процес визначення цілей закладу охорони здоров'я та їх змін, стратегій і програм антикризової стабілізації, ресурсів для їх досягнення. В процесі антикризового планування особливо зростає роль оперативного планування і прийняття рішень з урахуванням поточної ситуації;
- організація – формування обсягу використання коштів, апарату управління для проведення антикризових заходів, створення своєрідного антикризового штабу;
- мотивація – впровадження системи заохочень, що створює зацікавленість усього колективу до якнайшвидшого виходу з кризи;
- контроль – система контролю зі здійснення заходів виходу з кризи;
- діагностика кризового стану. Вона складається з таких етапів: моніторингу; експрес-діагностики та фундаментальної діагностики. Моніторинг здійснюється з метою раннього виявлення ознак кризового

стану. Метою експрес-діагностики є наочна оцінка стабільності й динаміки закладу охорони здоров'я. Її доповнює фундаментальна діагностика, яка уточнює рівень кризи, виявляє її причини.

Функції антикризового управління закладом охорони здоров'я можна розділити на основні, специфічні та зв'язуючі (рис. 2.).

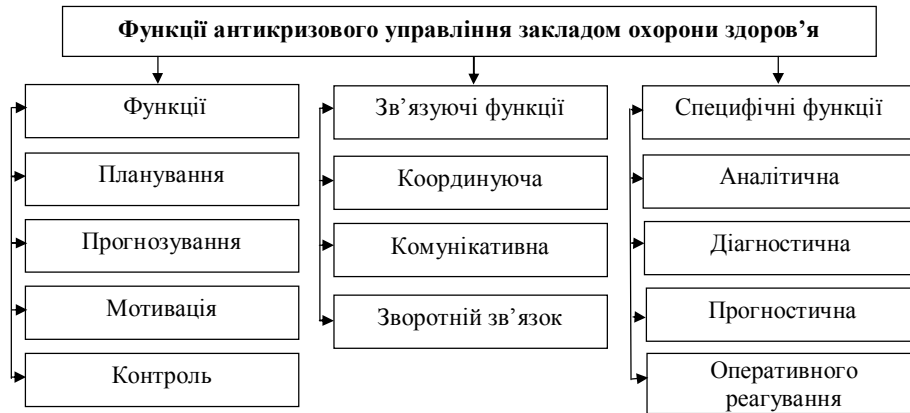


Рис.2. Класифікація функцій антикризового управління закладом охорони здоров'я

Під основними функціями слід розуміти такі функції, реалізація яких необхідна для забезпечення антикризового управління як процесу управління в цілому. Специфічні функції визначають безпосередньо особливості антикризового управління як процесу. Сутність зв'язуючих функцій полягає у створенні взаємозв'язку між основними та специфічними функціями з метою забезпечення їх ефективності та безпосередності антикризового управління як єдиного процесу.

Дотримання функцій і принципів антикризового управління забезпечують у великій мірі його успішність. У системі антикризового управління дослідники виділяють такі функції: визначення цілей, планування, організації, мотивації та контролю. Як зазначає М. Р. Джалалова, під принципами антикризового управління прийнято розуміти правила поведінки, відповідно до яких здійснюється організація відносин об'єкта управління із середовищем його функціонування [4].

Основні принципи антикризового управління, які повинні використовувати в менеджменті керівники закладів охорони здоров'я

включають: готовність до можливості виникнення кризи; врахування суті та механізмів виникнення і поглиблення кризових явищ; терміновість реагування (будь-яке зволікання може призвести до поглиблення кризи та її наслідків); формування управлінських рішень повинно здійснюватись на підставі оперативної і достовірної інформації; визначення пріоритетних рішень для ліквідації кризових явищ; контроль, який передбачає здійснення постійного контролю за перебігом реалізації управлінських рішень; використання потенціалу об'єкта та суб'єкта управління для формування обґрунтованої програм антикризових дій; пошук та першочергове розв'язання основної проблеми «каталізатора кризи», тобто посилення уваги до тієї сфери діяльності, або до проблеми, яка обумовлює виникнення та поширення кризи; знання та використання в антикризовому управлінні правових засад.

Ефективність антикризового управління забезпечується заходами, які покладені в його основу, результат застосування яких сприяє передбаченню кризових явищ, виходу закладу охорони здоров'я з кризи, відновленню його ефективної діяльності та недопущення виникнення кризових явищ в майбутньому. Важливе значення в цьому плані має розробка стратегії антикризового управління. Розробка стратегічного плану розвитку закладу охорони здоров'я передбачає всебічне дослідження і надання необхідної інформації керівництву для прийняття відповідних рішень. Планування – необхідна умова ефективної реалізації будь-якого проекту. Планування є основою прийняття управлінських рішень.

Стратегічне планування є основою цілісної системи планування, воно з одного боку виступає функцією стратегічного менеджменту, з іншого – процесом проектування ймовірного або логічного майбутнього розвитку закладу охорони здоров'я з урахуванням змін у внутрішньому і зовнішньому середовищі.

Головна особливість стратегічного планування – це процес проектування майбутнього, який дає можливість виявляти можливості і загрози, сильні і слабкі сторони внутрішнього середовища, оцінює перспективи майбутнього розвитку закладу охорони здоров'я.

В основу стратегічного планування покладена стратегія розвитку закладу охорони здоров'я. Головною відмінністю стратегічного плану є те, що він не просто описує майбутню діяльність організації, а й

спрямований на управління змінами. Даний план виступає інструментом стратегії антикризового управління.

Управління кризовими ситуаціями поділяється на 4 етапи, які відображені на рис.3.

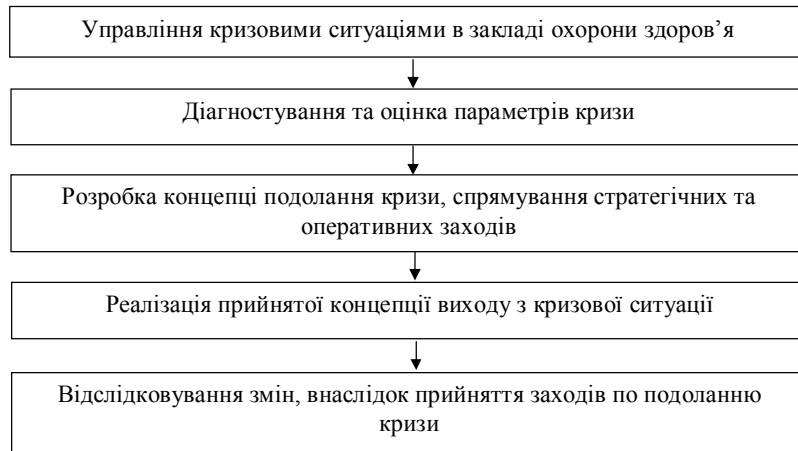


Рис. 3. Управління кризовими ситуаціями в закладі охорони здоров'я

Діагностика кризи в закладі охорони здоров'я передбачає реалізацію низки функціональних процедур, серед яких варто виокремити: проведення моніторингу внутрішнього середовища з метою раннього виявлення ознак загрози кризи; виявлення відхилень в роботі закладу, сигналів, що сповіщають про можливі ознаки кризової ситуації; установлення причинно-наслідкових зв'язків і прогнозування можливих варіантів і масштабів розвитку кризи; визначення та оцінка факторів, що впливають на розвиток кризи; встановлення необхідних зворотніх зв'язків для відслідкування стану і розвитку зміни кризових явищ.

Розробка концепції подолання кризи відбувається на основі стратегічного плану розвитку закладу охорони здоров'я з уточненням цілей і завдань антикризового управління. Розробляється реалістичний план подолання кризи, виходячи із наявних можливостей. Для виконання зазначених етапів дуже важливим є використання сучасних методів управління, зокрема формування ситуаційних планів і сценаріїв виходу з кризи. Антикризове управління і управління в звичайному

режимі суттєво відрізняються. Весь спектр методів звичайного управління спрямований на функціонування і розвиток закладу охорони здоров'я, а методи антикризового управління націлені виключно на подолання кризи, вживання в цій ситуації заходів виходу з неї. У процесі планування заходів, щодо виходу з кризового становища закладу охорони здоров'я, важливе значення має розробка антикризової стратегії та визначення тактики та механізму її реалізації.

Як зазначає А. Ковалевська, стратегія антикризового управління – це сукупність дій і послідовність прийнятих управлінських рішень, що дозволяють оцінити, проаналізувати і виробити необхідну систему впливу на подолання кризи, мінімізації її наслідків [7, с.62].

Особливістю антикризового стратегічного управління, як ефективного управлінського інструменту, є те, що воно дає можливість застосувати негайні і дієві механізми. Антикризова стратегія передбачає реалізацію великої кількості реорганізаційних заходів та організаційно-технологічних новацій. Дана стратегія буде ефективною якщо: враховано глибину протікання кризи; причину кризових явищ; враховано стадію життєвого циклу кризи.

Серед стратегій антикризового управління найбільш важливими є [8, с.65]: попередження кризи, підготовка до її появи; очікування зрілості кризи для успішного вирішення проблеми її подолання; протидія кризовим явищам, уповільнення кризових процесів; стабілізація ситуацій; розрахунок ризику; послідовне виведення з кризи; передбачення та утворення умов усунення наслідків кризи.

Вибір тієї чи іншої стратегії визначається характером кризи та її глибиною. Впровадження антикризової стратегії є найбільш оптимальним, коли вона об'єднується вже з адаптованою структурою управління та підпорядковується системі цілей.

За характером поведінки стратегії поділяються на захисні та наступальні. Вибір стратегічного напрямку виходу з кризи дає можливість перейти до вибору тактичних заходів. Тактика і стратегія антикризового управління взаємопов'язані. Тактика являє собою конкретні короткострокові стратегії, вона точно вказує, що потрібно робити в конкретній ситуації.

Стратегія передбачає мобілізацію всіх ресурсів для виходу із кризи. Вибір стратегії антикризового управління в закладі охорони

здоров'я має вигляд моделі, яка має складатися з окремих блоків: система антикризового управління; механізми антикризового управління; процес антикризова управління; процеси інтеграції або дезінтеграції антикризового управління.

Антикризова стратегія в закладі охорони здоров'я може включати в себе різні напрямки: ліквідація деяких відділів; зменшення витрат; скорочення деяких штатних працівників, або навпаки розширення штату; залучення додаткових ресурсів та інші. Але в цілому, це комплекс заходів, які призводять до позитивного результату у випадку грамотної реалізації обраної антикризової стратегії. Запорукою ефективного здійснення антикризової стратегії є постійний контроль за ходом її реалізації. Втілення в життя антикризової стратегії належить до сфери антикризових завдань, що передбачає створення організаційних моментів для успішної її реалізації.

Особливістю антикризового стратегічного управління є те, що воно дає можливість застосувати негайні та дієві механізми для зміни внутрішнього середовища закладу та його взаємодії з зовнішнім середовищем на підставі заздалегідь розроблених антикризових інструментів [6]. Головна перевага стратегічного менеджменту – це швидкість ухвалення рішень нижніми рівнями управління, минаючи вищі ланки (виключення тривалих погоджувальних процедур). Саме ця якість стратегічного антикризового управління надзвичайно важлива, адже кризові ситуації часто вимагають миттєвого прийняття рішень в умовах підвищеної мінливості середовища.

В умовах кризи в закладі охорони здоров'я, антикризова стратегія займає ключове місце в антикризовому управлінні. Внаслідок її вмілого формування та використання здійснюють подолання негативних наслідків кризових явищ, вирішуються проблеми запобігання криз. Використання стратегічного антикризового управління в сучасних умовах дає можливість враховувати фактори внутрішнього і зовнішнього середовища, які чинять на заклад охорони здоров'я найбільший вплив, заздалегідь діагностувати можливість виникнення кризової ситуації та формувати антикризову стратегію як інструмент подальшого виживання і розвитку. Стратегія антикризового управління закладом охорони здоров'я – сукупність дій і послідовність прийнятих управлінських рішень, що дозволяють оцінити, проаналізувати і

виробити необхідну систему впливу на оздоровлення закладу з метою недопущення кризи або мінімізації наслідків.

Таким чином, в закладі охорони здоров'я час від часу можуть виникати кризові ситуації. Кризи є природнім явищем, вони періодично виникають і уникнути їх неможливо, вони притаманні будь-якій системі, але криза є поштовхом до змін, до інноватизації систем менеджменту, модернізації підходів ресурсного супроводу, вироблення адаптивних антикризових механізмів.

2.5. Економічна сутність та зміст системи управління матеріально-технічним забезпеченням закладу охорони здоров'я

Одним з основних системних чинників, які суттєво впливають на ефективність функціонування будь-якого закладу охорони здоров'я, як наслідок, на його динамічний розвиток, є матеріально-технічне забезпечення поточної та перспективної діяльності. Під впливом саме цього чинника має досягатися така важлива умова стабільно тривалої й ефективної діяльності медичного закладу як збалансованість між потребами діяльності та ресурсами, які їх забезпечують.

Потреби, як правило, носять необмежений характер, на відміну від ресурсів, обмежених через їхню відсутність як таку або через складність отримання. Для дотримання цієї умови заклад охорони здоров'я має визначити й реалізувати системно пов'язані етапи процесу матеріально-технічного забезпечення, запорукою чого є побудова надійного механізму, покликаного створити основу для розроблення системи інституційних елементів, необхідних для розподілу і перерозподілу ресурсів медичною установою та її структурними підрозділами, а також трансформації ресурсів з однієї форми в іншу.

Розглядаючи матеріально-технічне забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я, слід зазначити, що із семантичного сенсу слово «матеріальний» тлумачать як те, що існує незалежно від свідомості. Авторський колектив Великого тлумачного словника сучасної української мови слово «технічний» пропонує розуміти як сукупність способів обробки чи переробки матеріалів, інформації, проведення різних виробничих операцій тощо [1, с. 375]. Авторський колектив шеститомної юридичної енциклопедії, оперуючи терміном

«матеріально-технічне постачання», під останнім розуміє комплекс організаційних, економічних, технічних, транспортних, правових та інших заходів і процесів, спрямованих на забезпечення потреб підприємств, фірм, об'єднань, установ, організацій тощо засобами виробництва та предметами праці для використання в матеріальному виробництві та сфері невиробничої діяльності [2, с. 599]. Окрім цього, в науково-правових колах зустрічається позиція, згідно з якою під матеріально-технічним забезпеченням органів державної влади слід розуміти сукупність суспільних відносин, урегульованих нормами різних галузей права (цивільного, адміністративного, господарського, фінансового тощо), для забезпечення їх матеріально-технічними ресурсами, необхідними для своєчасного й безперебійного виконання даними органами поставлених перед ними завдань [3, с. 232]. Більш того, І.П. Сафонов під час дослідження шляхів реформування правової системи, як засобу підвищення її ефективності, звертає увагу на той факт, що матеріально-технічне забезпечення являє собою багатоманітну практичну діяльність державних органів і посадовців зі створення матеріальної бази для дії нормативного акта [4, с. 181-182].

Враховуючи єдину мету фінансового та матеріально-технічного забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я – підтримання їх нормального функціонування, забезпечення виконання поставлених перед ними завдань, ефективне здійснення ними визначених у законодавстві функцій, а також схожі засоби здійснення такої діяльності (постачання в достатній кількості необхідних грошових, матеріальних та технічних ресурсів), здається можливим надати таке визначення досліджуваному поняттю. Так, фінансове та матеріально-технічне забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я являє собою комплекс визначених на нормативно-правовому рівні заходів із постачання таким установам ресурсів фінансового (грошового) та матеріально-технічного характеру задля забезпечення їх нормального функціонування, підвищення ефективності їх діяльності та виконання покладених на них завдань.

Деякі автори ототожнюють поняття «матеріально-технічне забезпечення» та «фінансове забезпечення». Але на відміну від поняття «фінанси» термін «матеріально-технічний ресурс» означає ширшу систему засобів, зокрема будівлі, споруди, земельні ділянки,

автотранспортні засоби, прилади та інше обладнання. Тому варто розмежовувати поняття «фінансове забезпечення» і «матеріально-технічне забезпечення». Перше означає формування грошової маси (грошових коштів, цінних паперів, валютних цінностей), а друге – формування матеріальної і технічної бази за рахунок таких об'єктів як будівлі і споруди земельні ділянки, обладнання і інші (виключаючи фінансові ресурси). При такому підході фінансове забезпечення виступає складовим елементом матеріально-технічного [5]. Таким чином основним критерієм розмежування фінансового та матеріально-технічного забезпечення є предмет, який лежить в основі кожного з цих видів забезпечення.

Матеріально-технічні ресурси є вагомим елементом оборотних засобів будь-якої організації. При цьому залежно від сфери діяльності організації частка цієї складової може істотно варіюватися: для виробничих підприємств їх питома вага є достатньо високою, тоді як для установ сфери послуг їх частка є зазвичай незначною.

Як зрозуміло з дискусії, на сьогодні не існує єдиного підходу до визначення сутності матеріально-технічного забезпечення, оскільки різні вчені підходять до визначення цього поняття по-різному (табл. 1).

Таблиця 1

Підходи до визначення сутності матеріально-технічного забезпечення організації

Автор	Сутність підходу до визначення матеріально-технічного забезпечення
Андрушків О.В. [6]	Форма товарного обігу у сфері матеріального виробництва, процес забезпечення підприємств сировиною, матеріалами, комплектуючими, напівфабрикатами, готовими виробами тощо, необхідними для виробничого і невиробничого споживання
Покропивний С.Ф. [7]	Один з видів комерційної діяльності підприємства, що здійснюється на ринку економічних благ у межах такої фази економічних відносин як збут. Суб'єктами цих відносин виступають, виключно, підприємства а об'єктом купівлі та продажу – економічні блага виробничого призначення, або матеріально-технічні ресурси. У фазі виробництва зазначений тип економічних благ трансформується у такий вид матеріальних факторів виробництва як предмети праці (сировина, основні та допоміжні матеріали, паливо, енергія), вартісною формою яких є основні оборотні засоби підприємства.

Автор	Сутність підходу до визначення матеріально-технічного забезпечення
Васюта В.Б. [8]	Процес визначення потреби в матеріально-технічних ресурсах, пошук і купівлю ресурсів, організацію доставки, зберігання й видачі окремим споживачам на підприємстві.
Збагерська Н.В. [9]	Процес постачання на підприємство сировини, матеріалів, напівфабрикатів, готових виробів. Які необхідні для виробничого і невиробничого споживання, відповідно до визначених потреб та у певні терміни
Пятуніна С.С. [10]	Процес постачання на склади підприємства чи відразу на робочі місця, відповідно до виробничих планів, необхідних матеріально-технічних ресурсів

Примітка. Сформовано на основі [6-10]

Управління матеріально-технічним забезпеченням є підґрунтям ефективної роботи закладу охорони здоров'я. Даний процес виконує низку функцій, основними серед яких є: визначення потреби закладів охорони здоров'я та їхніх структурних підрозділів у матеріальних ресурсах; вивчення джерел забезпечення матеріальними ресурсами; організація доставки матеріальних ресурсів до місця споживання; раціональне та економне використання матеріальних ресурсів; розробка шляхів поліпшення використання місцевої сировини й матеріалів; організація правильного зберігання матеріальних цінностей; оптимізація обсягів постачання матеріально-технічних ресурсів [7].

Основним завданням закладів охорони здоров'я з організації та управління матеріально-технічним забезпеченням є своєчасне, безперервне і комплексне забезпечення ресурсами відповідно до встановлених планових завдань.

Управління матеріально-технічним забезпеченням закладу охорони здоров'я передбачає не тільки управління постачанням, а й виконання всіх функцій, притаманних управлінню як виду діяльності:

1) постановка завдання, яка передбачає накопичення інформації про стан матеріально-технічних ресурсів закладу охорони здоров'я, оцінка матеріаломісткості процесу надання медичних послуг та його матеріальної потреби, проведення моніторингу наявних ресурсів та ринку потенційних ресурсів, планування потреби у ресурсах;

2) реалізація поставленого завдання: формування остаточного рішення про розвиток матеріально-технічної бази закладу охорони здоров'я, організацію постачання ресурсів, управління запасами

матеріально-технічних ресурсів;

3) контроль за ефективністю формування та використання матеріально-технічних ресурсів в усіх напрямках функціональної діяльності закладу охорони здоров'я.

Якість реалізації зазначених функцій сприяє ефективній роботі закладу охорони здоров'я та позитивно впливає на результати його роботи (табл.2).

Таблиця 2

Перелік основних завдань матеріально-технічного забезпечення в розрізі його функцій

Функції матеріально-технічного забезпечення закладу охорони здоров'я	Основні завдання матеріально-технічного забезпечення закладу охорони здоров'я
Нормування витрат матеріальних ресурсів	Розробка норм за основними і допоміжними матеріалами; встановлення норм витрат матеріалів; корегування діючих норм; доведення норм до структурних підрозділів; вибір методів нормування; обґрунтування заходів щодо зниження норм витрат матеріалів; вивчення та аналіз нормативного законодавства та нормативної бази
Визначення потреби у матеріалах	Планування потреби у матеріалах та обладнанні в цілому по закладу охорони здоров'я та за структурними підрозділами; складання оперативного-календарного плану постачання; аналіз використання сировини та матеріалів; розробка річних і кварталних планів матеріально-технічного забезпечення
Організація матеріально-технічного забезпечення	Вивчення та обґрунтування методу закупівлі ресурсів; обчислення оптимальної кількості ресурсів, що замовляються; визначення економічного розміру замовлення; погодження цін та укладання договорів; транспортування сировини і матеріалів; контроль кількості, якості та термінів поставки матеріалів; обчислення витрат на організацію закупівель та їх оптимізація тощо
Організація зберігання та контролю за використанням матеріально-технічних ресурсів	Створення умов зберігання матеріальних ресурсів; контроль за станом виробничих запасів; організація розміщення матеріальних ресурсів на складах; вантажно-розвантажувальні роботи; вибір форм постачання матеріальних ресурсів; раціоналізація розміщення складів на території закладу охорони здоров'я.

Примітка. Наведено за матеріалами [9, с. 22-23]

Основні цілі процесу управління матеріально-технічним

забезпеченням можна визначити як: 1) забезпечення безперервного потоку матеріально-технічних ресурсів(сировини, комплектуючих, допоміжних матеріалів), необхідних організації; 2) своєчасне та повне визначення потреби організації в сировині, матеріалах, інструментах та інших ресурсах, розроблення норм їх витрат; 3) управління запасами, яке передбачає визначення запасів та витрат, що пов'язані з ними, до мінімально необхідного рівня при забезпеченні безперервності діяльності, підвищення якості матеріально-технічних ресурсів; 4) пошук і встановлення надійних зв'язків з постачальниками для забезпечення прискореного пересування всіх матеріально-технічних ресурсів від постачальників при мінімальних транспортних і інших витратах.

На вибір конкретної форми забезпечення матеріально-технічними ресурсами суттєво впливають такі фактори: особливості ресурсу, тривалість його отримання, кількість пропозицій, якість ресурсу тощо.

Важливим моментом під час укладання угод на постачання матеріально-технічних ресурсів є необхідність відображення в них кількісних і якісних показників, конкретних форм поставок, термінів, санкцій та інших вимог. Вирішального значення у матеріально-технічному забезпеченні набуває надійність ділових партнерів та удосконалення вітчизняного законодавств щодо вирішення суперечок у Господарському суді.

У результаті аналізу організації матеріально-технічного забезпечення виявляються проблеми, до яких належать:

1. Оптимальні терміни постачання матеріально-технічних ресурсів, готової продукції і надання послуг. Запізнення в закупівлях може зірвати графік, що призведе до великих витрат, а куплені раніше наміченого терміну матеріали потребують додаткових витрат на їх утримання.

2. Оптимальний розмір партії постачання, тобто дотримання точної відповідності між об'єктом постачань і потребами в них. Надлишок або недостатній об'єм матеріально-технічних ресурсів, що поставляються, негативно впливає на обігові кошти і спричиняє додаткові витрати при відновленні оптимального балансу.

3. Підтримка і підвищення якості. Продукція, матеріали або послуги повинні поставлятися необхідного рівня якості, інакше кінцевий продукт не відповідатиме прийнятним стандартам, що приведе до зростання логістичних витрат. Витрати на доведення якості до

стандартного рівня можуть бути досить значними. Необхідно постійно підвищувати якість постачання і забезпечувати конкурентоспроможність товарів і послуг, що вимагає уваги для якості матеріалів, не купуються.

4. Пошук і закупівля товарів і послуг за мінімальними цінами. Ця проблема особливо актуальна для бюджетних організацій, які працюють в умовах обмеженого фінансування.

5. Пошук постачальників і розвиток відносин з ними. Для вибору постачальника необхідно проводити ретельний пошук і аналіз можливих постачальників, причому аналіз бажано проводити за декількома критеріями, наприклад, за якістю пропонованої продукції, можливістю своєчасної доставки, ціни, сервісу і т.д. також важливим критерієм є оцінка ризику при здійсненні закупівель.

Таким чином, одним з основних завдань управління матеріально-технічним забезпеченням закладу охорони здоров'я є створення таких умов функціональної діяльності, які, з одного боку, сприяли б підвищенню результативності діяльності медичного закладу і реалізації його економічних інтересів, а з другого – забезпечували б нормальну життєдіяльність медичних працівників і їхніх родин, тобто сприяли реалізації особистісних і суспільних інтересів.

2.6. Менеджмент організації високоспеціалізованої хірургічної та неонатальної допомоги дитячому населенню

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає охорону материнства і дитинства однією з основних стратегій у політиці досягнення здоров'я для всіх у Європейському регіоні, що інтегрально закріплено в її програмному документі «Здоров'я-21 – здоров'я для всіх у 21-му столітті». Здоров'я дитячого населення є одним із найважливіших елементів економічного, соціального та культурного розвитку будь-якої країни.

На сьогодні в Україні здоров'я дитячого населення, попри виконання низки програм спрямованих на його збереження, погіршується, що пов'язано з негативними соціально-економічними та екологічними факторами, зниженням ефективності проведення традиційних профілактичних заходів та проблемами в організації системи охорони здоров'я, що сприяють зниженню рівня здоров'я дитячого населення, збільшенню захворюваності та інвалідності. Так, приблизно 11 млн. дітей

помирають щороку, не доживши до свого п'ятого дня народження, ще десятки мільйонів залишаються фізично або розумово відсталими, не маючи можливості для дорослішання, життя і розвитку внаслідок бідності, неосвіченості, дискримінації та насильства [1, 2, 3].

Недостатня ефективність медичної допомоги щодо збереження та поліпшення здоров'я населення, зумовлює необхідність реформування сфери охорони здоров'я, зокрема педіатричної служби, оптимізації медичної допомоги дітям на всіх рівнях її надання [1, 4].

Немаловажне значення має кризова демографічна ситуація в Україні, від'ємний приріст населення, відсутність відтворення поколінь впродовж десятиліть [5, 6].

Тернопільська область, як один з аграрних регіонів України, в ракурсі тих же проблем має свої особливості – зберігається від'ємний природній приріст, щороку зменшується кількість дитячого населення (рис. 1).

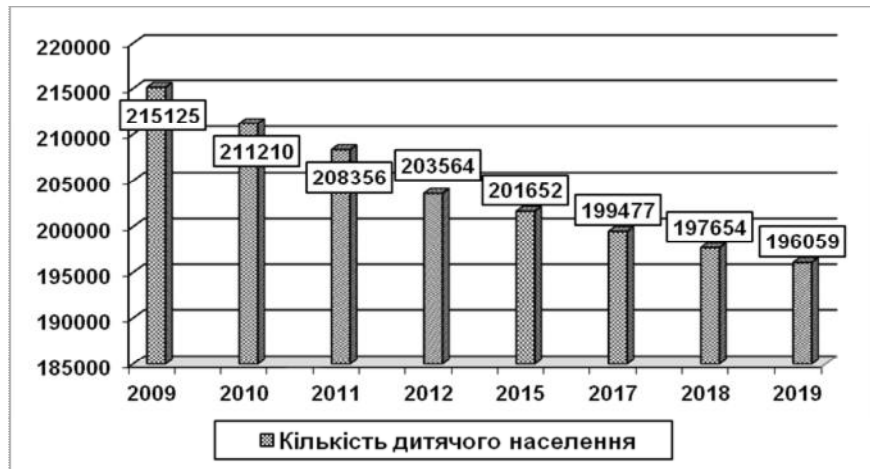


Рис. 1 Чисельність дитячого населення Тернопільської області в динаміці

Аналіз показників структури захворюваності та поширеності хвороб серед дитячого населення Тернопільського регіону свідчать про зростання частоти низки захворювань – органів дихання, травлення, ендокринної системи, системи кровообігу, новоутворень, травм та отруєнь, при цьому за характером складності патології практично в кожному класі захворювань є значна частка, тих, які потребують

високоспеціалізованої допомоги.

До опорних закладів охорони здоров'я Тернопільського регіону належить Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня, яка надає високоспеціалізовану медичну допомогу понад 196 тисячам дитячого населення області, половина з яких є мешканцями сільської місцевості. Так, в 2019 році в Тернопільську обласну дитячу клінічну лікарню госпіталізовано 15 240 дітей, серед яких 8082 (53,0%) – сільські жителі. У відділеннях хірургічного профілю прооперовано 3911 хворих, яким проведено 4589 оперативних втручання. Кількість операцій та хірургічна активність в розрізі відділень хірургічного профілю за 2009-2019 рр. представлена в табл. 1.

Таблиця 1

Кількість операцій та хірургічна активність в розрізі відділень хірургічного профілю за період 2009-2019 рр.

Роки / показники	Всього по лікарні	Хірургічний відділ	Хірургічний відділ, в тому числі:							Післяопераційна летальність	
			Хірургія	Урологія	Нейрохірургія	Ортопедія	Офтальмологія	ЛОР	Стоматологія		
2009	абс.	2989	1308	900	397	11	437	246	998	229	3,0
	х/акт.	47,8	60,1	68,8	69,4	3,7	23,5	22,4	89,4	108,5	0,1
2010	абс.	3142	1438	1015	399	24	441	264	999	273	5,0
	х/акт.	47,6	60,0	68,0	65,3	7,8	24,8	22,0	82,5	120,3	0,16
2011	абс.	3179	1331	899	411	21	428	229	1191	265	12,0
	х/акт.	44,9	55,7	67,5	66,5	7,8	23,7	17,7	74,8	88,0	0,38
2012	абс.	3062	1295	907	338	50	384	219	1164	241	6,0
	х/акт.	44,9	55,4	59,2	64,3	18,0	22,3	17,1	78,4	86,1	0,2
2013	абс.	3217	1316	857	391	68	357	236	1308	291	4,0
	х/акт.	45,3	54,3	54,9	66,8	22,7	20,2	19,1	78,1	87,1	0,12
2014	абс.	3268	1247	800	364	83	362	254	1404	261	5,0
	х/акт.	47,5	54,5	56,4	68,8	24,6	22,9	20,7	78,4	87,9	0,15
2015	абс.	3490	1327	588	423	64	359	258	1168	370	3,0
	х/акт.	48,5	58,4	58,2	73,1	21,5	20,4	25,7	77,8	90,2	0,09

Роки / показники	Всього по лікарні	Хірургічний відділ	Хірургічний відділ, в тому числі:							Післяопераційна летальність	
			Хірургія	Урологія	Нейрохірургія	Ортопедія	Офтальмологія	ЛОР	Стоматологія		
2016	абс.	3580	1272	630	365	52	346	271	1197	478	1,0
	х/акт.	50,0	56,0	58,6	69,1	18,0	21,2	21,8	80,5	92,1	0,03
2017	абс.	3883	1327	530	425	52	476	246	1291	513	5
	хір. акт.	52,2	58,6	59,2	71,7	20,8	27,1	19,8	80,7	93,4	0,1
2018	абс.	4131	1307	505	417	55	451	224	1503	634	2
	хір. акт.	54,6	59,5	59,9	73,1	20,4	27,4	18,1	82,2	95,6	0,05
2019	абс.	3911	1154	478	389	55	439	249	1444	609	1
	хір. акт.	54,5	58,2	55,2	74,0	22,1	27,6	20,3	83,8	95,2	0,02

Потреба у ліжках хірургічного профілю розраховувалася з урахуванням зменшення чисельності дитячого населення Тернопільської області (у 2009 р. – 215 125 осіб; в 2019 р. – 196059 дітей), кількості фактично пролікованих хворих загально-хірургічного профілю (в 2009 р. – 1749 осіб; в 2019 р. – 1591 особи) та рівнів госпіталізації (в 2009 р. – 0,845; 2019 р. – 0,804 на 100 мешканців).

Розрахунки рівнів госпіталізації проведені таким чином:

$$P = (P1 - P) + P2 \times 100 = (1749 + 0) + 0 \times 100 = 0,845 \text{ (у 2012 році)}$$

$$N \ 206749$$

В 2013 році рівень госпіталізації склав 0,869, в 2015 р. – 0,794; в 2017 р. – 0,811 на 100 дітей, в 2019 р – 0,721.

Потреба в загально-хірургічних ліжках за роками складала:

$$\text{В 2012 р.: } K = 0,845 \times 206749 \times 8,1 = 43,7$$

$$323,8 \times 100$$

В 2013 році потреба в загально-хірургічних ліжках склала 43,0; в 2015 р. – 42,2; в 2017 р. – 44,8, в 2019 р – 41,2.

Потреба в урологічних ліжках за роками складала:

$$\text{В 2012 р. } K = 0,265 \times 206749 \times 8,4 = 15,1$$

$$305,3 \times 100$$

В 2013 році потреба в урологічних ліжках склала 15,0 ; в 2015 р. –

14,49 ; в 2017 р. – 14,99; в 2019 р – 11,89.

Потреба в нейрохірургічних ліжках за роками складала:

$$\text{В 2012 р. } K = 0,142 \times 206749 \times 7,1 = 6,99$$

$$298,1 \times 100$$

В 2013 році потреба в нейрохірургічних ліжках склала 5,7; в 2015 р. – 6,55; в 2017 р. – 7,02; в 2019 р – 5,98

Потреба в онкологічних ліжках за роками складала:

$$\text{В 2012 р. } K = 0,099 \times 206749 \times 7,8 = 4,97$$

$$321,0 \times 100$$

В 2013 році потреба в онкологічних ліжках склала 4,98; в 2015 р. – 4,9; в 2017 р. – 4,94; в 2019 р – 4,99

Потреба в ліжках торакальної хірургії за роками складала:

$$\text{В 2012 р. } K = 0,06 \times 206749 \times 9,7 = 3,89$$

$$309,5 \times 100$$

В 2013 році потреба в ліжках торакальної хірургії склала 4,99; в 2015 р. – 4,42; в 2017 р. – 4,92; в 2019 р – 4,98

Потреба в ліжках щелепно-лицевої хірургії за роками складала:

$$\text{В 2012 р. } K = 0,140 \times 206749 \times 6,0 = 5,0$$

$$346,2 \times 100$$

В 2013 році потреба в ліжках щелепно-лицевої хірургії склала 5,0; в 2015 р. – 5,15; в 2017 р. – 4,99; в 2019 р – 5,12

Потреба у ліжках відділеннях анестезіології та інтенсивної терапії за роками складала: в 2012 р. $K = 0,272 \times 206749 \times 2,5 = 9,1$

$$154,2 \times 100$$

В 2013 році потреба в ліжках відділеннях анестезіології та інтенсивної терапії склала 8,8; в 2015 р. – 9,0; в 2017 р. – 8,81; в 2019 р – 9,3.

Проведені розрахунки обґрунтовують необхідність лікарняних ліжок вузькоспеціалізованого хірургічного профілю з відповідними підрозділами урологічної, торакальної, онкологічної, нейрохірургічної, щелепно-лицевої хірургії дитячої хірургії та відділення анестезіології та інтенсивної терапії, з урахуванням особливостей стану здоров'я населення та виявленої регіональної тенденції до зростання кількості дітей з вродженими вадами розвитку, які потребують хірургічної корекції в перші години після народження, що в свою чергу зумовлює активне впровадження в практику сучасних перинатальних технологій та

ефективних методів виходжування новонароджених післяопераційних хворих.

На сьогодні не викликає сумніву постулат щодо основ формування здоров'я людини, починаючи з моменту її зачаття, народження – періоду новонародженості. Більшість захворювань дорослих мають коріння з неонатального та дитячого віку, що обумовлює якість та тривалість усього життя. Так, впродовж 2012-2019 років у неонатальному центрі (спеціалізовані відділення для новонароджених) перебувало на лікуванні від 1160 до 1310 немовлят із складною перинатальною патологією, в тому числі недоношених – відповідно 285 та 307, що склало близько 60 % від усіх дітей, народжених в області недоношеними.

Розрахунок потреби в *неонатологічних ліжках* для надання високоспеціалізованої медичної допомоги новонародженим показав, помірне зростання потреби навіть при зменшенні показника народжуваності. Так, в 2012 році потреба в ліжках *інтенсивної терапії* для новонароджених – була 8,1 (в 2012 р. $K = 0,105 \times 206749 \times 9,1 = 8,1$), в 2019 році – 8,69.

Зважаючи на результати проведених розрахунків та зростаючі потреби дитячого населення у високоспеціалізованій хірургічній та неонатологічній медичній допомозі, необхідно зберегти можливості та спроможність Тернопільської обласної дитячої лікарні – оснащеність, нова техніка, стан кадрового потенціалу, а також якість, рівень та доступність медичних послуг, як третинного (високоспеціалізованого) рівня надання медичної допомоги.

Водночас, одним із потужних інструментів реформування галузі охорони здоров'я є ефективна кадрова політика. Якість і доступність надання медичної допомоги населенню країни залежать від рівня забезпеченості закладів охорони здоров'я медичними працівниками та їхнього професійного рівня. Медичні кадри є однією з найважливіших складових ресурсів охорони здоров'я, які забезпечують ефективність діяльності галузі. На сьогодні суттєвими недоліками кадрового забезпечення медичної галузі є: недостатнє забезпечення медичними кадрами та низька ефективність використання наявного потенціалу, негативний кадровий баланс, низька якість підготовки медичних кадрів, регіональна та галузева диспропорція кадрового забезпечення, зниження рівня кваліфікації медичних кадрів. Аналіз ресурсного забезпечення

закладів педіатричної служби в області впродовж останніх років показав проблеми та можливі шляхи їх вирішення щодо кадрового потенціалу, фахового рівня спеціалістів, покращання матеріально-технічної бази. Так, кадрове забезпечення педіатричної служби первинного і вторинного рівнів в Тернопільській області є недостатнім. Укомплектованість посад лікарів загальної практики-сімейних лікарів в сільській місцевості склала 83,85 %, а лікарів-педіатрів центральних районних лікарень лише 79,27 %. Внаслідок реорганізації ФАПів зменшилася їх кількість та збільшилося відповідно число амбулаторій загальної практики-сімейної медицини, що також обумовило зменшення числа педіатрів. До штатного розкладу центральних районних лікарень взагалі не введено посад лікарів-спеціалістів дитячого віку, чого не дозволяють існуючі штатні нормативи.

Реальний обсяг підготовлених медичними вузами фахівців не відображає фактичної потреби (за кількісною, якісною характеристиками) в трудових ресурсах лікувальної мережі. Проведений аналіз підтверджує диспропорцію забезпеченості та укомплектованості медичними кадрами лікувальних закладів області, зокрема, традиційно високій в обласному центрі та в районах області. Виявлені диспропорції кадрових ресурсів в регіоні за рахунок неуккомплектованості посад медичних працівників, особливо лікарів. Основна частка не укомплектованих (вакантних) посад медичних спеціалістів, особливо лікарів, – це вакантні посади в закладах охорони здоров'я сільської місцевості. Незадовільні соціально-побутові умови для медичних працівників, особливо у сільській місцевості, зокрема забезпеченість житлом, впливають на плінність медичних кадрів. Диспропорція по показниках укомплектованості кадрами у районах області залежить від рівня управлінських рішень, розуміння та керованості кадрової ситуації на місцях.

Аналіз основних показників діяльності педіатричних відділень центральних районних лікарень засвідчив нераціональність використання ліжкового фонду за рахунок низького рівня зайнятості ліжок у більшості районів. В той же час, аналіз показників використання ліжкового фонду обласної дитячої лікарні засвідчив зниження кількості днів роботи ліжка з 333,4 у 2009 р. до 324,7 у 2019 р., при скороченні середньої тривалості перебування хворого на ліжку (з 10,7 у 2009 році до 8,1 дні – у 2019 році) та зростанні показника обігу ліжка (з 31,1 у

2009 році до 40,3 у 2019 році) при одночасному зменшенні показників лікарняної летальності з 0,43 % у 2009 р. до 0,15 % у 2019 р.

Детальний аналіз забезпеченості лікувально-діагностичною апаратурою педіатричної служби в області свідчить про обмежені можливості вторинного рівня надання допомоги, недостатнє їх оснащення, що спричинює госпіталізацію дітей із складними захворюваннями на вищій третинний рівень, яким є обласна дитяча лікарня.

Оцінка фінансового забезпечення педіатричної служби в області свідчить про недостатнє за обсягами фінансування, нерациональну структуру видатків, що тим самим спонукує до пошуку додаткових джерел надходження коштів, які дозволені українським законодавством.

Аналіз важливих показників функціонування системи охорони здоров'я, які водночас є індикаторами стану та соціально-економічного розвитку регіону та держави в цілому – дитяча смертність, захворюваність, поширеність захворювань, чисельність дитячого населення в динаміці, засвідчив особливості педіатричної служби регіону – зниження показника дитячої смертності, з одночасним погіршенням стану здоров'я дітей та молоді в Тернопільському регіоні, зменшенням чисельності дитячого населення. Низький рівень доступності щодо якісної первинної медико-санітарної та спеціалізованої медичної допомоги негативно впливає на раннє виявлення та адекватне лікування захворювань у дітей Тернопільської області, оскільки переважна їх більшість проживає у сільській місцевості.

Виявлені системні недоліки на первинному та вторинному рівнях обумовили проведення поглибленого порівняльного аналізу діяльності закладів охорони здоров'я Тернопільської області, що надають медичну допомогу дітям, з використанням SWOT – аналізу, який вказав на сильні та слабкі сторони їх діяльності та надав можливість визначити основні напрямки вдосконалення і розвитку (табл. 2).

За результатами SWOT – аналізу діяльності закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу дитячому населенню Тернопільської області, крім сильних та слабких сторін, визначені загрози, сприятливі можливості та основні напрямки вдосконалення і розвитку педіатричної служби регіону.

Таблиця 2

Результати SWOT – аналізу діяльності закладів охорони здоров'я Тернопільської області, що надають медичну допомогу дитячому населенню

Сильні сторони	Слабкі сторони	Сприятливі можливості	Загрози
Вагоме соціальне значення педіатричної допомоги. Наявність кваліфікованих лікарів-педіатрів. Досвід організації педіатричної служби. Надання допомоги в рамках програми добровільного медичного страхування (ДМС). Наявність медичного ВУЗу в м. Тернополі та консультативної допомоги його кафедр.	Відсутність чіткого розмежування завдань первинного, вторинного та третинного рівнів медичної допомоги і, як наслідок, невиправдане дублювання функцій; недостатнє забезпечення надання невідкладної медичної допомоги; нечітко організована екстрена медична допомога; нескоординоване управління рівнями медичної допомоги; недостатньо розвинута первинна медична допомога; невиправдано сформовані і неефективно працюючі стаціонари; недостатнє забезпечення медичних закладів діагностичною і лікувальною апаратурою та обладнанням; незадовільний стан матеріально – технічного, кадрового та фінансового забезпечення ЗОЗ вторинного рівня.	Залучення приватних внесків для зміцнення матеріально-технічної бази дитячих ЗОЗ. Готовність до запровадження нових економічних механізмів для регулювання економічної діяльності, удосконалення нормативно – правової бази.	Не адаптованість ЗОЗ до роботи у ринкових умовах. Відсутність науково обґрунтованого переліку методик, обладнання, інструментарію за запровадження нових економічних механізмів для регулювання економічної мотивації персоналу. Низька санітарна культура населення. Низький рівень доходів та платоспроможності населення.

До слабких сторін віднесені: відсутність чіткого розмежування завдань первинного, вторинного і третинного рівнів медичної допомоги дітям, наслідком чого стає невиправдане дублювання функцій, нескоординоване управління рівнями, недостатнє забезпечення надання невідкладної медичної допомоги, екстреної медичної допомоги, невиправдано сформовані та неефективно працюючі стаціонари,

недостатнє забезпечення медичною апаратурою та обладнанням, незадовільних стан матеріально-технічного, кадрового та фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги дітям.

Зважаючи на виявлені обмежені лікувально-діагностичні можливості педіатричної служби регіону первинного і вторинного рівнів, пацієнти скеровуються до Тернопільської обласної дитячої клінічної лікарні, де оцінка кадрового потенціалу показала наявність повного переліку посад лікарів-спеціалістів педіатричного профілю, інвентаризація матеріально-технічної бази засвідчила вищий рівень забезпечення сучасною апаратурою та устаткуванням структурних підрозділів (відділень, клінічної лабораторії), що надає їй можливість забезпечити якісну високоспеціалізовану медичну допомогу дітям.

Одним із резервів покращання медичної допомоги дітям, зниження дитячої та підліткової захворюваності є структурна перебудова системи надання медичної допомоги на користь первинної ланки щодо своєчасного виявлення патології. На первинному рівні створюється система надання дітям доступної і високоякісної первинної допомоги з переважним впровадженням засад сімейної медицини, однак, на перехідному етапі надання медичної допомоги здійснюється лікарями загальної практики, лікарями-педіатрами. На вторинному рівні забезпечується надання спеціалізованої медичної допомоги дітям вузькими дитячими спеціалістами, передбачається не тільки збереження, але й створення закладів охорони здоров'я для дітей (дитячі лікарні інтенсивного лікування, педіатричні відділення в лікарнях відновного лікування, педіатричні відділення у лікарнях планового лікування). На третинному рівні, в умовах обласних дитячих багатопрофільних лікарень, надається високоспеціалізована медична допомога. На сьогодні на всіх рівнях надання медичної допомоги використовуються сучасні інформаційні технології, серед яких електронна система охорони здоров'я «E-Health», що є базисом автоматизації ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією. Впровадження цієї системи дає змогу пацієнтам швидко отримувати свою медичну інформацію та лікарям – правильно поставити діагноз з урахуванням цілісної картини здоров'я пацієнта.

2.7. Механізм формування й функціонування госпітальних округів

Забезпечення прав громадян України на отримання медичної допомоги [1] є основною метою реформи охорони здоров'я, в процесі реалізації якої здійснюється активний пошук нових моделей організації медичного обслуговування населення, які були б ефективними як в соціальному так й економічному аспекті. При наявності значного розриву між вимогами до системи охорони здоров'я з боку споживачів медичних послуг й медпрацівників та можливостями їх задоволення в умовах відсутності належного ресурсного та інституціонального забезпечення функціонування й розвитку медичної сфери, це завдання набуває особливої значимості і актуалізує необхідність запровадження підходів, вироблених з врахуванням умов зони перетину вимог ефективності та справедливості [2, с. 11].

В цьому контексті заслуговують на увагу управлінські ініціативи й підходи, які з 2012 року владні структури намагаються реалізувати через вироблення механізмів формування й функціонування госпітальних округів, як інструменту фізичного і часового наближення медичної послуги до людини та підвищення якості медичного обслуговування.

Активна фаза розробки інституціональної бази формування госпітальних округів в Україні розпочалась з прийняттям урядової постанови «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів» №932 від 30 листопада 2016 року. Відповідно до затвердженого порядку, в основу створення госпітального округу, як функціонального об'єднання закладів охорони здоров'я, розміщених на відповідній території, що забезпечують надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги населенню такої території [3], закладались такі принципи як: безпечність та якість медичної допомоги на основі доказової медицини; своєчасність доступу до медичної допомоги; економічна ефективність – забезпечення максимально можливої якості медичної допомоги за умови раціонального та ощадливого використання бюджетних коштів.

Критеріями визначення складу та меж госпітального округу слугували орієнтири, у відповідності з якими: госпітальні округи створюються в межах області; до складу госпітального округу входять не менше однієї багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування (БЛІЛ) першого та/або другого рівня та інші заклади охорони здоров'я; БЛІЛ першого рівня повинна забезпечувати надання медичної допомоги не

менше як 120 тис. осіб; БЛПЛ другого рівня повинна забезпечувати надання медичної допомоги не менше як 200 тис. осіб. Вихідною умовою створення госпітального округу, яка була визначена Порядком [3], є те, що зона обслуговування госпітального округу визначається своєчасністю прибуття до багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування і не повинно перевищувати 60 хвилин, та повинна бути еквівалентна радіусу зони обслуговування 60 кілометрів за умови наявності доріг з твердим покриттям. Тобто, основу формування госпітальних округів складає створення багатопрофільних лікарень нового типу, спроможних надавати повний спектр якісної вторинної медичної допомоги з використанням сучасних прогресивних технологій діагностування й лікування. При цьому важливим є врахування таких факторів як: належне робоче навантаження для закладів охорони здоров'я, яке б дозволяло забезпечувати рівень безпеки та якість медичної допомоги; реальні й прогностичні показники демографічних й міграційних тенденцій, захворюваності населення; усталені клінічні маршрути пацієнтів до закладів вторинної медичної допомоги; інституційна спроможність вироблення й прийняття обґрунтованих управлінських рішень щодо ефективного використання ресурсів, перепрофілювання й закріплення спеціалізації закладів охорони здоров'я.

Урядова постанова № 932 від 30 листопада 2016 року стала імпульсом до формування нової організації надання вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги населенню, яка б дозволяла забезпечувати якісне і вчасне надання медичних послуг, на основі врахування специфіки місцевих умов їх фізичного наближення до людини, оптимізації використання ресурсів медичної сфери через впорядкування мережі медзакладів, реалізації потенціалу їх управлінської й фінансової автономії та органічного включення в інфраструктуру регіону. В той же час, поява цього урядового документу стала викликом управлінській системі щодо реалізації його положень, вимагала супутнього інституційного й методичного забезпечення, супроводжувалася слухними зауваженнями з боку місцевих органів влади щодо недостатньої чіткості критеріїв створення госпітальних округів, що ускладнювало процес їх формування та функціонування в умовах незавершеності адміністративно-територіальної реформи. Очевидним став прояв потреби у виробленні й проведенні виваженої інкрементальної політики формування системи спеціалізованої медичної

допомоги населенню регіонів, яка б забезпечила врахування досвіду позитивних напрацювань та наявного потенціалу охорони здоров'я, базувалась на ґрунтовній оцінці існуючих складних і взаємопов'язаних проблем розвитку медичної сфери та альтернативних варіантів можливого їх вирішення в умовах високого ступеню невизначеності, обмеженості ресурсів, пошуку дієвих способів взаємодії та взаємоприспосовування широкого кола зацікавлених сторін.

Організаційні та процедурні засади функціонування госпітальних округів вперше були визначені Примірним положенням про госпітальні округи, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України від 20.02.2017 р. №165 [4], в якому наголошувалось на правильному розумінні сутності госпітального округу і недопустимості його трактування як окремого організаційно-правового рівня організації виконавчої влади, окремої юридичної особи чи суб'єкта господарювання, що сприяло кращому розумінню громадськістю, представниками органів місцевого самоврядування та медичними працівниками сутності процесів формування регіонального медичного простору.

Тобто, створення і функціонування госпітальних округів базується на визначенні мережі закладів охорони здоров'я з функціональним навантаженням та з функціональними потужностями, спроможними забезпечити якість і своєчасність надання вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги. При цьому важливим є розуміння того, що саме чіткість закріплення функцій за закладами охорони здоров'я у відповідності до видів та рівня спеціалізації медичної допомоги, належне забезпечення функціональної діяльності функціональними потужностями та всіма видами ресурсів, взаємодоповнюваність функцій лікарняних закладів, адаптивна організація діяльності додаткових закладів охорони здоров'я, а також розширення лікарських спеціальностей надання пацієнтам вторинної медичної допомоги в умовах стаціонару чи в амбулаторних умовах на базі багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування першого та другого рівня у відповідності до обґрунтованих медичних потреб населення, з одного боку, та розвиток супутньої інфраструктури – з іншого, закладає підґрунтя для досягнення мети створення госпітальних округів і вимагає вироблення дієвих механізмів управління їх функціонуванням і розвитком.

Примірне положення про госпітальні округи, затверджене Міністерством охорони здоров'я України від 20.02.2017 р. №165,

окреслило базові умови організації їх діяльності, пов'язані з тим, що учасниками госпітального округу було визначено міські (міст обласного значення), районні ради та ради об'єднаних територіальних громад, що здійснюють співробітництво у сфері охорони здоров'я, закріплено функції закладів охорони здоров'я у складі госпітального округу [4]. Задаючи інституціональні рамки функціонування госпітальних округів, держава через дане Положення нормативно закріпила такі відправні інституційні умови управління їх розвитком як створення госпітальних рад та розробку стратегічних планів розвитку, з передачею повноважень щодо подальшої конкретизації механізмів використання цих інструментів територіальними громадами та місцевими органами виконавчої влади.

Визначення узагальненого алгоритму створення госпітальних округів стало певним поштовхом до активізації діяльності в цьому напрямі обласних державних адміністрацій та Міністерства охорони здоров'я. Так, на початок березня 2018 року, на підставі пропозицій обласних державних адміністрацій та узагальнень Міністерства охорони здоров'я України, Кабінетом Міністрів України було затверджено перелік та склад госпітальних округів у 19 областях та м. Києві (табл. 1).

Таблиця 1

Кількість сформованих госпітальних округів в областях України станом на 1.03.2018 р. [5]

	Кількість госпітальних округів		Кількість госпітальних округів
Україна	19	Львівська	-
Автономна Республіка Крим	-	Миколаївська	-
Вінницька	4	Одеська	9
Волинська	3	Полтавська	4
Дніпропетровська	5	Рівненська	3
Донецька	6	Сумська	-
Житомирська	4	Тернопільська	4
Закарпатська	-	Харківська	-
Запорізька	5	Херсонська	4
Івано-Франківська	5	Хмельницька	3
Київська	4	Черкаська	5
Кіровоградська	3	Чернівецька	3
Луганська	3	Чернігівська	4
м. Київ	1		

Однак, через відсутність узгодженої місцевої політики щодо розвитку вторинної спеціалізованої медичної допомоги на задекларованих засадах, поза загальним трендом формування госпітальних округів на початковому етапі залишилися 5 областей. Попри те, що Примірним положенням про госпітальний округ передбачалось створення в кожному окрузі госпітальної ради, яка б здійснювала координацію заходів та вироблення рекомендацій щодо функціонування госпітального округу в контексті реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я, і в яку б увійшли представники міст обласного значення, районів, об'єднаних територіальних громад, такі дорадчі органи, станом на 1.03.2018 року, були створені тільки в 31 госпітальному окрузі з 82 сформованих.

Проведені дослідження показали, що навіть утвореним госпітальним радам не вдалось належним чином організувати свою роботу і напрацювати підходи до управління розвитком госпітальних округів через цілий ряд проблемних питань, які стосувалися порушення вимог до їх кількісного складу та формування керівних органів, нечіткості нормативного забезпечення діяльності госпітальних рад та розуміння їх членами своїх функціональних повноважень, відсутності нормативно закріплених вимог до осіб, делегованих в члени госпітальних рад [5].

Окреслення загальних підходів до формування госпітальних округів в Україні без належного інституційного, методичного, інформаційного забезпечення цього процесу зумовило появу цілого ряду інституціональних бар'єрів реалізації цього важливого завдання медичної реформи.

Так, проведені дослідження свідчать, що гальмування процесів створення госпітальних округів в областях України значною мірою було зумовлено переведенням їх у політичну площину, коли органи місцевого самоврядування часто напряму пов'язували їх з адміністративно-територіальною реформою і проводили політику щодо повного збереження у їхніх округах лікарняних закладів, в той час як реальні підстави для завантаження останніх у відповідності до встановлених критеріїв були відсутні.

Базовий принцип, який закладався в основу формування госпітальних округів – добровільність, не знайшов належного втілення через недостатню розвиненість такого інституціонального чинника, як

усвідомлення місцевими владними структурами необхідності прийняття компромісних рішень, які б задовольняли широке коло споживачів медичних послуг та медпрацівників на основі належного обґрунтування соціальних й економічних аспектів функціонування спроможної мережі БЛЛ, системного формування регіонального простору охорони здоров'я, з врахуванням наявних регіональних можливостей та ризиків.

Створення госпітальних округів за принципом прийняття рішень на місцях і якомога повнішого врахування місцевої специфіки наштовхнулося на бар'єр відсутності належного методичного забезпечення вирішення цього завдання та нерозвинутості організаційного ресурсу для його усунення при переважанні політичних акцентів над технічними.

Слід зауважити, що зустрічні управлінські ініціативи з боку місцевих та центральних органів влади щодо формування організаційних, фінансових, інфраструктурних передумов створення госпітальних округів не були належним чином реалізовані впродовж 2017-2018 рр. через недостатньо відпрацьовані механізми конструктивної взаємодії владних структур, забезпечення оптимального поєднання централізації й децентралізації при реалізації завдань медичної реформи. Так, наприклад, значна невизначеність при створенні госпітальних округів на базі спроможної мережі багатoproфільних лікарень інтенсивного лікування першого та другого рівнів була зумовлена зовнішнім із рішенням щодо закріплення вимог до БЛЛ першого та другого рівнів та затвердження об'єму надання ними вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, яке було прийнято тільки в жовтні 2018 року [6].

За таких умов вироблення дієвих механізмів управління розвитком госпітальних округів, які б базувались на перспективних планах розвитку, визначенні перспективних закладів охорони здоров'я і запровадженні програм їх підтримки було практично заблоковано.

Складність і суперечливість процесів формування госпітальних округів як інструменту співпраці місцевих органів влади щодо вироблення оптимальних варіантів розв'язання проблем доступу населення до медичних послуг з врахуванням регіональних демографічних, епідеміологічних, соціальних, економічних тенденцій, в умовах обмеженості ресурсів і необхідності формування якісно нового інституціонального забезпечення, ще раз підтвердили значимість

забезпечення належного нормативного, методичного, інформаційного, консалтингового супроводу ініційованих зверху процесів реформування охорони здоров'я і їх підтримки знизу, на засадах взаємодії.

Постановою Кабінету Міністрів України «Деякі питання створення госпітальних округів» від 27 листопада 2019 р. № 1074 було визнано такою, що втратила чинність постанову Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року № 932 «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів» і затверджено нову редакцію Порядку створення госпітальних округів та Типове положення про госпітальну раду. Цим було закладено нормативний базис нового підходу до організації системи спеціалізованої медичної допомоги, яким передбачено скасування раніше створених госпітальних округів і їх переформування в один.

Так, затвердженим від 27.11.2019 р. Порядком [7] визначено створення та функціонування одного госпітального округу в межах області в орієнтації на організацію ефективної і сучасної мережі закладів охорони здоров'я, що дозволило б створити сприятливі передумови для системного формування нової якості регіонального медичного простору на основі забезпечення: реалізації скоординованої державної політики в сфері охорони здоров'я; налагодження систематичної взаємодії між учасниками госпітального округу, а також із надавачами інших видів медичної допомоги – первинної, третинної, паліативної, надавачами послуг медичної реабілітації та фармацевтичних послуг; поступового формування спроможної мережі надавачів медичних послуг для гарантованого своєчасного доступу населення до послуг вторинної та госпітального етапу екстреної медичної допомоги належної якості; ефективного використання ресурсів системи охорони здоров'я та інвестицій для розвитку спроможної мережі надавачів медичних послуг; транспортної доступності закладів охорони здоров'я вторинної та госпітального етапу екстреної медичної допомоги; модернізації системи надання вторинної (спеціалізованої) та госпітального етапу екстреної медичної допомоги. Створення одного госпітального округу на території області є виправданим з точки зору розширення можливостей щодо покращення координації процесів формування мережі закладів охорони здоров'я різних рівнів на засадах компліментарності, акумулювання ресурсів для розвитку спеціалізованої медичної допомоги та

запровадження механізмів обґрунтованого їх використання, ефективного умонтування наявних потужностей закладів охорони здоров'я в єдиний медичний комплекс, приведення формату послуг на всіх рівнях у чітку системну взаємодоповнюючу відповідність.

Документ визначає таку важливу базову передумову створення й ефективного функціонування госпітальних округів як формування спроможної мережі надавачів медичних послуг – сукупності закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які провадять в установленому законом порядку господарську діяльність з медичної практики та мають функціональні потужності, здатні забезпечувати надання якісної, комплексної, безперервної і орієнтованої на пацієнта медичної допомоги відповідно до соціально-демографічних характеристик населення, особливостей його розселення на відповідній території [7]. Це закладає підґрунтя побудови адаптивної організаційної системи кластерного типу, яка окреслює рамки регіонального медичного простору та концентрує кадрові, матеріально-технічні, інвестиційні ресурси публічного й приватного секторів для надання повного обсягу вторинної (спеціалізованої) та екстреної медичної допомоги населенню регіону.

Запроваджуються нові підходи до формування механізму управління у госпітальному окрузі на основі синергії публічного інтересу й підприємницької ініціативи, у відповідності до яких учасниками госпітального округу є як органи, уповноважені управляти комунальними та державними закладами охорони здоров'я, так і керівники приватних медичних установ.

З метою забезпечення належної організації управління госпітальними округами обласні державні адміністрації наділені повноваженнями щодо утворення госпітальних рад – консультативно-дорадчих органів, за якими закріплюються функції ідентифікації проблемних питань, координації дій, вироблення пропозицій і рекомендацій щодо реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я та організації надання медичної допомоги в госпітальних округах.

Порядок створення і функціонування госпітальних рад визначено Типовим положенням про госпітальну раду [8] згідно з яким до їх складу входять представники від кожного з органів, уповноважених управляти комунальним і державними закладами охорони здоров'я, представники облдержадміністрації, об'єднань профспілок, громадських

об'єднань, які представляють інтереси пацієнтів, керівники приватних закладів охорони здоров'я, що забезпечують надання вторинної та госпітального етапу екстреної медичної допомоги. За організаційно-функціональною сутністю госпітальна рада – це управлінський хаб вироблення обґрунтованих рекомендацій щодо вирішення таких складних, ключових завдань як розроблення й реалізація плану розвитку госпітального округу, реорганізація і перепрофілювання закладів охорони здоров'я вторинної та госпітального етапу екстреної медичної допомоги, визначення переліку опорних закладів охорони здоров'я у госпітальному окрузі. При цьому слід зауважити, що відправні умови забезпечення її ефективного управлінського впливу на процеси розвитку госпітального округу мають закласти засади колегіальності та відкритості у прийнятті рішень, забезпечення прозорості діяльності, рівноправності членів, використання прогресивного управлінського інструментарію здійснення стратегічного аналізу й планування, оцінки ризиків й обґрунтування інвестиційних проєктів.

Основу системного ефективного управління розвитком госпітальних округів має забезпечити механізм стратегічного планування. Так, в рамках реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я, за обласними державними адміністраціями закріплені повноваження щодо розроблення плану розвитку госпітального округу на період від трьох до п'яти років з урахуванням пропозицій госпітальної ради. В контексті закріплення чіткого комплексного підходу до розроблення таких планів Кабінетом Міністрів України [7] визначено його узагальнену структуру, яка включає такі складові:

- описово-аналітичну частину стратегічного розвитку госпітального округу з наведенням мети, аналізу поточної ситуації у сфері діяльності госпітального округу, стратегічних цілей і завдань, їх зв'язку з пріоритетами стратегічного розвитку держави, шляхів виконання завдань та досягнення стратегічних цілей, очікуваних результатів;
- опис маршрутів пацієнтів в межах госпітального округу;
- обґрунтування оптимального розподілу функцій щодо надання медичної допомоги між учасниками госпітального округу та визначення напрямів й обсягу медичної допомоги, що повинна надаватися закладами охорони здоров'я на його території, відповідно до маршрутів пацієнтів у процесі отримання послуг вторинної (спеціалізованої) та

госпітального етапу екстреної медичної допомоги;

– наведення переліку закладів охорони здоров'я, функціональні потужності та обсяг надання медичної допомоги яких відповідають або можуть бути підвищені для виконання ними функцій багатoproфільних лікарень інтенсивного лікування першого або другого рівня;

– наведення планів розвитку закладів охорони здоров'я, функціональні потужності та обсяг надання медичної допомоги яких відповідають або можуть бути підвищені для виконання ними функцій багатoproфільних лікарень інтенсивного лікування першого або другого рівня, з оцінкою можливих ризиків і оцінкою відповідних інвестиційних потреб;

– розроблені підходи та заходи щодо реорганізації (приєднання, злиття), перепрофілювання закладів охорони здоров'я, переобладнання, програми забезпечення кадровими ресурсами, а також оцінку фінансових потреб на проведення відповідних заходів;

– оцінку обсягів коштів, що можуть бути спрямовані на фінансування викладених у плані розвитку госпітального округу заходів за рахунок місцевих бюджетів, недержавних інвестицій, спонсорських внесків, благодійних пожертв та благодійних грантів, коштів міжнародної допомоги та інших джерел;

– механізм моніторингу та звітування закладами охорони здоров'я, функціональні потужності та об'єм надання медичної допомоги яких відповідають або можуть бути підвищені для виконання ними функцій багатoproфільних лікарень інтенсивного лікування першого або другого рівня, про хід процесу розвитку та поліпшення послуг перед учасниками та населенням госпітального округу.

Кожен з наведених розділів плану є складним управлінським завданням, вирішення якого вимагає відповідного методичного, інформаційного, організаційного й фінансового забезпечення, налагодження дієвої взаємодії владних структур всіх рівнів в контексті якомога повнішого використання потенціалу багаторівневого управління. У рамках розробки і реалізації стратегічного плану розвитку госпітального округу актуалізується необхідність вироблення управлінських механізмів комплексного вирішення завдань щодо:

– органічного включення плану розвитку госпітального округу в стратегію розвитку регіону;

– створення умов для забезпечення спеціальних вимог до зон обслуговування госпітальних округів: прибуття до багатoproфільних лікарень інтенсивного лікування не повинно перевищувати 60 хвилин; зона обслуговування повинна бути еквівалентна радіусу зони обслуговування 60 кілометрів за умови наявності доріг з твердим покриттям [1], що передбачає розвиток транспортної інфраструктури, громадського транспорту, мережі якісних доріг;

– формування спроможної мережі надавачів медичних послуг, оснащення закладів охорони здоров'я новітнім високотехнологічним обладнанням, підвищення гнучкості в організації їх роботи і забезпечення на цій основі здатності адаптивного реагування на внутрішні соціальні та зовнішні ризики;

– розширення джерел фінансування заходів розвитку госпітальних округів, ефективного використання і поєднання ресурсів в рамках вироблення дієвих механізмів публічно-приватного партнерства;

– ефективного використання матеріально-технічної бази лікарняних закладів для надання, поряд з медичними, соціальних послуг людям похилого віку, людям з інвалідністю, учасникам бойових дій;

– формування інституціонального базису взаємоузгодженого функціонування медичних закладів, укладання домовленостей щодо обміну ресурсами між ними, реалізації спільних проєктів;

– запровадження порядку перегляду та корегування цілей розвитку госпітального округу у відповідності до трансформацій його середовища його функціонування.

Забезпечення функціонування госпітальних округів в орієнтації на досягнення соціальної й економічної ефективності актуалізує необхідність вироблення ефективних механізмів управління їх розвитком на основі врахування таких відправних детермінант:

– ефективність госпітальних округів детермінується їх розвитком як динамічних адаптивних функціональних систем, зорієнтованих на виклики й вимоги середовища їх функціонування й об'єктивізацію мережі закладів охорони здоров'я та переліку медичних послуг, що вони надаватимуть;

– широке коло учасників госпітального округу, у сфері управління яких знаходяться заклади охорони здоров'я, обумовлює необхідність запровадження дієвих форм партнерської взаємодії при виробленні й прийнятті стратегічних рішень щодо розвитку госпітальних округів;

– управлінська й фінансова автономія закладів охорони здоров'я відкриває значні можливості підвищення якості медичного обслуговування, які можуть бути реалізовані за умови запровадження прогресивних форм і методів надання медичних послуг та налагодження взаємодії з усіма стейкхолдерами.

Досягнення основної мети створення госпітальних округів – забезпечення доступу населення до якісної спеціалізованої медичної допомоги знаходиться в площині стикування реалізації завдань реформи охорони здоров'я та децентралізаційної реформи, запровадження ефективної моделі організації медичної допомоги на основі інтеграції зусиль державних інституцій та органів місцевого самоврядування. При цьому важливим є якомога повніше використання потенціалу децентралізації щодо розширення можливостей для реалізації повноважень органів місцевого самоврядування в сфері розвитку регіонального медичного простору.

За органами місцевого самоврядування законодавчо закріплені повноваження щодо управління закладами охорони здоров'я комунальної власності, організації їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення, організації медичного обслуговування та харчування в комунальних оздоровчих закладах, забезпечення в межах наданих повноважень доступності і безоплатності медичного обслуговування на відповідній території, розвитку всіх видів медичного обслуговування, забезпечення розвитку і вдосконалення мережі лікувальних закладів, сприяння підготовці спеціалістів та підвищення кваліфікації кадрів для закладів охорони здоров'я [9].

Запровадження в контексті реформування системи охорони здоров'я нової моделі її фінансування сприяє створенню передумов для ефективної реалізації повноважень органами місцевого самоврядування, коли вони зможуть відійти від співфінансування поточних видатків на надання медичних послуг до фінансування розвитку комунальних закладів охорони здоров'я, розширення їх функціональних потужностей та інших капітальних видатків. Це дозволить органам місцевого самоврядування реалізувати послідовну політику щодо розвитку госпітальних округів на засадах мережевої координаційної взаємодії, бути ефективним власником закладів охорони здоров'я, запроваджувати прогресивні управлінські механізми в аспекті забезпечення гнучкого

реагування на виклики реалізації реформи охорони здоров'я на регіональному й локальному рівні. В цьому контексті доцільним є якомога повніше використання потенціалу міжмуніципального співробітництва через адаптивну реалізацію таких його форм як: укладання договорів щодо делегуванням виконання окремих завдань з передачею відповідних ресурсів; реалізації спільних проєктів, що передбачає координацію діяльності та акумулювання ресурсів; спільне фінансування закладів охорони здоров'я комунальної форми власності, а також супутніх інфраструктурних об'єктів; утворення територіальними громадами спільних закладів охорони здоров'я, супутніх інфраструктурних об'єктів в рамках єдиного медичного простору.

Серед завдань розвитку госпітальних округів, для реалізації яких доцільним є використання інструментарію міжмуніципального співробітництва, слід виокремити: розвиток дорожньої, транспортної інфраструктури, зв'язку для забезпечення доїзду й консультативного супроводу; формування парку автомобілів швидкої допомоги, обладнаних найновішим устаткуванням; придбання сучасного високотехнологічного медичного обладнання для комунальних медичних закладів; матеріально-технічне оснащення закладів охорони здоров'я, що підлягають перепрофілюванню.

Акцентування уваги на активному використанні форм міжмуніципального співробітництва формує передумови забезпечення ефективного функціонування госпітальних округів через підвищення об'єктивізації спільних інтересів територіальних громад та їх спільної відповідальності, спроможності, ініціативності. Для надання імпульсу цим процесам та їх органічного включення в перелік заходів, закріплених нормативними документами розвитку госпітальних округів, важливим є вироблення дієвих механізмів інформаційного, консультативного, методичного супроводу органів місцевого самоврядування щодо налагодження співробітництва в питаннях розвитку спеціалізованої медичної допомоги з боку регіональних органів управління.

Госпітальний округ є своєрідним інституційним середовищем скоординованого, партнерського, інтегрованого вироблення органами місцевої влади управлінської моделі забезпечення адаптивного до специфіки регіону розвитку спеціалізованої та екстреної медичної допомоги населенню.

В основу побудови такої управлінської моделі доцільно закласти міжсекторальний підхід, як спосіб відкриття і реалізації нових можливостей вирішення назрілих проблем. Значимість такого підходу підтверджується тим, що у новій європейській політиці, викладеній у програмі Європейського регіонального бюро ВООЗ «Здоров'я 2020: основи європейської політики на підтримку дій держави та суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя» [10], налагодження міжсекторальної взаємодії визначено одним з головних завдань.

Міжсекторальний підхід має закласти підґрунтя для проникнення цілей і завдань розвитку охорони здоров'я у всі види регіональної і локальної політик, побудови структури госпітальних рад та визначення засад їх діяльності, комплексного вирішення проблем охорони здоров'я населення регіону з врахуванням прояву соціальних, економічних, екологічних, інфраструктурних чинників, досягнення синергетичного ефекту при ресурсному забезпеченні реалізації проектів у сфері охорони здоров'я.

Забезпечення конструктивності міжсекторальної управлінської взаємодії між владою, бізнесом і громадськістю щодо вироблення і реалізації стратегії розвитку госпітальних округів актуалізує необхідність ефективного використання механізмів публічно-приватного партнерства, залучення до розробки прогнозних і програмних документів фахівців дотичних міжвідомчих структур, експертів науково-дослідних установ, представників громадських організацій, засобів масової інформації та самого населення.

В контексті підвищення якості та доступності медичних послуг доцільним є розвиток і ширше використання потенціалу таких форм взаємодії органів влади та громадських інституцій як: консультації з громадськістю; залучення представників громадськості до складу госпітальних рад; участь громадських організацій у розробці проектів в рамках реалізації стратегії розвитку госпітальних округів; громадські експертизи і моніторинги; громадські слухання; інформаційні запити до органів влади тощо.

В процесі міжсекторальної співпраці щодо розвитку госпітальних округів важливим є орієнтація всіх її суб'єктів на активну участь у реалізації базових функцій вироблення управлінських механізмів, а саме: регулятивної – вироблення важелів і способів стимулювання

налагодження та регулювання відносин між суб'єктами взаємодії у процесі вирішення завдань розвитку охорони здоров'я; превентивної – реалізація можливостей співпраці щодо запобігання прояву можливих загроз та ризиків при виробленні і реалізації стратегічних цілей розвитку госпітальних округів; інтегративної – об'єднання ресурсів на засадах партнерства при реалізації проектів розвитку; діагностичної – виявлення і представлення інтересів та можливостей суб'єктів міжсекторальної співпраці та ідентифікація проблем, що потребують першочергового вирішення; інноваційної – пошук і запровадження інноваційних технологій в контексті досягнення мети створення госпітальних округів.

2.8. Ресурсне забезпечення функціональної діяльності закладу охорони здоров'я

Серед різних аспектів діяльності закладів охорони здоров'я будь-якого профілю важливе місце посідає ресурсне забезпечення та створення належних умов праці. Відомо, що результативність профілактичної та лікувально-діагностичної роботи лікарів та середнього медичного персоналу визначається не тільки рівнем їхньої компетентності, знань і умінь, ставленням до своїх функціональних обов'язків, а й рівнем матеріально-технічного забезпечення, технологічної оснащеності медичного закладу, в якому вони працюють, належними умовами праці.

Отже, ресурсне, у т.ч. матеріально-технічне, технологічне, інформаційне забезпечення закладів охорони здоров'я є одним з визначальних критеріїв, який врешті-решт визначає якість медичних послуг. Важливим завданням менеджменту закладу охорони здоров'я є постачання та забезпечення функціонування необхідного медичного обладнання, апаратури, засобів комунікації, збереження і передачі інформації, забезпечення та своєчасне поповнення інструментарію, розхідних матеріалів, ліків та виробів медичного призначення, інвентаря, господарчих товарів тощо [1-2].

У сучасних умовах управління ресурсним забезпеченням медичних послуг дозволяє зробити процес їхнього використання більш раціональним, орієнтованим на підвищення результативності, ефективності діяльності закладу охорони здоров'я. Це сприяє посиленню конкурентоспроможності медичних закладів на ринку праці. Система управління ресурсним забезпеченням медичних послуг у закладах

охорони здоров'я спрямовується на підтримку його в належному стані та переведення в якісно новий стан [3].

Безумовно, само по собі належне ресурсне забезпечення не гарантує високої якості послуг та відповідного стану здоров'я пацієнтів, які одержали медичні послуги в такому закладі. Проте без належного матеріального ресурсу закладу охорони здоров'я усі інші складові якості медичної допомоги не зможуть дати бажаного результату [4]. Отже, наявність матеріально-технічної та інформаційної бази, що відповідає сучасному рівню розвитку медичної науки і вимогам нормативних документів зі стандартизації, у т.ч. положенням уніфікованих клінічних протоколів – необхідна умова забезпечення якості медичних послуг [5].

За етимологічною суттю термін «ресурси» (фр. *ressource* – допоміжний засіб) трактується як основні елементи потенціалу організації, які має в розпорядженні система і які використовуються для досягнення конкретних цілей економічного розвитку [6]. З латини термін ресурси перекладається («добре бути» і розглядається як засіб запуску процесу будь-якої діяльності [7]. Тлумачать ресурси як кошти, цінності, запаси, можливості, джерела коштів, доходів [8]. З економічної точки зору ресурсами є сукупність факторів, які безпосередньо чи опосередковано беруть участь у процесі виробництва або надання послуг [9, с. 268]. У широкому розумінні ресурсами вважають матеріальні та інформаційні об'єкти, джерела і передумови отримання необхідних людям матеріальних і духовних благ, які можна використовувати при існуючих технологіях та соціально-економічних відносинах [9, с. 268]. Дерев'янка Ю.М. вважає, що під категорією «ресурс» варто розуміти будь-яку субстанцію, що здатна завдяки своєму енергоінформаційному потенціалу задовольняти потреби людства (у тому числі будь-яких відкритих стаціонарних систем) [10, с. 164]. М.А. Французова визначає ресурси як «все те, що використовують економічні суб'єкти для досягнення поставлених цілей та завдань і задоволення власних потреб зовнішнього середовища» [11]. Б. Вернерфельт трактує ресурси як матеріальні і нематеріальні активи, які на відносно постійній основі пов'язані з даною організацією [12]. К. Хелфаті і М. Петераф розглядають ресурси як актив або вхід у виробничий процес (матеріальний або нематеріальний), якими володіє організація, який вона контролює або має доступ на відносно постійній основі [13]. Також, ресурси виступають

фактором внутрішніх резервів розвитку організації при умові їх ефективного використання. Це дозволяє забезпечити не лише потреби організації, але й потреби суспільства в цілому (рис. 1.1).

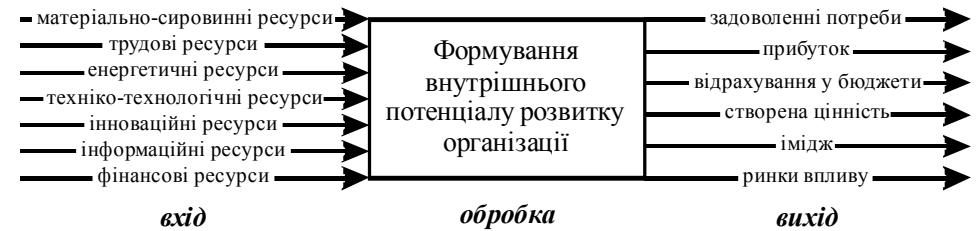


Рис. 1. Процес перетворення ресурсів у процесі діяльності організації

Примітка: наведено за [14]

Значення ресурсного забезпечення полягає у своєчасному задоволенні потреб закладу охорони здоров'я. А. Полянська наголошує на тому, що «значення та вплив ресурсів на ефективність роботи організації визначається роллю, яку відіграє ресурс для досягнення цілей, можливостями його заміни, рівнем впливу ціни на окремі ресурси та оцінюється системою показників, що характеризують ефективність використання ресурсів організації та визначають їх вплив на кінцеві результати діяльності» [14].

Термін «забезпечення» словник з української мови визначає як постачання чогось у достатній кількості, задоволення певних потреб, створення умов для здійснення чого-небудь, гарантування чогось, захист, охорона кого-небудь, чого-небудь від небезпеки [15, с. 19]. В літературі існує безліч підходів до розуміння ресурсного забезпечення. Окремі із них представлені в табл. 1.

Таблиця 1

Трактування поняття «ресурсне забезпечення» окремими авторами	
Автор/джерело	Пропоноване визначення
М. Французова	система інституційних елементів, необхідних для розподілу й перерозподілу ресурсів господарюючими суб'єктами [11]
Т. Безверхнюк	система державних заходів, спрямованих на створення матеріальних, правових, інституційних умов перетворення елементів ресурсного простору в засоби досягнення цілей [16]

Автор/джерело	Пропоноване визначення
А. Мельник, О. Оболенський, А. Васіна, Л. Гордієнко	сукупність ресурсів, що використовуються чи можуть використовуватися організацією для здійснення своєї діяльності [17]
А. Чорна	процес пошуку, залучення та використання різних видів ресурсів; складна система, яка включає в себе сукупність послідовних, взаємопов'язаних етапів, систематизованих до цих завдань методик, методів, моделей, які дають можливість обґрунтувати, вибрати спосіб ресурсного забезпечення та оцінити ефективність обраного способу [18]
О. М. Кремінь	сукупність певних видів ресурсів (матеріальних, технологічних, трудових, фінансових, інформаційних, інтелектуальних) і джерел їх формування, що беруть безпосередню участь у процесах розвитку підприємства або можуть бути мобілізовані з метою забезпечення широкомасштабного використання його потенційних можливостей та переходу до якісно нового стану [19]
В. Алькема, Т. Пазеева	комплекс заходів забезпечення підприємства ресурсами відповідного виду та складу, що включає механізми пошуку, отримання, зберігання, накопичення, планування, обліку, використання та витрат [20]
І. Сокових	сукупність ресурсів доступних господарському суб'єкту, які можуть бути включені в процес виробництва в різних комбінаціях, що визначаються технологіями з врахуванням прогнозних змін умов господарювання [21]

Примітка: узагальнено автором на матеріалах [11-21]

Здійснення ресурсного забезпечення ґрунтується на наступних принципах: 1) автономність – можливість повністю забезпечити діяльність організації ресурсами; 2) безперервність – забезпечення ритмічності діяльності організації; 3) відповідність – наявні ресурси мають забезпечити виконання поставлених цілей і мети; 4) адаптивність (гнучкість) – реагування на зміни і вплив факторів зовнішнього і внутрішнього середовища; 5) плановість – має здійснюватися з урахуванням певної складеної програми розвитку в організації; 6) цілеспрямованість – ресурси мають залучатися тільки на досягнення поставлених завдань і виконання поставлених цілей і задач функціонування; 7) ресурсозбереження – ощадливе використання ресурсів, які не підлягають відтворенню, використання енергозберігаючих технологій.

Важливим при розгляді питання ресурсного забезпечення є дослідження структури ресурсного забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я. За визначенням А. Чорної, ресурсне забезпечення – це

сукупність видів ресурсів, що є специфічними способами їх взаємозв'язку і взаємодії, направленими на досягнення поставлених цілей організації [18, с. 93].

Існує багато класифікацій видів ресурсів, які використовуються закладами охорони здоров'я. Узагальнивши наявні підходи [22-24], виділимо наступні види ресурсів: 1) матеріальні ресурси – включає основні засоби і обігові активи організації; 2) технологічні ресурси – використовувані технології та особливості організації діяльності організації, динамічність технологічних змін, інновацій, наявність конкурентоспроможних ідей та наукових розробок; 3) трудові ресурси – люди, здатні до праці, становлять основний елемент продуктивних сил суспільства, оскільки саме вони сполучають засоби і предмети праці, і в результаті трудових зусиль створюється готова продукція; 4) фінансові ресурси – це грошові кошти, що знаходяться в розпорядженні організації; 5) інвестиційні ресурси – сукупність матеріальних і нематеріальних ресурсів, які використовуються інвестором у процесі їх вкладання в об'єкти інвестування з метою отримання прибутку або досягнення соціального ефекту [41, с. 75]; 6) нематеріальні ресурси – це частина потенціалу організації, яка дає економічну вигоду протягом тривалого періоду та має нематеріальну основу отримання доходів, до яких належать об'єкти промислової та інтелектуальної власності, а також інші ресурси нематеріального походження; 7) просторові ресурси – приміщення й території організації, наявність і стан комунікацій, можливість їх розширення, місцезнаходження і розташування організації, наближеність до транспортних шляхів; 8) інформаційні ресурси – інформація, доступ до неї, можливість розширення інформації і підвищення її ймовірності та інше; 9) час – є специфічним і, на відміну від інших, не відновлюваним ресурсом, який не можна купити, відновити, повернути; 10) природні ресурси – компоненти природи, які використовуються або можуть бути використані як предмети споживання і як засоби праці; 11) правові ресурси – законодавчі акти, прийняті державними органами влади, розроблені нормативно-правові і науково-методичні документи (положення, правила, норми, інструкції, рекомендації, характеристики тощо); 12) ресурси організаційної структури управління – характер та гнучкість керівної системи, способи підпорядкування, обсяги повноважень та відповідальності, швидкість проходження керівних впливів.

Структура ресурсного забезпечення для кожної організації є індивідуальною, виходячи зі специфіки галузі, в якій вона функціонує, рівня економічного розвитку, стану потенціалу розвитку, вибраної стратегії подальшого розвитку [25]. Але загалом ресурсне забезпечення діяльності організації підпорядковується основному закону її розвитку, який сформований наступним чином і може мати відповідний аналітичний запис (формули 1, 2, 3): кожна матеріальна система прагне досягнути найбільшого сумарного потенціалу при проходженні всіх етапів життєвого циклу:

$$R_j = \sum_{i=1}^n (R_{ij}); \quad (1)$$

$$K_j = F_j(K_{j+1}, \dots, K_m); \quad (2)$$

$$\sum_{i=1}^m (K_j \times R_j) \rightarrow R \max \quad (3)$$

де R_j – потенціал системи на етапі j життєвого циклу;

R_{ij} – потенціал (ресурс) системи в сфері i (економіка, політика, фінанси) і на етапі j ;

K_j – ваговий коефіцієнт впливу кожного попереднього потенціалу етапу на наступні;

F_j – функція цього впливу;

$R \max$ – заплановані результати по конкретних видах діяльності;

$i = \overline{1; n}$ – сфери діяльності організації;

$j = \overline{1; m}$ – етапи життєвого циклу організації.

Система ресурсного забезпечення закладу охорони здоров'я – це комплекс управлінських рішень, які направлені на мобілізацію необхідних ресурсів з метою їх перетворення на готову медичну послугу або медичну допомогу.

Для більш точного розуміння системи ресурсного забезпечення діяльності закладу охорони здоров'я слід розглянути детально основні структурні елементи даної системи (рис. 2). Основними ресурсами закладу охорони здоров'я є трудові, матеріальні, інформаційні, земельні, фінансові, технологічні тощо. В залежності від сфери діяльності, розміру, мети, вибраної стратегії розвитку заклад охорони здоров'я формує необхідних ресурсний портфель для забезпечення її ефективного розвитку.

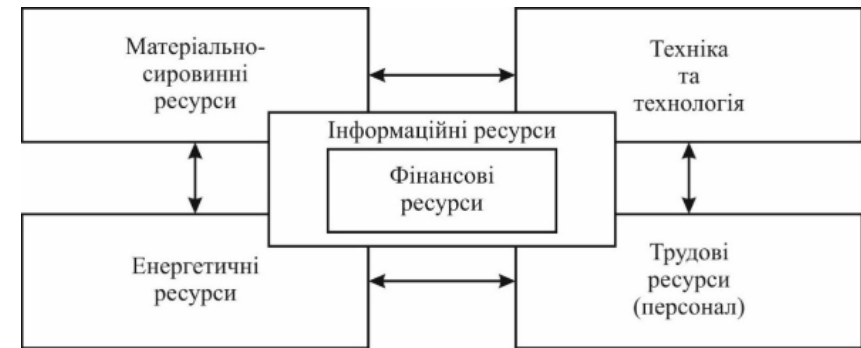


Рис. 2. Принципова схема структури та взаємозв'язку ресурсів закладу охорони здоров'я

Примітка: адаптовано автором на основі [26]

На рис. 2 фінансові та інформаційні ресурси займають центральне місце, оскільки пов'язують інші ресурси і в деякій мірі можуть їх замінити. Розглянемо процес управління в розрізі чотирьох основних підсистем ресурсного забезпечення: матеріальної, фінансової, кадрової та інформаційної.

Управління матеріальними ресурсами відбувається на засадах логістичного підходу, який забезпечує раціональну інтеграцію організацій-замовників матеріально-технічних ресурсів з джерелами ресурсного забезпечення за принципами аутсорсингового постачання. Управління трудовими ресурсами направлено на розробку концепції, стратегії кадрової політики і методів управління людськими ресурсами. Управління фінансовими ресурсами включає в себе забезпечення стабільних та життєво-важливих фінансових потоків, пошук зовнішніх джерел фінансування за умови необхідності та оптимізації структури капіталу. Важливими для організації є інформаційні ресурси адже застосування нового інформаційного курсу може спричинити дії радикального характеру, підвищити продуктивність праці, поліпшити використання інших ресурсів тощо.

З метою формування ефективної системи ресурсного забезпечення закладу охорони здоров'я в межах загальної системи менеджменту має бути створена дієва підсистема управління ресурсним забезпеченням, яка в кінцевому результаті забезпечить загальне підвищення ефективності її діяльності.

На рис. 3 представлений системний підхід до управління ресурсами закладу охорони здоров'я.



Рис. 3. Система управління ресурсним забезпеченням діяльності організації

Примітка. Наведено за [28, с. 152]

Відповідно до рис. 3, основними чинниками впливу на процес ресурсного забезпечення є зовнішні та внутрішні процеси функціонування закладу охорони здоров'я. Основними функціями управління ресурсним забезпеченням є: аналіз, контроль, моніторинг, прогнозування, планування та мотивація. Визначальними критеріями

управління є раціональне використання ресурсів, оптимізація ресурсних витрат, впровадження енерго- та ресурсозберігаючих технологій, мінімізація ризику завдяки побудові ефективного механізму управління ресурсним забезпеченням.

Управлінню системою ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я притаманні такі властивості, як: безперервність, циклічність, залежність ефективності управління від послідовності його етапів, динамічність і стійкість.

Отже, ефективне управління ресурсами повинно включати наступні етапи:

- 1). виявлення та формулювання мети та завдань управління ресурсами закладу охорони здоров'я, що має бути вирішення за допомогою використання минулого досвіду і наявних даних;
- 2). прийняття управлінського рішення щодо використання ресурсів і його виконання;
3. аналіз результатів прийнятого рішення з погляду можливих способів його модифікації чи зміни, а також урахування його результатів у процесі нагромадження досвіду, який може бути застосований у майбутньому [27, с. 186].

Підсумовуючи викладене вище, слід підкреслити, що необхідною умовою розвитку вітчизняних організацій є вибір оптимальної структури ресурсного забезпечення для ефективної роботи в умовах динамічних змін, що відбуваються у зовнішньому середовищі. Можна виділити наступні напрямки поліпшення діяльності організації на основі вдосконалення управління його ресурсним потенціалом: зменшення витрат на ресурсне забезпечення діяльності організації шляхом їх раціонального використання; уникнення непотрібних (економічно недоцільних) напрямків діяльності, що вимагають залучення додаткових ресурсів; створення конкурентних переваг на основі пошуку та вибору такої структури ресурсного забезпечення, що найбільш повно дозволить використовувати внутрішній потенціал розвитку організації.

Разом з тим, необхідною умовою ефективного використання наявних ресурсів є їх інтенсивне використання, що базується на впровадженні передових досягнень науково-технічного прогресу, застосуванні нових технологій, підвищенні рівня освіти і кваліфікації працівників, поліпшенні форм і методів організації діяльності, економічній

витраті людських, фінансових і природних ресурсів тощо. Розвиток на основі інтенсифікації передбачає підвищення ефективності діяльності організацій на основі раціонального використання всіх ресурсів, що базується на застосуванні найефективніших засобів і предметів праці, кваліфікованої робочої сили, передових форм і методів організації праці, зростаючої інформованості про найновіші досягнення науково-технічного прогресу.

2.9. Зарубіжні моделі реформування менеджменту лікувально-профілактичних установ та можливості їх адаптації в умовах національної економіки

Враховуючи історичну, ментальну та соціально-економічну близькість в процесі дослідження моделей реформування менеджменту лікувально-профілактичних установ для України є цікавим досвід Польщі, зокрема щодо формування сучасного менеджменту управління людськими ресурсами.

У Польщі функціонує понад 900 лікарень. Приблизно 70% з них є публічними закладами (90% від загальної кількості ліжок). Систематично зростає кількість приватних лікарень, які, як правило, є невеликими, мають 1-3 відділи, що орієнтовані на високоприбуткові медичні процедури. Ці суб'єкти домінують у групі невеликих закладів (до 150 ліжок), що становлять близько 50% усіх лікарень в Польщі [10, с. 42].

Обидві групи закладів діють в одних і тих же ринкових реаліях та виконують аналогічні функції. Однак їх ситуація зовсім інша. Публічні лікарні, на відміну від приватних, зобов'язані надавати повний спектр медичних послуг, що також означає необхідність надання багатьох збиткових послуг. Для публічних лікарень були «зарезервовані» складні медичні процедури, частина яких – це лікування ускладнень після операцій, проведених у приватних закладах. Умови функціонування публічних лікарень (включаючи відмінності між публічними та приватними особами) представлені в таблиці 1.

Ситуацію аналізованої групи закладів в Польщі можна коротко підсумувати так: «Публічні лікарні генерують найбільші втрати та становлять дуже серйозну проблему для публічних фінансів. Важко говорити про реформування публічної системи охорони здоров'я в умовах надання економічно вигідних медичних процедур приватними

суб'єктами та залишення публічних структур зі збільшенням портфеля фін сово затратних процедур» [10, с. 42-43].

Таблиця 1

Вибрані чинники, що диференціюють становище публічних та приватних лікарень у Польщі

Публічні лікарні	Приватні лікарні
Виконання повного спектру медичних процедур, у тому числі вкрай невідгідних	Зосередження на вигідних медичних процедурах
Складне або неможливе втілення ідеї «двох черг, тобто одночасного надання тих самих процедур безкоштовно (на основі договору з Національним фондом здоров'я) та у вигляді плати	Можлива реалізація ідеї «двох черг», тобто одночасне надання тих самих процедур безкоштовно (на основі договору з Національним фондом здоров'я) та у вигляді плати
Стандартне соціальне переконання, що публічна охорона здоров'я функціонує гірше, ніж приватна охорона здоров'я	Добре сформована соціальна думка, що приватні особи функціонують краще, ніж публічні
Великий вплив окремих професійних груп, особливо медичних	Помірне або незначне лобювання окремих професійних груп
Велике втручання з боку зацікавлених сторін, включаючи політичне середовище	Невелике втручання з боку зацікавлених сторін, включаючи політичне середовище
Збереження проявів старої соціально-економічної системи в сферах організаційної культури, надмірної адміністрації, значної зайнятості в окремих професійних групах, підтримки несучасної, затратної інфраструктури, надмірних витрат на персонал, негативних практик	Немає обтяжень наслідками попередньої соціально-економічної системи – нові суб'єкти організовані раціонально з економічної точки зору
Усі спроби впровадження внутрішніх змін викликають великий інтерес суспільної думки	Відносно менший інтерес до суспільної думки до впровадження змін
Можливість покриття негативного результату з боку керівного органу (наприклад, місцевого самоврядування) та фінансової підтримки з боку суспільних партнерів; доступ до публічних коштів	Відсутність публічного управління, важкий або неможливий доступ до публічних субсидій (без урахування так званих фондів ЄС)

Примітка: побудовано з використанням [10, 17].

Особам, що працюють у публічних лікарнях, доводиться стикатися не лише з важкими умовами праці, але і з певним соціальним одіумом, що впливає на цю групу осіб. У свідомості багатьох пацієнтів публічний (державний, комунальний) означає «гірший». Предметом прагнення є

можливість лікування в приватному закладі. Важко не погодитись із твердженням, що «приватна медична допомога стала одним із найбажаніших «бонусів» у Польщі, що часто впливає на рішення працівників про зміну роботи або перебування у даного роботодавця» [16, с. 266].

Управління людськими ресурсами – це сфера управління, яка займається людським чинником в організації. Це і дисципліна управлінської науки, й сфера практичної діяльності [13, с. 306]. Термін «управління людськими ресурсами» (разом із його численними модифікаціями та варіаціями) має величезну кількість визначень, огляд яких може бути предметом не однієї дисертації [8]. Не вдаючись до складних міркувань, припустимо, відповідно до класичної праці Майкла Армстронга, що управління людськими ресурсами – це «стратегічний і цілісний підхід до управління найціннішими активами організації, тобто людьми, зайнятими в ній, які індивідуально і колективно сприяють досягненню цілей організації» [1, с. 89]. Слід сказати, що управління людськими ресурсами має бути різним у різних організаціях, залежно від сектора та галузі, в якій працює організація, форм власності, розміру, місця розташування та цілого ряду інших факторів, як внутрішніх, так і зовнішніх. Однак ключовим залишається те, що сутністю діяльності в цій сфері повинно бути досягнення цілей, поставлених організацією. Стосовно публічних лікарень дуже складним завданням є чітке визначення мети функціонування. Це пов'язано з тим, що «... лікарня – це зовсім інший тип підприємства, ніж ті, що працюють в інших галузях економіки» [12, с. 203]. Зважаючи на ці міркування, виникає питання – найважливіше для формування системи охорони здоров'я – про цілі медицини. Завдання щодо визначення цих цілей взяли на себе представники чотирнадцяти країн (Англії, Чилі, Китаю, Чехії, Данії, Іспанії, Нідерландів, Індонезії, Німеччини, Словаччини, Швеції, Угорщини, Італії та США), в яких були сформовані робочі групи, що складаються з експертів, які представляють професії, важливі для системи охорони здоров'я: лікарі, адвокати, біоетики, спеціалісти з охорони здоров'я. В результаті багаторічної роботи був опублікований звіт (оприлюднений вперше в 1996 р.), автори якого погодилися, що сучасна медицина повинна прагнути до досягнення чотирьох ключових цілей:

1. Охорона здоров'я. У доповіді відхилено визначення здоров'я, сформульоване у 1947 р. Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), згідно з яким «здоров'я – це хороший фізичний, психічний та соціальний стан, а не лише відсутність хвороби чи втрати працездатності». Автори обговореного документа вважали це твердження не лише нереальним, а навіть шкідливим. Досягти повного добробуту у переважній більшості випадків є неможливим, але такі формулювання сприяють пробудженню надмірних очікувань, медикалізації життя та збільшенню витрат на охорону здоров'я до рівня, що загрожує крахом бюджету навіть найбагатшої країни. У цьому звіті здоров'я було визначено більш реалістичним способом як відсутність більш серйозних захворювань і пов'язана з цим здатність індивіда функціонувати у вибраному соціальному та робочому середовищі, а також можливість досягнення життєвих цілей [7, с. 42].

2. Полегшення болю і страждань, викликаних захворюваннями. Автори звіту нагадують, що ця мета є одним із найдавніших обов'язків лікаря; ми можемо вже знайти його у працях античних авторів. У сучасній медицині цей обов'язок іноді ігнорується. Дослідження, проведені протягом декількох років у п'яти університетських клініках США, показали, що 50 % свідомих пацієнтів, які померли в лікарнях, відчували, за даними їхніх сімей, помірний чи сильний біль в половині часу помирання [20, с. 43]. У Польщі питання полегшення страждань є занедбаним. Діяльність, яка проводиться в цій галузі, є часто формальною, а іноді навіть пропагандистською. Можна так оцінити, наприклад, акцію надання деяким лікарням титулу «Лікарня без болю», припускаючи, що це розкішна послуга, доступна лише у вибраних лікувальних закладах [21, с. 66]. З міркувань охорони здоров'я страждання зазвичай пов'язані з фізичним болем. Не менш серйозним, як нагадують автори звіту, є психологічні страждання – обов'язок його полегшення також повинен стати одним із пріоритетів.

3. Догляд за пацієнтами, яких неможливо вилікувати. Захоплення можливостями сучасної медицини не повинно затьмарювати її представникам того факту, що догляд та опіка за деякими пацієнтами повинен стати пріоритетом. Слід пам'ятати, що «турбота – це не просто прояв співпереживання та готовності до розмови з пацієнтом. Це також здатність розмовляти та слухати, це певні типи соціальної підтримки, необхідні для допомоги пацієнтам та їх сім'ям у вирішенні широкого

спектру немедичних проблем, які зазвичай супроводжують хворобу» [7, с. 44]. Автори звіту приділяють багато уваги реабілітації, визнаючи її як форму медицини, яка знаходиться між лікуванням та турботою. Вони підкреслюють, що завдання реабілітації, залежно від потреб конкретного пацієнта, надзвичайно різноманітні – від відновлення повної придатності до уповільнення дегенеративних процесів. Також в цьому останньому аспекті реабілітаційні заходи повинні розглядатися як одна з важливих цілей медицини.

4. Забезпечення умов для гідного вмирання. У доповіді зазначається, що сучасна медицина зробила смерть «не меншою, а складнішою проблемою» [7, с. 46]. Варто повернутися до найпростіших цінностей і згадати відомі століттями характерні риси мирної смерті, які Калланган в одній зі своїх праць описав так: а) під всебічним та комплексним доглядом професійно підготовлених кадрів: лікарів, медсестер, психологів, духовенства, волонтерів; б) без болю і страждань – це питання тісно пов'язане з постулатом, обговореним у пункті 2; в) в оточенні близьких людей – без почуття самотності, яке наповнює багатьох пацієнтів страхом, більшим, ніж сам факт закінчення життя [4].

Управління людськими ресурсами в публічній лікарні повинно служити визначеним вище цілям. Це означає необхідність враховувати специфіку роботи людей, зайнятих у лікарні. До найбільш важливих чинників, що формують ці особливі умови, належать: постійна відповідальність за життя та здоров'я інших людей; вирішення критичних ситуацій (страждання, смерть); рішення дилеми, пов'язаної з процесом діагностики та вибором терапевтичної процедури (у випадку лікарів); неможливість передбачити значну частину завдань у поєднанні з цілодобовою готовністю їх виконувати; низька толерантність до неоднозначності та помилок; накопичення завдань, що вимагають як високого ступеня незалежності, так і надзвичайно високої здатності до роботи в команді; труднощі в оцінці наслідків реалізованої діяльності; подвійне (клінічне та адміністративне) підпорядкування значної частки працівників [9].

Чотири групи суб'єктів відіграють головну роль в управлінні людськими ресурсами: працівники, менеджери різних рівнів, відділ кадрів та вищий менеджмент. Спробуємо проаналізувати найважливіші проблеми, пов'язані з кожною із перелічених сутностей в процесі реалізації менеджменту лікувально-профілактичних закладів в Польщі.

1. Працівники. Складність діяльності у сфері управління людськими ресурсами в публічних лікарнях значною мірою пояснюється тим, що в цих закладах працюють представники багатьох професійних груп. Найважливіші з них будуть розглянуті нижче.

1.1. Лікарі. Відповідно до чинного законодавства, диплом лікаря отримується після закінчення шестирічного навчання в закладі вищої освіти, з якого останній рік передбачає практику в медичному закладі. Щоб отримати право займатися професією, потрібно також пройти тринадцятимісячну післядипломну практику та пройти т.зв. ПЕК (підсумковий медичний іспит). Наступним етапом зазвичай є п'ять-шість років навчання в процесі професійної роботи, що дозволяє отримати звання лікаря-спеціаліста. До 1999 року в Польщі діяла двоступенева система спеціалізації – спеціалізація першого ступеня (яка охоплює 40 базових спеціалізацій) та спеціалізація другого ступеня (охоплює 28 конкретних спеціалізацій). Зараз у складній модульній системі включено 77 спеціалізацій. Складні та трудомісткі процедури означають, що процес отримання звання лікаря-спеціаліста триває кілька років. У професійній групі лікарів слід виділити наступні посади: лікар-інтерн (він має професійне звання лікаря); молодший асистент лікаря (має медичне звання та складений підсумковий медичний іспит); лікар-асистент або лікар-спеціаліст (має медичне звання та звання спеціаліста або закінчив спеціалізацію першого ступеня); старший спеціаліст або старший асистент (має медичне звання та звання спеціаліста або закінчив спеціалізацію 2-го ступеня); завідуючий або ординатор відділення, закладу або лабораторії (має професійне звання лікаря та звання спеціаліста або спеціаліста 2 ступеня в галузі медицини, сумісний з профілем відділення або пов'язаний з ним) [10, с. 42].

1.2. Медсестри та акушерки. Процес навчання (здобуття професійної кваліфікації, права займатися професією та подальшими ступенями спеціалізації) медичних сестер та акушерки настільки ж складний, як і навчання лікарів. Досить згадати, що у випадку з медсестрами спеціалізація охоплює один з 15 основних напрямків, тоді як для акушерів – один з чотирьох. Наступний рівень професійного розвитку – це кваліфікаційний курс в одному з 21 напрямів у випадку з медсестрами та в одному з чотирьох у випадку з акушерками. До посади, яку займають представники обговорюваної професійної групи, належать: практикуюча медсестра / акушерка; медсестра / акушерка;

старша медсестра / акушерка; фахівець медсестра / акушерка; молодший асистент у галузі медсестринства / акушерства; асистент у галузі медсестринства / акушерства; старший асистент у галузі медсестринства / акушерства; медсестра / акушерка, яка координує та контролює роботу інших; медсестра / акушерка; спеціаліст з епідеміології або гігієни та епідеміології; головна медсестра / акушерка. Зайняття кожної з цих посад підлягає виконанню ряду вимог, детально регламентованих Розпорядженням міністра охорони здоров'я від 16 грудня 2013 року про перелік галузей медсестринства та галузей, що застосовуються в сфері охорони здоров'я, в яких можуть проводитися курси спеціалізації та кваліфікації.

Управління професійною групою лікарів, медсестер та акушерок повинно враховувати такі чинники: тривалий процес набуття професійної кваліфікації; обмежені можливості просування в організаційній структурі (для лікаря посада завідуючого відділенням є останнім етапом професійної кар'єри в лікарні); визнання (майже виключно) повноважень осіб, що належать до однієї професійної групи; невелика кількість медичного персоналу в Польщі (крім акушерок), порівняно з країнами з аналогічним рівнем розвитку [9, с. 91].

1.3. Інші працівники. Лікарі, медсестри та акушерки – найчисленніші професійні групи в публічних лікарнях. Крім них, в сфері основної діяльності працюють представники багатьох інших професій, таких як: фельдшер, психолог, трудотерапевт, фармацевт, логопед, фізіотерапевт, масажист, аудіофіл, арттерапевт, електрорадіолог, інструктор терапії наркозалежних, дієтолог, лаборант-діагност, слуховий лаборант, діабетологічний педагог, вихователь лактації, фахівець з популяризації здоров'я, медичний опікун, медичний диспетчер, соціальний працівник, гігієніст, медичний статист, оператор газових і парових стерилізаторів тощо. Велику групу становлять також господарські працівники, включаючи електриків, електромеханіків, зварювальників, токарів, консерваторів технічного обладнання, кухарів, охоронців, носіїв, гардеробних тощо. До групи адміністративних, технічних та економічних працівників входять, серед інших юридичні консультанти, бухгалтери, касири, спеціалісти з інформаційних технологій, спеціалісти з охорони праці, бібліотекарі, інструктори терапії праці, референти, архівісти, секретарі тощо. Професійне розмаїття працівників публічних лікарень супроводжується відмінністю

їхнього становища на ринку праці. Формування мотиваційних систем, які широко розглядаються як найважливіша функція управління людськими ресурсами, стає надзвичайно важким завданням. Традиційні методи мотивації працівників в умовах, коли «представники однієї професійної групи за один робочий день досягають рівня доходу, аналогічного щомісячній зарплаті працівників інших професійних груп» [10, с. 78] втрачають свій сенс.

2. Керівники різних рівнів. Марек Сучар визначає безпосереднього начальника як природного союзника у розвитку професійної кар'єри працівника [18]. Важко уявити завдання менеджера важливіше, ніж турбота про розвиток підлеглих. Тут важливо вибрати правильний стиль управління. Відповідно до концепції ситуаційного лідерства Кеном Бланшардом, цей стиль повинен бути адаптований до рівня компетентності, яку має працівник. Відповідно до образної термінології, яку застосовує К. Бланшард, можна назвати чотири етапи розвитку працівників:

Захоплений дебютант. На цьому етапі співробітник тільки починає займатися заданим типом завдань. Йому не вистачає майстерності, але зазвичай він сповнений ентузіазму та відданості. Найважливішим обов'язком керівника є тоді надавати підлеглим точні вказівки. Як пише К. Бланшард: «Керівник повинен дати точні вказівки та контролювати функціонування працівника у новій ролі, приділяючи особливу увагу його результатам. Навчання та показ на конкретних прикладах того, як досвідчені працівники працюють, здійснюють діяльність в умовах низького ризику, є оптимальним способом ставлення до захопленого новачка» [2, С. 78].

Розчарований учень. На цьому етапі працівник вже має певний досвід виконання конкретних завдань. Зазвичай вони виявляються складнішими, ніж він спочатку вважав. Є певне розчарування. У цій ситуації найбільш підходящі дії – це консалтинг, а саме фокусування на діалозі та врахування пропозицій працівників. Керівник повинен продовжувати надавати рекомендації та контролювати хід виконання, але також важливо залучати підлеглого до прийняття рішень щодо того, як виконувати роботу. Формування самооцінки у працівника стає ключовим питанням – керівник повинен показати, що він вірить у можливості підлеглого.

Грамотний, але обережний практик. Він є працівником, який вже

добре виконує свої щоденні обов'язки, його вміння на високому рівні; проблема полягає в тому, що він сам не дуже вірить у це. Його ставлення часто змінюється: одного дня він відчуває, що може впоратися з усіма завданнями, а другого дня його переймають серйозні сумніви. Мудрий керівник знає, що підтримка є найбільш відповідним стилем управління на цьому етапі. Керівник повинен бути поруч, щоб підтримати працівника за необхідності. Однак він не повинен давати йому прямих вказівок, а вміло ставити запитання, щоб переконатися, що працівник сам напрацює відповідний хід дій.

Незалежний експерт. Якщо процес набуття компетенцій є правильним, працівник досягає найвищого рівня компетентності як незалежний експерт. У цьому випадку найбільш ефективним стилем керівництва є делегування. Як підкреслює К. Бланшард: «Цей стиль дозволяє працівнику брати на себе відповідальність за власну роботу, тобто приймати рішення, що виникають внаслідок щоденного функціонування та вирішення проблем. Завдання керівника – в цей момент показати впевненість у ефективності самопрацюючого працівника та мотивування його, шляхом надання йому вільної руки» [2, С. 80]. Фахівці з управління людськими ресурсами підкреслюють, що делегування завдань приносить багато переваг, серед яких: зміцнення організаційної культури, ставлення до працівників як до творчих, відданих та відповідальних осіб; створення партнерських відносин між начальством та підлеглими; надання можливості керівникам відмовитися від ролі супервізора та судді, ставши доброзичливим консультантом та радником; розвиток почуття відповідальності працівника за власний професійний розвиток.

Класичні принципи управлінської поведінки, викладені вище, повинні бути адаптовані до умов роботи лікарні. Це правда, що делегування завдань є важливою управлінською функцією, але її потрібно застосовувати з обережністю в цьому типі організації. Пошук золотієї середини між підтримкою розвитку працівників, підвищенням їх незалежності та забезпеченням повної безпеки для кожного пацієнта є однією з головних проблем, з якими стикаються особи, які виконують обов'язки безпосередніх керівників цієї групи закладів.

3. Відділ персоналу. У переважній більшості публічних лікарень роль відділу кадрів зводиться до адміністративних функцій [6, с. 160]. Такий підхід суперечить сучасному способу здійснення кадрової функції, який підкреслює, що працівники зазначеного осередку

відіграють величезну роль у формуванні управління людськими ресурсами, незалежно від сфери, в якій працює організація.

Уейн Брокбанк та Дейв Ульріх виділяють 29 функцій, які виконують фахівці з персоналу, в тому числі роль внутрішнього консультанта, довіреного персоналу, спеціаліста з компетентності, експерта в галузі методів та інструментів управління, вихователя, посередника, координатора, постачальника послуг, експерта з побудови відносин, експерта з вирішення проблем [3, с. 207]. Підсумовуючи, вони поєднують ці ролі в п'ять основних груп:

Стратегічний партнер. Працівники кадрових підрозділів переконують, що всі заходи, пов'язані з працівниками, утворюють узгоджене ціле. Вони є виробниками змін; виявляють проблеми в організації, опрацьовують методи їх вирішення та представлення дій на майбутнє. Вони зосереджені на допомозі організації досягти її стратегічних цілей.

Розробник людського капіталу. Як зазначають В. Брокбанк та Д. Ульріх, термін «капітал» походить від латинського *caput*, що означає «голова». Це можна віднести до головної цінності організації, якою є люди. Діяльність розробника включає все, що стосується підвищення професійного потенціалу людей, зайнятих в організації.

Функціональний експерт. Ця роль заснована на чотирьох стовпах. Перший стовп – це можливість спростити складні види діяльності та перетворити їх на повсякденну діяльність. Другий стовп полягає у створенні цілого ряду можливих рішень на основі знання теорій та моделей, що застосовуються в інших установах. Третій стовп складається з контактів з окремими організаційними підрозділами та розробки рішень, адекватних їх спеціальним потребам. Четвертий стовп – це визначення загальної політики та напряду діяльності персоналу, що підтримує стратегію, яка реалізується організацією.

Омбудсмен працівника – ще одна важлива роль відділу кадрів. Його суть визначається такими словами: «Турбота про працівників, вислуховування їх та відповідь на їхні потреби залишається одним із стовпів роботи фахівців з кадрових ресурсів. Ця роль вимагає співпереживання з працівниками – слухати те, що вони говорять, розуміючи їхні занепокоєння та сумніви, при цьому ставити себе в ролі керівників та надавати працівникам поради щодо того, що вони повинні зробити, щоб досягти успіху. Омбудсмени працівників повинні бути

відкритими та дбайливими, і в той же час розуміти та передавати різні точки зору» [3, С. 208].

Керівник HR. Як відомо, головна особливість лідерів – надихати інших діяти. Щоб зробити це можливим, методи та інструменти управління персоналом, які використовуються у відділі кадрів, повинні бути прикладом для наслідування для всіх організаційних підрозділів. Добір та підбір, професійна адаптація, навчання, відносини керівника та підлеглих, спілкування між членами команди та всі інші елементи, що складають ефективну кадрову політику, повинні бути в цьому відділі, який характеризується найвищою, навіть ідеальною якістю.

Важливість кадрових спеціалістів (добре підготовлених до виконання своїх функцій) важко переоцінити. Однак їх завдання не можуть полягати у наданні допомоги безпосередньому начальнику, але повинні зосереджуватися на підтримці та координації управління людськими ресурсами в організації. Необхідна гармонійна співпраця обох сторін; чітке визначення обов'язків та зон відповідальності. Слід чітко встановити, що становить сферу фахівця з персоналу, що – безпосереднього керівника, а що – сферу спільної діяльності. Регулювання цих питань важливе для належного функціонування будь-якої організації. Однак у лікарнях це особливий виклик через вже згаданий феномен «подвійного» службового підпорядкування значної частки персоналу.

4. Вище керівництво організації. Функціонування організації визначається насамперед рішеннями, що приймаються вищим керівництвом. Що б не було сказано (справедливо) про те, що всі працівники створюють організаційну культуру розвитку, роль цієї групи людей залишається провідною.

Тадеуш Олексин серед ключових компетенцій, які повинні характеризувати людей, які займають найвищі посади в організації, перелічує: здатність ефективно формувати місію, бачення та стратегію організації; здатність формувати оптимальні відносини між організацією та зовнішнім середовищем; вміння підбирати потрібних людей для найважливіших посад в організації; можливість цілісного підходу до питань; вміння зосереджуватися на найважливіших питаннях; ефективність в дії [13, с. 106].

Основний критерій оцінки ефективності керівників вищого рівня зазвичай визначається як підвищення ефективності організації. Що стосується директорів лікарень, то ця оцінка є надзвичайно важкою.

Потрібно було б врахувати низку факторів, на які ця група менеджерів впливає дуже мало. Варто згадати, наприклад, такі фактори, як: потенціал даного закладу, типи відділень, які його складають, метод оцінки окремих груп впроваджених медичних процедур, історичні та соціальні умови, що впливають на бачення лікарні в очах мешканців.

З точки зору директора лікарні, найбільшим викликом у сфері управління людськими ресурсами є раціоналізація зайнятості (як за кількістю працівників, так і за структурою їх посад). Однак досвід керівників, які взялися за це завдання, не є обнадійливим. Ціль, яку слід виконувати своїми діями, часто «перестає бути, наприклад, під тиском службового лобі на керівний орган і плавно замінюється ціллю збереження статусу. У той же час, однак, у разі невдачі первісної цілі існують очевидні причини звільнення керівника, який не справляється. Таким чином, ціль, яку поставив керівний орган і якій переслідує керівник, може, через опір змінам всередині організації, в якийсь момент виявитися двограним мечем для керівника закладу. Як результат, менеджер часто залишається повністю самотнім у своїй діяльності. Протягом багатьох років існує приказка в галузі охорони здоров'я, що директора легше звільнити (замінити), ніж порт'єра» [10, с. 32-33].

Завдання вищого керівництва – приймати рішення, що формують стратегію управління людськими ресурсами в організації. Ці дії потребують довгострокової перспективи. Як підкреслював Т. Олексин, керівник вищого рівня потребує «поглиблених знань про організацію, включаючи історію та поточний статус; знання людей, структур, сильних і слабких сторін, можливостей та загроз» [13, с. 107]. Призначення наступного директора лікарні після декількох місяців виконання цієї функції попередником, важко вважати раціональним.

Як показує досвід Польщі, публічна лікарня є специфічною організацією. Однак ця специфіка не може виправдати неефективність управління, але повинна стати поштовхом до розробки адекватних методів, процедур та інструментів. Шукаючи їх форму, треба пам'ятати, що «охорона здоров'я – це складна і різноманітна система, яка покращує її функціонування, вона не може повністю покладатися на ринкові механізми. Система в змозі досягти економічного рівноваги» [15, с. 9]. Тож слід відхилити прості приписи – копіювання рішень, що використовуються в бізнес-організаціях, не працюватиме. Підхід до того, що лікарню називатимуть компанією, пацієнта – клієнтом, а лікаря

– постачальником послуг, – це не вираз сучасності, а доказ глибокого нерозуміння суті функціонування цієї групи лікувальних закладів.

Управління людськими ресурсами в публічних лікарнях вимагає змін – твердження, яке не підлягає сумніву. Однак вони повинні здійснюватися продуманим чином з урахуванням вище описаних цілей публічних лікарень. Шукаючи оптимальних рішень, слід критично проаналізувати досвід інших країн; знання вирішення проблем, яке використовується там, де охорона здоров'я працює краще, ніж у нас є необхідним [12, с. 13]. Варто також дотримуватися практики, яку застосовують керівники управління людськими ресурсами в медичних установах, що працюють у Польщі [5]. Натхнення слід шукати і в інших, навіть віддалених підрозділах публічного сектору, які за останні роки розробили цілий ряд цінних рішень для впровадження необхідних змін (у тому числі комерційних процесів) у неприбуткових організаціях.

Професор Анджей Щеклік у своїй праці «Катарсис» згадує слова Франческо Петрарки, який стверджував, що якщо взяти тисячу людей, які страждають на одне захворювання, і покласти половину з них у руки лікарів, а половину залишити на власну долю, то останні мають більше шансів вилікуватися [19]. Просування медицини зробило ці слова застарілими. В даний час переважна більшість пацієнтів, які звертаються до лікаря, можуть очікувати одужання або хоча б значного полегшення свого дискомфорту. Для вирішення цього виклику необхідно виконати низку умов. Одним із ключових є належне управління людськими ресурсами в публічних лікувально-профілактичних закладах, які є місцем допомоги людям, які страждають від серйозних станів погіршення здоров'я.

Зарубіжний досвід менеджменту лікувально-профілактичних установ є неоціненним для України в процесі реалізації системної реформи охорони здоров'я, оскільки дозволить уникнути чужих помилок, адаптувати найкращі практики до вітчизняних реалій функціонування національної економіки.

РОЗДІЛ 3

МЕНЕДЖМЕНТ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ ТА ІНСТИТУТІВ СТРАХОВОЇ МЕДИЦИНИ

3.1. Публічний менеджмент державних фінансових гарантій медичного обслуговування

В процесі трансформації системи охорони здоров'я формуються нові підходи до ефективного управління фінансами галузі, відбувається синергетика бюджетної та приватної медицини, запроваджуються механізми грантрайтингу для фінансування новітніх розробок галузі.

У фінансовій підсистемі галузі відбувається перехід від оплати за лікарняні ліжка до системи, заснованої на сучасній моделі первинної медичної допомоги, яка заохочує пацієнтів вести здоровий спосіб життя, а також сприяє профілактиці та ранній діагностиці захворювань. Держава переходить від утримування мережі медичних закладів, які надають безоплатні послуги до стратегічної закупівлі послуг у цієї мережі. Медичні заклади перетворюються на автономні суб'єкти господарської діяльності, що отримуватимуть оплату за фактично надані ними медичні послуги.

Впродовж 2020 року всі заклади усіх рівнів надання медичної допомоги мають перейти на нову систему фінансування шляхом укладання договорів із Національною службою здоров'я України. В межах зазначених договорів Національна служба здоров'я України (розпорядник бюджетних коштів) діє в інтересах пацієнтів (платників податків) як третя сторона-платник, а заклад охорони здоров'я або індивідуальний лікар приватної практики виступатимуть як постачальники послуг [1]. Зміна моделі фінансування відбуватиметься паралельно із зміною інформаційно-аналітичного супроводу надання медичних послуг, які матимуть єдину інформаційну базу даних на кожного пацієнта, що з одного боку інтегруватиме всі медичні дані, а з другого – інтегруватиме дані щодо необхідних послуг в окремих районах, дозволить точно розраховувати тарифи та контролювати якість медичної допомоги.

Якщо на момент перетворення закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) на комунальне некомерційне підприємство, останнє не має можливості укласти договір із Національною службою здоров'я України, то в

умовах чинного бюджетного законодавства можуть бути застосовані наступні варіанти організації фінансування перетвореного у комунальне некомерційне підприємство ЗОЗ: шляхом укладення договорів про медичне обслуговування населення, укладених відповідним розпорядником бюджетних коштів, шляхом фінансування з відповідного бюджету з використанням програмно-цільового методу (за бюджетною програмою), що передбачено Бюджетним кодексом України (БК), шляхом надання фінансової підтримки з місцевого бюджету.

Запровадження такої моделі взаємовідносин потребує надання державним та комунальним закладам охорони здоров'я (ЗОЗ) управлінської та фінансової автономії. З урахуванням найкращих світових практик, цю автономію передбачається забезпечити шляхом реорганізації, зокрема, перетворення таких ЗОЗ у повноцінні суб'єкти господарської діяльності – державні та комунальні некомерційні підприємства.

Здійснення фінансування за договором про медичне обслуговування населення передбачає вчинення наступних кроків [2]:

1. Визначення місцевою (обласною чи районною) радою або радою, що представляє об'єднану територіальну громаду (ОТГ) органу, відповідального за забезпечення інтересів територіальної громади у медичній допомозі. При цьому необхідно враховувати вимоги ст. 89, 90 БК [8] України щодо розмежування видатків, які фінансуються з відповідного місцевого бюджету.

2. Під час ухвалення рішення про затвердження місцевого бюджету відповідна рада визначає розмір фінансування видатків на охорону здоров'я на відповідній території з урахуванням положень ст. 89, 90 БК України [8].

3. Місцева рада своїм рішенням наділяє орган, відповідальний за забезпечення потреби територіальної громади у медичній допомозі, повноваженнями виступати замовником закупівлі медичних послуг за договорами про медичне обслуговування населення. При цьому Замовнику надаються права головного розпорядника бюджетних коштів місцевого бюджету або розпорядника бюджетних коштів нижчого рівня. Указаним органом може бути відповідний структурний підрозділ місцевої державної адміністрації (департамент (управління, відділ) охорони здоров'я або виконавчого органу місцевої ради. 38 Ст. 22 ч. 4 БК України [8] передбачає, що головні розпорядники коштів

місцевих бюджетів визначаються рішенням про місцевий бюджет відповідно до пунктів 2 і 3 частини другої цієї статті.

4. Вартість послуги з медичного обслуговування розраховується з урахуванням структури витрат, необхідних для надання такої послуги відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я. Методика розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування, перелік платних послуг з медичного обслуговування затверджуються Кабінетом Міністрів України.

5. Замовник укладає договір про медичне обслуговування населення з відповідним закладом охорони здоров'я без попереднього проведення процедури публічних закупівель³⁹. Заклад охорони здоров'я з яким розпорядник коштів укладатиме договір, має відповідати вимогам до закладів охорони здоров'я, встановлених Кабінетом Міністрів України.

6. Укладення договору має відбуватися в порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України. Типова форма такого договору також має бути затверджена Кабінетом Міністрів України.

7. Після укладення договору із ЗОЗ Замовник реєструє відповідні бюджетні зобов'язання в органах Державної казначейської служби.

8. Протягом строку дії договору Замовник і ЗОЗ щомісяця складатимуть акти про надані послуги відповідно до умов договору.

9. На підставі актів Замовник здійснює оплату наданих послуг через органи Державної казначейської служби.

10. Оскільки бюджетний період для всіх бюджетів триває один календарний рік, який починається 1 січня кожного року і закінчується 31 грудня того ж року, то кожного року процедуру укладення договору про медичне обслуговування населення необхідно проводити наново.

Здійснення фінансування з місцевого бюджету в рамках програмно-цільового методу (за бюджетною програмою) вимагає вчинення таких дій [2]:

1. Під час прийняття місцевого бюджету відповідна рада має передбачити можливість фінансування охорони здоров'я (або окремих напрямків надання медичної допомоги) через окрему бюджетну програму. За такою програмою можуть фінансуватися заходи із закупівлі медичного обладнання, лікарських засобів та інших витрат, що забезпечують здійснення лікувально-профілактичної (медичної) діяльності ЗОЗ.

2. Комунальне некомерційне підприємство – одержувач бюджетних коштів використовує надані йому головним розпорядником бюджетні кошти на підставі плану використання бюджетних коштів, що містить розподіл бюджетних асигнувань, затверджених у кошторисі розпорядника бюджетних коштів. Тобто, у разі фінансування медичної допомоги за рахунок місцевого бюджету, відповідний орган управління охороною здоров'я як розпорядник бюджетних коштів у своєму кошторисі передбачає суму витрат на закупівлю медичних послуг, яку виділила за бюджетною програмою місцева рада. Ці кошти за планом використання бюджетних коштів передаються комунальному некомерційному підприємству на безповоротній основі. Витратити зазначені кошти ЗОЗ має лише за цільовим призначенням, спрямовуючи свої зусилля на досягнення результативних показників відповідної бюджетної програми, визначених у її паспорті.

3. На підставі паспорта бюджетної програми та плану використання бюджетних коштів головний розпорядник реєструє в органах Державної казначейської служби бюджетні зобов'язання зі сплати на користь комунального некомерційного підприємства коштів за надані населенню послуги з надання медичної допомоги.

4. Щомісячно згідно з даними паспорта бюджетної програми комунальне некомерційне підприємство надає пакет документів на перерахування бюджетних коштів відповідно до програми і отримує ці кошти. Фінансування комунального некомерційного підприємства за бюджетною програмою передбачає можливість прогнозування на два наступні бюджетні періоди відповідно до ст. 21 БК України [8]. Тому кожного року ухвалювати відповідну бюджетну програму не потрібно. Обсяги фінансування за нею та правила фінансування можуть корегуватися кожного року з ухваленням нового бюджету.

Здійснення фінансування з місцевого бюджету шляхом надання фінансової підтримки вимагає вчинення таких дій [2]:

1. Під час прийняття місцевого бюджету відповідна рада має передбачити бюджетні кошти на фінансову підтримку комунальному некомерційному підприємству – ЗОЗ. Ці кошти можуть надаватися для різних цілей:

1.1. Для виконання заходів програми соціально-економічного розвитку відповідної території (територіальної громади).

1.2. Для покриття збитків, пов'язаних із господарською діяльністю комунального ЗОЗ через недостатнє фінансування (дотація на покриття збитків).

1.3. Для здійснення капітальних видатків, наприклад, оновлення чи закупівлю основних засобів, здійснення капітального ремонту тощо.

2. Затвердження місцевою радою порядку використання відповідних коштів із визначенням головного розпорядника (відповідний структурний підрозділ місцевої державної адміністрації або виконавчий комітет місцевої ради), а також одержувача цих коштів (комунальне некомерційне підприємство – ЗОЗ).

3. Затвердження у кошторисі головного розпорядника бюджетних коштів розподілу бюджетних асигнувань, що містять суми, виділені на підтримку комунального некомерційного підприємства.

4. Головний розпорядник за погодженням із комунальним некомерційним підприємством затверджує план використання бюджетних коштів на підставі кошторису розпорядника бюджетних коштів. Тобто орган охорони здоров'я у своєму кошторисі передбачає суму витрат на підтримку комунального некомерційного підприємства, яку виділила за бюджетною програмою місцева рада. Ці кошти за планом використання бюджетних коштів передаються комунальному некомерційному підприємству на безповоротній основі.

5. Відкриття рахунків, реєстрація, облік зобов'язань та проведення операцій, пов'язаних із використанням бюджетних коштів здійснюється відповідно до Порядку казначейського обслуговування місцевих бюджетів, затвердженого Міністерством фінансів України (Наказ від 23.08.2012 року № 938). Фінансування комунального некомерційного підприємства здійснюється за скороченою класифікацією видатків бюджету. При цьому цільове використання коштів, визначене планом використання бюджетних коштів, не може бути порушене. За наявності потреби кошти можуть бути перерозподілені за поданням головного розпорядника на підставі рішення місцевої ради. Як правило, вказані кошти можуть використовуватися на фінансування витрат з оплати праці, нарахувань на оплату праці, оплату комунальних та інших послуг тощо.

Слід додати, що фінансування реорганізованого ЗОЗ за бюджетні кошти може також відбуватися за механізмом, який поєднує фінансування за бюджетною програмою, фінансову підтримку або

укладення договору про медичне обслуговування населення.

Фінансування у формі позабюджетних коштів може здійснюватися у формі [4, с. 178]: обов'язкового відшкодування витрат на лікування і реабілітацію хворих за рахунок фізичних і юридичних осіб, винних у хворобі або травмі, а також оплати комунальних послуг, амортизації медичного обладнання та інвентарю, підтримки санітарно-технічного стану; повного відшкодування витрат на лікування потерпілих при виробничих травмах і профзахворюваннях за рахунок засобів власника виробництва; відшкодування витрат при лікуванні та реабілітації потерпілих від автодорожніх травм; добровільних пожертвувань та внесків; гуманітарної допомоги; надання платних послуг (лікувальних, діагностичних, реабілітаційних, оздоровчих, соціальних, додаткових, немедичних); договорів із підприємствами, установами й організаціями; добровільного страхування окремих громадян і колективів; здавання в оренду неживаних територій, будівель і приміщень, прокат устаткування, медичної апаратури і автотранспорту; підприємницької діяльності, менеджерських дій та маркетингових послуг; інших джерел. Джерелом фінансування усіх платних послуг для працюючих можуть бути кошти підприємств, установ, організацій з будь-якою формою власності, спроможність страхових компаній та індивідуального страхування, добродійні фонди, кредити банків та інших кредиторів, кошти самих громадян та будь-які інші джерела фінансування, не заборонені законодавством України. Для соціально залежного населення (діти, інваліди, пенсіонери тощо) оплата медичних послуг може забезпечуватися за рахунок соціальних фондів або деяких благодійних фондів та ін.

Якщо первинна медична допомога вже півтора роки працює за новою моделлю фінансування, то спеціалізована тільки переходить на неї. Тому з квітня 2020 року в Україні запрацювала Програма медичних гарантій (ПМГ) саме для спеціалізованої медичної допомоги. Вона включає в себе 6 видів медичної допомоги: первинну, спеціалізовану амбулаторну, госпітальну, екстрену, паліативну та реабілітацію, а також реімбурсацію лікарських засобів. Це означає, що принцип «гроші йдуть за пацієнтом» запрацює на всіх рівнях медичної допомоги. Програму медичних гарантій реалізує Національна служба здоров'я України.

Одним із завдань трансформації системи охорони здоров'я є наближення стандартів підготовки медичних працівників до світових та

забезпечення компетентної медичної допомоги всім пацієнтам. З цієї метою змінилися і принципи фінансування медичної освіти та науки.

Із 2020 року починається запровадження нової моделі фінансування безперервного професійного розвитку (БПР). Якщо раніше кошти виділялися на утримання закладів та факультетів післядипломної освіти, то за новим принципом – «Гроші підуть за лікарями» – на ті освітні заходи, які цікавлять конкретних лікарів та покращують їх індивідуальну медичну практику.

У 2020 році трансформація БПР відбуватиметься за гібридною моделлю переходу до капітаційного фінансування: 50% коштів буде спрямовуватися для підвищення кваліфікації на інституційне фінансування закладів, а 50% коштів направляється на департаменти охорони здоров'я за КПКВК 2301090 для трансфертів на персоніфіковані виплати для лікарів із цільовим призначенням – БПР. Таким чином 71 905 лікарів отримають близько 141 млн. грн. фіксованих виплат за БПР, а для 50% відсотків тимчасово збережеться стара модель підвищення кваліфікації через систему закладів та факультетів післядипломної освіти. Капітаційні виплати будуть здійснюватися департаментами охорони здоров'я обласних державних адміністрацій відповідно до реєстру медичних працівників та реєстру медичних спеціалістів у порядку, окремо затвердженому МОЗ, як трансфертні персоніфіковані виплати на БПР лікарів [7].

З метою підтримки комунальних закладів системи охорони здоров'я, які не надають медичних послуг за програмою медичних гарантій, передбачено з 1 квітня 2020 р. нову субвенцію на здійснення підтримки окремих закладів та заходів у системі охорони здоров'я в обсязі 1,5 млрд. грн. [7].

Звичайно трансформацію фінансової моделі необхідно проводити з врахуванням кращого світового досвіду, про який уже згадувалося в першому розділі монографії. В сучасному світовому господарстві склалося кілька моделей фінансування ЗОЗ за надані медичні послуги [3, 5].

Скандинавські країни (Фінляндія, Данія, Ісландія, Норвегія, Швеція) свою модель фінансування побудували на фіскальній складові. Загальна кількість населення цих країн становить близько 25 млн. людей. Основним джерелом фінансування систем охорони здоров'я цих країн є податки з фізичних та юридичних осіб. Більшість ЗОЗ –

громадські заклади, що знаходяться у власності регіональних або місцевих органів влади. Існує єдина база даних щодо аспектів функціонування систем з охорони здоров'я кожної з цих країн. Оплата за надані медичні послуги та, відповідно, фінансування ЗОЗ ґрунтується на системі оплати за випадок захворювання у лікарнях за принципом діагностично споріднених груп.

У Данії оплата за такий вид лікування розподілена наступним чином: приблизно 87% вартості оплачують бюджети місцевих органів влади, 13% – центральні. Кожен рік між відповідними представниками цих рівнів влади проходять переговори, під час яких визначають ставку цільових місцевих податків та розмір відповідних центральних субсидій, що, в свою чергу, розподіляються на загальні (всі випадки амбулаторного лікування) або цільові (на оплату конкретних випадків). Не останню роль у фінансуванні амбулаторного лікування відіграють місцеві громади (комуни). Їх діяльність ґрунтується на принципах благодійності або «підкування» про своїх членів. Надання амбулаторної допомоги у 20% випадків здійснюють лікарі загальної практики, які отримали від місцевих органів влади окремий дозвіл на роботу на «локальному ринку медичних послуг». Принципи обчислення вартості медичних послуг полягають у наступному: 30% коштів – фінансування на кожну людину, решта – «плата за послуги»: вартість консультацій, у т.ч. телефоном і на дому, лабораторних обстежень, процедур, понаднормові години роботи медичного персоналу, проведення суспільних та соціально значущих профілактичних заходів. Тарифи узгоджуються з Асоціацією лікарів та місцевими органами влади на два роки.

Цікавим є досвід фінансування Прибалтійських країн. У Литві створені відповідні державні територіальні фонди, які оплачують стаціонарне лікування хворих. Джерелами їх фінансування є муніципальні чи територіальні бюджети та цільові асигнування Міністерства фінансів. В основу вартості окремого виду лікування спочатку було покладено систему оплати за кожен день перебування хворого в спеціалізованих відділеннях. Але, враховуючи недоліки цього методу було запроваджено систему оплати стаціонарного лікування, тривалість якого перевищує 4 дні. Лікувально-діагностичні та профілактичні послуги було розділено на категорії, було встановлено

вартість кожної залежно від нозології, віку пацієнта та статусу ЗОЗ. «Стандартну» вартість обстеження та лікування хворого з окремою нозологією оплачує територіальний фонд. Якщо вартість перевищує зазначену межу, різницю компенсують з інших джерел, наприклад, страхові компанії чи сам хворий. В Естонії запроваджено систему медичного страхування здоров'я, що оплачує послуги стаціонару на основі кількості «ліжко-днів». Дана методика була дещо удосконалена. Так, вартість медичних послуг залежить від багатьох факторів: рівня спеціалізації клініки, наданих діагностичних послуг, суми вартості лікування окремих нозологій за добу, потужностей стаціонару (кількості ліжок). За деякі види лікування, наприклад, фізіотерапевтичні, оплата може здійснюватись за окремими преїскурантами.

У Франції наданням амбулаторної медичної допомоги можуть займатися: амбулаторії сімейного лікаря, відповідні відділення стаціонарів різних рівнів, поліклініки. При цьому пацієнт має право вибору ЗОЗ, а лікарі, за попередньою домовленістю між собою та місцевими органами влади, – територію обслуговування. Лікарям дозволено брати плату безпосередньо з пацієнтів. Існує конструктивна конкуренція між відповідними громадськими та приватними ЗОЗ. Основна роль в оплаті амбулаторних медичних послуг належить страховим компаніям та відповідним фондам (вони також оплачують стаціонарне лікування). Найбільш вагомими з них – Національна каса медичного страхування для найманих працівників – 80% страхових виплат, Спільний соціальний фонд для працівників аграрного сектору – 9%, Національна каса медичного страхування для тих, хто працює сам на себе – 6%, 11 професійно-орієнтованих фондів (для шахтарів, нотаріусів тощо) – 5%. У вартість амбулаторної медичної послуги включено оплату за візит лікаря (25% від усієї суми), за сестринський догляд та лабораторні дослідження (35%) та п'яту частину вартості лікування даної нозології у стаціонарних умовах (якщо таке можливе).

США є чи не єдиною серед розвинених держав, в якій медичне страхування не є обов'язковим. Її характерна повна свобода організації та розвитку ринку медичних послуг, у т.ч. амбулаторних. Серед ЗОЗ домінує приватний сектор. Державні програми з медичного страхування передбачені для людей похилого віку, малозабезпечених громадян, державних службовців, співробітників силових структур. Цікавим є те,

що праця лікаря в цій країні розподілена на складові – фізичні та психологічні зусилля, клінічний досвід, моральна компенсація, пов'язана зі стресом при виконанні роботи.

При будь-якій моделі фінансування ЗОЗ важливо правильно визначити вартість медичної послуги, щоб нівелювати необґрунтоване завищення її вартості. В основу розрахунку собівартості медичної послуги має бути покладено розрахунок собівартості медичної процедури, витрат на стаціонарне лікування окремих, сумарних витрат підрозділів ЗОЗ. Під медичною процедурою слід розуміти технологічно та організаційно відокремлену частину лікувального процесу, яка здійснюється одним або бригадою медичних працівників на одному робочому місці при незмінному складі засобів праці. З економічної та адміністративної точки зору медична процедура є основною одиницею обліку, планування, нормування витрат та основним елементом формування технологічної системи діагностики та лікування.

Собівартість витрат медичного підрозділу складають його поточні витрати за весь обсяг медичних процедур, які виконуються його співробітниками за певний звітний період.

Собівартість витрат лікувальної процедури складають сумарні (прямі та непрямі, постійні та змінні) витрати медичної установи за всі медичні послуги, які надаються в усіх підрозділах закладу за певний період. До прямих відносять витрати, безпосередньо пов'язані з наданням медичної послуги – вартість лікарських засобів, харчування хворих, вартість основних та допоміжних матеріалів (шприців, систем для інфузій, катетерів, зондів тощо), заробітна плата персоналу, залученого до виконання медичної процедури. Ці витрати можуть бути безпосередньо закладені у собівартість медичної послуги. Непрямі – витрати, які неможливо чітко віднести до вартості конкретного випадку надання медичної допомоги: утримання та експлуатація обладнання, у т.ч. немедичного призначення, адміністративні, загальновиробничі та загальногосподарські витрати. До змінних витрат відносять ті, абсолютна величина яких зростає пропорційно збільшенню обсягу наданих медичних послуг – закупівлі лікарських засобів, реактивів, виробів медичного призначення, медичної техніки та обладнання, а також заробітної плати медичних працівників (якщо вона буде залежати безпосередньо від виконаних ними медичних процедур), плати за електроенергію тощо.

Витрати, абсолютна величина яких, як правило, суттєво не залежить від обсягів медичної послуги є умовно-постійними. До них можна віднести витрати, пов'язані з адмініструванням та управлінням процесу «виготовлення» та надання медичних послуг – заробітна плата менеджерів та адміністраторів, немедичного персоналу. Поточні – це витрати, періодичність обігу яких менше одного місяця. Одноразовими є витрати, які здійснюються періодично (періодичність обігу більше місяця) і спрямовуються на забезпечення визначених видів діяльності ЗОЗ.

Для вдосконалення розподілу непрямих затрат В. Галайда виокремлює методи: групування, пропорційний, ступінчатий (покроковий метод), та взаємний розподіл (реципрокний, багатосторонній метод, метод лімітних рівнянь) [5].

Суть методу групування полягає у тому, що непрямі затрати усіх підрозділів ЗОЗ підсумовують та розподіляють між відділеннями, що надають медичні послуги. Це має полегшити процедуру формування їх кінцевої вартості. Дана методика характеризується простотою, але деякою неточністю, оскільки не враховує, що різні допоміжні відділення можуть надавати свої послуги клінічним відділенням у різній пропорції, тому вартість «продукції» останніх може бути необґрунтовано завищена або навпаки – занижена. Тому метод групування рекомендується застосовувати лише для оцінки процесу виробництва однорідного «товару або послуги», наприклад, у спеціалізованих клініках.

Метод пропорційного розподілу характеризується тим, що накладні затрати ЗОЗ одразу відносять на видатки відділень, що надають медичні послуги, згідно із визначеними критеріями. Наприклад, адміністративні видатки – по чисельності штату клінічного чи лабораторного підрозділу ЛПУ, вартість прання білизни – за чисельністю (вагою) комплектів для кожного відділення, послуги з ремонту техніки медичного чи немедичного призначення – за кількістю одиниць такої техніки в кожному відділенні тощо.

Метод ступінчатого розподілу зводиться до того, що розподіл непрямих видатків відбувається безпосередньо між підрозділами ЗОЗ, які забезпечують функціонування один одного. Іншими словами, різні відділення медичного закладу «виставляють один одному рахунки за надані послуги». Їх загальна сума визначає сумарні непрямі витрати ЗОЗ. Дана методика є більш точною та «індивідуальною», однак

складнішою та незручною для загальних підрахунків – вимагає ведення та вивчення великої кількості документів.

Метод багатостороннього розподілу схожий на попередній, але дозволяє додатково враховувати послуги, які підрозділи ЗОЗ надають для внутрішнього споживання.

В умовах модернізації підсистем фінансового забезпечення ЗОЗ завданнями їх фінансового менеджменту мають бути: курс на сучасний розвиток закладу, який відповідатиме викаткам п'ятого та шостого технологічних укладів; вчасне реагування на зміни ринку надання медичних послуг, нормативно-правової бази, економічної ситуації в державі; пошук додаткових джерел фінансування; ефективне та раціональне використання сил та засобів медичного закладу; адекватна оцінка роботи медичного персоналу та створення передумов їх фінансової зацікавленості в результатах праці.

Реформування системи фінансування ЗОЗ не можливе без запровадження нових підходів до бухгалтерського обліку, які визначають, насамперед, спеціалізація закладу та форма її власності. Бухгалтерські звіти підрозділів ЗОЗ мають бути складені за результатами діяльності кожного з відділень. В них має бути включено не тільки вартість надання лікувально-діагностичних та профілактичних послуг населенню клінічними відділеннями, а й витрати на забезпечення «внутрішніх» потреб установи. Останнє переважно стосується підрозділів, які забезпечують нормальний стан матеріально-технічної бази та технічний супровід її функціонування. На основі офіційних звітних фінансових документів доцільно розробити форми бухгалтерських звітів для внутрішнього користування, зміст яких був би викладений у зрозумілій для менеджерів та лікарського складу формі.

Зарубіжний досвід та розвідки вітчизняних науковців та практиків дозволяють обґрунтувати наступні додаткові джерела фінансування охорони здоров'я:

– обов'язкове медичне страхування, яке забезпечуватимуть страхові компанії, що мають ліцензію на здійснення відповідного виду медичного страхування. Ефективне медичне страхування вимагає створення страхових пулів (об'єднань) коштів для того, щоб перерозподілити ризик витрат на лікування (ризик страхового випадку) між якомога більшою кількістю застрахованих осіб. Тому обов'язкове медичне

страхування є надійною гарантією покриття додаткових витрат на лікування, не передбачених державним фінансуванням, у разі виникнення у населення потреби у них;

– добровільне медичного страхування. Така форма фінансування дає можливість забезпечити повну або часткову виплату коштів за надання медичних і медико-профілактичних послуг застрахованим особам, які мають певний рівень доходів, у разі розладів здоров'я відповідно до умов укладеного договору зі страховою компанією;

– кошти населення, залучені на умовах співплатежів, коли медичні послуги фінансуються за рахунок бюджетних ресурсів та ресурсів домогосподарств;

– ресурси фасиліті-менеджменту. Спеціалізований фасиліті-менеджмент зменшує витрати на утримання закладів охорони здоров'я з одночасним підвищенням якості обслуговування шляхом найму допоміжного персоналу (прибиральники, електрики, працівники їдальень тощо), а також за рахунок економії коштів при оптовій закупівлі витратних матеріалів, продуктів харчування, будівельних матеріалів. У такому разі всі непрофільні функції лікувально-профілактичної установи переводяться на аутсорсинг (повний аутсорсинг усіх непрофільних функцій або аутсорсинг окремих функцій шляхом укладення декількох договорів підряду).

– використання коштів накопичувальних фондів об'єднаних територіальних громад (ОТГ) для фінансування превентивних заходів. Впровадження ОТГпроектів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, що сприятимуть залученню приватних інвестицій у сектор охорони здоров'я;

– використання коштів благодійних фондів, благодійних внесків та пожертвувань юридичних і фізичних осіб передусім на впровадження новітніх форм та методів лікування;

– запровадження податків на продукти харчування з високим вмістом солі, транс жирів і напоїв з високим вмістом цукру та барвників, які завдають шкоди здоров'ю.

Реалістичність медичних реформ залежить від збільшення питомої ваги фінансування систем охорони здоров'я у ВВП, диференціації джерел фінансування галузі, що спритиме збереженню та примноженню потенціалу здоров'я та соціального потенціалу національної економіки.

3.2. Гарантії держави у наданні якісних медичних послуг

Гарантоване Конституцією України право громадян на отримання ефективного і доступного медичного обслуговування має забезпечуватися системою дієвих управлінських рішень, пов'язаних як з розвитком ринку медичних послуг, створенням і підтримкою високотехнологічної медичної інфраструктури, розширенням джерел фінансування та виробленням чітких і прозорих правил державного фінансування і підтримки сфери охорони здоров'я, так і з вирішенням питань підвищення якості медичної допомоги та організації дієвого контролю за процесами її надання. На сучасному етапі проблеми державного гарантування надання громадянам доступних якісних медичних послуг в повному обсязі є ключовою квінтесенцією здійсненої медичної реформи та прийнятих нормативно-правових актів, що регламентують діяльність закладів охорони здоров'я на ринку медичних послуг.

Важливість розв'язання проблеми надання медичних послуг належної якості обумовлена, також, необхідністю забезпечення реалізації програми медичних гарантій, встановлених Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [15], в якому одним із принципів державної політики визначено «забезпечення збереження і відновлення здоров'я населення шляхом надання медичних послуг та лікарських засобів належної якості» та, відповідно, дотримання права громадян на якісну медичну допомогу. Контрольні функції за дотриманням стандартів якості медичних послуг надавачами медичних послуг покладаються на Міністерство охорони здоров'я, яке систематично проводить аналіз результатів і ефективності надання медичних послуг, здійснює оцінку рівня задоволеності громадян якістю надання медичної допомоги, проводить моніторинг і прогнозування потреб населення в медичних послугах, відслідковує стан реалізації права громадян на якісну охорону здоров'я тощо.

В контексті розроблення державної політики у сфері забезпечення якості надання медичної допомоги важливе значення має змістовий контекст самого поняття якості. В науковій думці домінують декілька підходів до його інтерпретації, найбільш поширеними з яких є розуміння якості медичної допомоги як [2;1;12;24;21]:

– сукупності властивостей і характеристик, що вказують на їх здатність задовольняти встановлені або передбачувані вимоги пацієнтів,

а саме: знижувати ризик прогресувати, або виникнення нового захворювання; оптимально використовувати ресурси; гарантувати задоволеність;

– сукупності результатів профілактики, діагностики та лікування хвороб на основі встановлених вимог та використання досягнень медичної науки і практики;

– сукупності характеристик, спрямованих задовольняти потреби громадян в ефективному запобіганні захворюванням та їх лікуванні, підвищенні якості життя та збільшенні його тривалості;

– рівня досягнення достеменних цілей системи охорони здоров'я для поліпшення здоров'я громадян та вчасного реагування на причини виникнення проблем [2].

З точки зору вимог, що пред'являються до якості медичної допомоги її споживачами, медперсоналом та інвесторами, цікавими є дослідження американських вчених Medical Group Clinical Practice Improvement Process [28]. За їх визначенням пріоритетними характеристиками якості надання медичної послуги є:

– з боку пацієнтів – зацікавленість, ввічливість медичного персоналу; пом'якшення симптомів захворювання; функціональне поліпшення здоров'я;

– з боку медичного персоналу – відповідність наданої медичної допомоги сучасному технічному оснащенню, свобода дій в інтересах пацієнта;

– з боку інвесторів – ефективне використання наявних фондів охорони здоров'я, відповідне використання медичних ресурсів, максимальний внесок у зниження непрацевдатності.

На думку провідного фахівця в сфері менеджменту охорони здоров'я Донабедіана [30], якість медичної допомоги є сукупністю характеристик, що підтверджують відповідність наданої медичної допомоги наявними потребам пацієнта (населення), його очікуванням, сучасному рівню медичної науки і технології. Вчений, зокрема, виділяє такі основні характеристики якості медичної допомоги:

– результативність (effectiveness) – як зовнішня ефективність, яка вимірюється досягнення цілей закладу охорони здоров'я. Виміряти її можна відношенням досягнутого результату до максимально можливого, який ґрунтується на використанні досягнень науки і техніки в сфері медицини та суміжних наук;

– ефективність (efficiency) – як економічність, що характеризує раціональне використання ресурсів і відображає прагнення домогтися зменшення вартості медичної допомоги без зниження її результативності;

– оптимальність (adequacy) – як оптимальність співвідношення витрат на охорону здоров'я та отриманих результатів щодо поліпшення здоров'я;

– прийнятність (acceptability) – як відповідність наданої медичної допомоги очікуванням, побажанням та потребам пацієнтів;

– законність (legitimacy) – як відповідність законодавчо встановленим соціальним нормам, що виражаються в етичних принципах та правилах;

– справедливість та неупередженість (equity) – як відповідність принципам обґрунтованості і доступності медичної допомоги та надання законних пільг населенню.

За методологією Донабедіана, якість медичної послуги включає три базові компоненти: 1 – структуру (яким чином організована медична допомога?); 2 – процес (як надається допомога?); 3 – кінцевий результат (що відбувається зі здоров'ям пацієнта?) Дані взаємозв'язки між складовими якості медичної послуги за Донабедіаном проілюстровано на рис. 1.



Рис. 1. Компоненти якості медичної допомоги та їх зміст за Донабедіаном

Примітка. Складено за [30]

На думку багатьох вітчизняних вчених, якість медичної послуги можна охарактеризувати більш ширшим переліком показників, серед яких варто виокремити такі: [21;8]:

а) професійну компетенцію медичного персоналу, що включає: рівень їхніх навичок та вмінь, що реалізуються у процесі надання медичної послуги та медичного обслуговування, ефективність менеджменту закладів та роботи обслуговуючого персоналу;

б) доступність медичної послуги (економічну, територіальну, фізичну), тобто можливість безперешкодного надання медичної допомоги незалежно від економічних, географічних, соціальних, організаційних, культурних чи мовних чинників;

в) результативність лікування (надання медичної допомоги), що характеризується процесом поліпшення стану пацієнта або досягненням бажаного результату лікування;

г) міжособистісні відносини в процесі надання медичної допомоги: якість взаємодії між надавачами послуги та їх споживачами, а саме: між керівництвом та персоналом, медичними працівниками і пацієнтами;

д) ефективність лікувальної роботи, що проявляється у збалансованості можливостей забезпечення повного обсягу надання медичної допомоги та наявних ресурсів. Проблемою сучасного стану є постійно існуюча неузгодженість між потребою в допомозі та наявними ресурсами її надання;

е) безперервність медичної допомоги, коли пацієнт отримує необхідну йому медичну допомогу без перерви, припинення та зайвих повторень діагнозу або лікування;

є) безпека медичної послуги, ознаками якої є відсутність / обмеження ризиків інфікування, виникнення шкідливих побічних проявів, пошкоджень або інших втрат, що виникають в процесі надання медичної допомоги;

ж) комфортність лікування, що безпосередньо не відноситься до клінічної ефективності, але може позитивно вплинути на рівень задоволеності пацієнта якістю обслуговування. Комфортність залежить як від зовнішнього вигляду і чистоти всіх приміщень, обладнання та персоналу, так і заходів, що здійснюються для забезпечення комфорту і зручності пацієнта.

Загалом, медична допомога повинна бути надана з максимально

можливим ефектом (тобто її результати повинні максимально відповідати науково прогнозованим очікуванням), при цьому мати економічно обґрунтовану вартість, бути законною, відповідати очікуванням і потребам пацієнтів та інвесторів, розподілятися справедливо і бути доступною.

Огляд різних підходів до трактування якості медичної допомоги дозволив виокремити основні понятійні аспекти та узагальнити їх у вигляді зведеної таблиці 1.

Таблиця 1

Структурування змісту поняття «якість медичної допомоги» за критеріями

Критерій якості	Донате-ліан	Мак-свелл	Міністер-ство охоро-ни здоров'я, Сполучене королівство	Рада Європи, ВОЗ	Інститут медицини	Об'єднана комісія з акредитації у сфері охорони здоров'я
Ефективність	+	+	+	+	+	+
Економічність	+	+	+	+	+	+
Доступність	+	+	+	+		+
Безпека	+			+	+	+
Рівність	+	+	(+)		+	
Прийнятність	+	+		+		+
Вчасність			+		+	+
Реагування		+			+	
			Повага Вибір Інформація			Повага У центрі уваги – пацієнт
Задоволеність				(+)	+	
Поліпшення здоров'я	+			+		
Безперервність					+	

Примітка. Складено автором за [2;20.]

Отже, узагальнюючи вищенаведені визначення, якість медичної допомоги можна трактувати як зміст взаємодії медичного працівника та пацієнта, що ґрунтується на а) кваліфікації лікаря і його здатності упереджувати та знижувати ризик прогресування, наявного у пацієнта, захворювання, та виникнення нового патологічного процесу; б) здатності забезпечувати обґрунтовані потреби та очікування пацієнта

в рівні якості медичного обслуговування; в) оптимальному використанні ресурсів закладу.

Значення підвищення якості медичної допомоги полягає в тому, вона є детермінантом здоров'я нації. Вища якість завжди пов'язується із збільшенням витрат на охорону здоров'я, водночас, як стверджують науковці [4;8;11], існують суттєві можливості поліпшити якість за незначних витрат, передусім завдяки використанню світового досвіду і високого професіоналізму медичного персоналу.

Важливе значення в оцінюванні якості медичної допомоги має вимірювання її рівня. Процедура такого вимірювання включає:

- проведення досліджень з проблем наявності в медичному закладі таких вхідних ресурсів, як медичного спеціалізованого обладнання, лікарських препаратів, медичного персоналу, наявної інфраструктури;
- вимірювання клінічних процесів (характеру, змісту, форм та критеріїв взаємодії між медичним персоналом та пацієнтами). Для цього використовуються спеціальні методи, такі як: пряме спостереження; стандартизовані пацієнти; віньєтки (епізоди); інтерв'ю з надавачами медичних послуг; інтерв'ю з пацієнтами на виході з установи; аналіз та аудит діаграм перебігу хвороби; аналіз клінічних протоколів.

Якість медичної допомоги може бути визначена шляхом встановлення критеріїв якості. Такі критерії є синтезом двох рівнів – обов'язкового і бажаного. Обов'язковий критерій вказує на цільове призначення медичної допомоги, а саме, рівень, нижче якого медична допомога не може надаватися споживачу послуги. Бажаний рівень якості – це рівень, який обґрунтований результатами найкращої медичної практики та очікується споживачами, але через об'єктивні причини не може бути досягнутий в даний період, проте може практикуватися в окремих закладах охорони здоров'я. Бажаний рівень показує такий рівень якості медичної послуги, до якого необхідно прагнути і досягати, оскільки це дозволить підвищити якість медичної допомоги [6;18].

Рівень медичної допомоги, який повинен бути досягнутий для встановленого конкретного критерію якості може визначатися такими параметрами як: мінімальний; ідеальний; оптимальний, і вимірюватися у відсотках.

У науковій медичній практиці та експертних оцінках часто використовуються такі визначення, як належна і неналежна якість

медичної допомоги. Зокрема, з найбільш поширених визначень, під належною якістю медичної допомоги слід розуміють відповідність сучасним уявленням про її необхідний рівень і обсяг при певному типі патології з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта та можливостей конкретного медичного закладу та лікаря щодо надання такої допомоги. Неналежна якість медичної допомоги виникає при неможливості отримати певний рівень такої допомоги в достатньому обсязі для усунення патології з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта і можливостей спеціалізованого медичного закладу [21]. З метою градації рівня якості медичної допомоги на належну і неналежну, вимірюється якість окремих її складових, проілюстрованих на рис. 2.



Рис. 2. Критерії вимірювання належного рівня якості надання медичної допомоги

Європейське бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) для вирішення проблеми вимірювання якості медичної допомоги пропонує враховувати чотири її елементи [2]:

- 1) кваліфікацію медичного працівника;
- 2) оптимальність використання ресурсів медицини;
- 3) наявний ризик для пацієнта;
- 4) рівень задоволеності пацієнта від його взаємодії з закладом охорони здоров'я (ЗОЗ).

В практичній діяльності вітчизняних ЗОЗ основними якістю надання медичної допомоги найчастіше оцінюється за такими критеріями: доступність медичної допомоги; її економічність та ефективність; наступність; науково-технічний рівень; рівень дотримання технологічності медичної допомоги; рівень якості диспансеризації пацієнта; рівень якості діагностування; рівень якості лікувального процесу; рівень якості обстеження, профілактики та реабілітації; ступінь задоволення пацієнтів якістю отриманої медичної допомоги. Система критеріїв якості медичної допомоги проілюстрована на рис. 3.

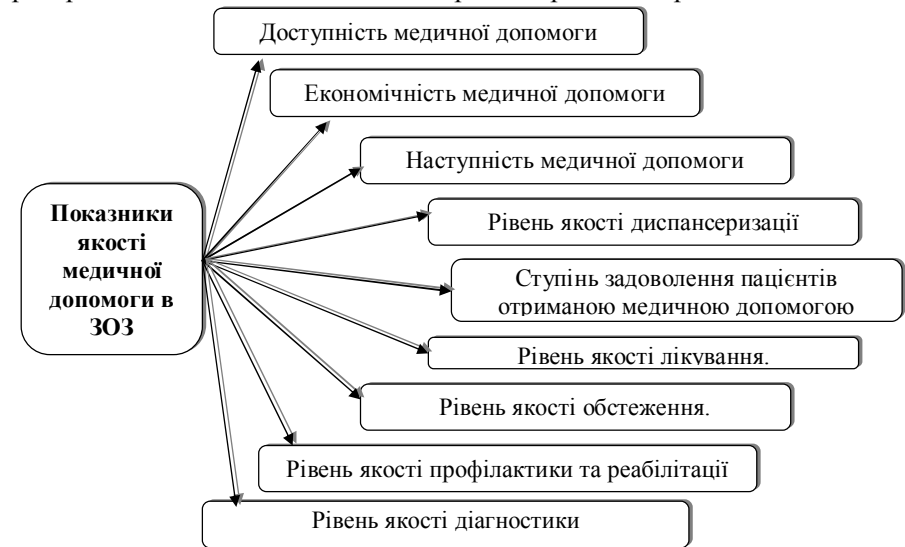


Рис. 3. Показники якості надання медичної допомоги

Як стверджують науковці [1] найважливішою характеристикою якісної медичної допомоги є «безпека для пацієнта поряд із своєчасністю, результативністю, економічною ефективністю, орієнтацією на потреби та оцінку пацієнта». Враховуючи динамічність поняття якості, а також, те, що непостійність якості є однією із специфічних ознак медичної послуги, необхідним є забезпечення комплексного підходу до оцінки характеристик її якості.

Одним із дієвих інструментів такого оцінювання є виявлення рівня задоволеності громадян якістю медичної допомоги, що реалізується шляхом проведення регулярних опитувань. Доцільним є визначення

переліку найбільш критичних для громадян показників, передусім таких як: кількість часу, який лікар приділяє під час прийому пацієнта; доступність пояснень лікаря з приводу захворювання та схеми його лікування; чистота та затишок у відділенні; якість і технологічність медичного обладнання, яке використовується для діагностики та лікування; знання та навички обслуговуючого медичного персоналу; дотримання процедури конфіденційності під час огляду та здійснення медичних процедур; чемність та ввічливість медперсоналу.

Тобто, можна резюмувати, що виявлення ступеня індивідуальної задоволеності пацієнта отриманою медичною допомогою є однією із базових складових гарантування якості наданої медичної послуги.

Актуальними на сьогодні залишаються питання постійного підвищення якості надання медичної допомоги. Згідно Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року [3], під безперервним підвищення якості розуміється прийняття комплексних заходів, спрямованих на покращання результатів діяльності системи охорони здоров'я загалом, постійну модифікацію та удосконалення цієї системи, впровадження практики орієнтації на обґрунтовані потреби і очікування громадян та впровадження світових стандартів надання медичної допомоги.

В практиці забезпечення постійного покращання якості можна виділити чотири базові принципи, на яких воно ґрунтується. Це: 1 – чітке визначення цілей поліпшення якості; 2 – розроблення, поширення та застосування найкращих медичних практик; 3 – постійна професійна самооцінка, самодіагностика та самонавчання; 4 – залучення пацієнтів до проектів підвищення якості.

Загалом, як свідчать наукові та практичні джерела, державна політика в сфері якості медичної допомоги має вибудовуватися в рамках настанови Всесвітньої організації охорони здоров'я, враховувати вимоги та очікування усіх інституцій системи охорони здоров'я та забезпечувати гармонізацію їх потреб і очікувань. В міжнародній практиці такими інституціями виступають: громадяни (пацієнти); роботодавці-підприємці; страхові організації; благодійні установи та пацієнтські організації; родичі пацієнтів; лікарі та медичний персонал; приватні клініки; громадська охорона здоров'я; фармацевтична і медична індустрія; аптеки; уряд та базовий регулятор; медичні наукові

установи; розробники програмного забезпечення охорони здоров'я та е-медицини.

Виходячи із завдань державного гарантування надання якісних медичних послуг, можемо виокремити три основні напрями їх реалізації:

1) розроблення та впровадження у практику надання медичних послуг медико-технологічних документів (далі – МТД). До їх переліку входять: адаптовані клінічні настанови; стандарти медичної допомоги для найбільш актуальних медичних проблем; нові клінічні протоколи медичної допомоги; уніфіковані клінічні протоколи тощо;

2) побудова дієвих систем (моделей) управління якістю в закладах охорони здоров'я відповідно до вимог і рекомендацій міжнародних стандартів ISO 9000 та критеріїв якості ВООЗ;

3) вироблення чітких технологій та процедур контролю за якістю надання медичної допомоги, в т.ч. клінічного аудиту.

За першим підходом актуалізуються питання створення відповідних світовим вимогам стандартів медичних послуг. В сучасних умовах до стандартизації таких послуг висуваються вимоги щодо задоволення потреб громадян в безпечних та якісних медичних послугах; впровадження нових прогресивних технологій в медичній практиці; раціоналізації витрат на охорону здоров'я та надання платних медичних послуг; сприяння конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я та видів медичної допомоги на ринку медичних послуг.

В перелік медичних стандартів, що унормовують питання забезпечення якості та безпеки медичної допомоги, законодавство України включає [9]: стандарти медичної допомоги (медичний стандарт); клінічні протоколи; таблиць матеріально-технічного оснащення; лікарський формуляр; інші норми, правила та нормативи, що регулюють діяльність у сфері охорони здоров'я. Дотримання вимог стандартів є обов'язковим для всіх закладів охорони здоров'я, а також для фізичних осіб-підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної практики. Загалом, призначення медико-технологічних документів полягає в тому, що стандарт медичної допомоги містить критерії для здійснення контролю за діяльністю системи охорони здоров'я на всіх рівнях управління, а також акредитації закладів охорони здоров'я. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги та новий клінічний протокол медичної допомоги визначають вимоги до

структури, процесу та результату медичної допомоги і містять індикатори для клінічного аудиту. Система стандартизації медичної допомоги в Україні проілюстрована на рис. 4.



Рис.4. Система стандартизації медичної допомоги в Україні

Примітка: складено за [18;19]

Чинним законодавством встановлюються базові вимоги до змісту

медичних стандартів, а саме, вони повинні: по-перше, бути чіткими та вимірюваними; по-друге, ґрунтуватися на доказах і враховувати вимоги клінічних настанов; по-третє, бути написаними простою мовою; по-четверте, зосереджуватися на клінічних питаннях та містити організаційні фактори, що впливають на якість медичної допомоги; по-п'яте, регулярно переглядатися, оновлюватися та обговорюватися з представниками громадськості безпосередньо у процесі їх розроблення; по-шосте, бути актуальними, досяжними та такими, що створюють потенціал для розвитку сфери охорони здоров'я загалом [6;18].

Структурно, стандарт медичної допомоги включає такі базові елементи:

- заголовок (в якому відображається сфера діяльності, на яку стандарт фокусується);
- положення стандарту (в даній частині стандарту деталізується рівень надання медичної допомоги, що має бути досягнутим за їх процесною характеристикою, зокрема, організацією надання, діагностуванням, лікуванням, дотриманням рекомендацій при виписуванні пацієнта, реабілітацією, профілактикою);
- обґрунтування (робиться посилання на необхідність застосування відповідної адаптованої клінічної настанови);
- критерії якості надання медичної допомоги (надається роз'яснення того, якими мають бути результати медичної допомоги, щоб норми стандарту були дотриманими).

Варто зазначити, що порядок розміщення критеріїв, наведених у стандарті, не відображає їх пріоритетності, а є орієнтирами для досягнення. Індикатори якості медичної допомоги, що включаються до стандарту, використовуються передусім, з метою моніторингу надання медичної допомоги, дотримання вимог затвердженого стандарту, охоплюють всі складові медичної допомоги (структуру, процес та результати). Примірна структура стандарту медичної допомоги наведена в табл. 2.

В організаційному аспекті, процедура розроблення медико-технологічних документів включає такі ключові етапи:

- 1) ініціювання розробки, оновлення, (подання відповідної до Міністерства охорони здоров'я України за встановленою формою);

Таблиця 2

Структура стандарту медичної допомоги

Положення стандарту медичної допомоги	Обґрунтування (адапована клінічна настанова)	Критерії якості медичної допомоги
Розділ 1. Організація надання медичної допомоги		
Розділ 2. Діагностика		
Розділ 3. Лікування		
Розділ 4. Рекомендації при виписуванні зі стаціонару		
Розділ 5. Реабілітація		
Розділ 6. Профілактика		

Наведено за [6]

2) проведення експертизи поданих заявок (Міністерство охорони здоров'я України узагальнює і здійснює експертизу поданих заявок щодо їх відповідності основним і додатковим критеріям вибору теми медико-технологічних документів. Ключовими критеріями вибору теми документів визначено: важливість проблеми, її пріоритетність і відповідність стратегічним цілям розвитку системи охорони здоров'я, а також, для практичного застосування; наявність беззаперечних доказових даних з досліджуваної проблематики, які підтверджуються наявністю клінічних настанов, що відповідають вимогам доказової медицини і отримали високу оцінку за опитувальником AGREE; потенційна можливість для досягнення клінічного або економічного ефекту прийнятними засобами покращення медичної практики; достатня фінансова забезпеченість розроблення медико-технологічних документів. Додатковими критеріями в процесі вибору теми медико-технологічних документів є вимоги щодо: доступності отриманих результатів клінічного аудиту для розробки теми; можливості зниження вартості медичної допомоги (або окремих її етапів) без втрати якості;

3) опрацювання МТД та їх адаптація (проводиться сформованою мультидисциплінарною робочою групою, яка діє відповідно до наданих повноважень з розроблення МТД);

4) затвердження МТД (затверджуються відповідними наказами Міністерства охорони здоров'я України, з виробленням конкретних механізмів їх впровадження та реалізації).

Загалом, процес розроблення, застосування та оновлення МТД

може бути представленим взаємопов'язаними та взаємозалежними циклами дій, що є складовими процесу впровадження результатів клінічних досліджень у практику, встановлення стандартів і моніторингу їх виконання, вдосконалення клінічної практики, відповідно до життєвого циклу медико-технологічних документів, наведеного на рис. 5.



Рис.5. «Життєвий цикл» медико-технологічних документів
Примітка: наведено за [18]

Впродовж останніх років в Україні активно здійснюються заходи щодо запровадження якісно нових підходів до побудови системи стандартизації медичної допомоги на основі використання методик з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів та локальних протоколів медичної допомоги на засадах доказової медицини.

Інноваційний характер таких підходів проявляються у:

- розробленні клінічних протоколів медичної допомоги та медичних стандартів виключно на принципах доказової медицини;
- розробленні медико-технологічних документів не за медичною спеціальністю, а за темою;
- встановленні термінів наступного перегляду розроблених медичних документів та запровадженні норми їх обов'язкового публічного обговорення. Проекти таких документів мають обов'язково розміщуватися на сайті Міністерства охорони здоров'я України для обговорення впродовж одного місяця;

– введенні та використанні поняття конфлікту інтересів при розробленні клінічних настанов, що беруться за основу при підготовці МТД;

– запровадженні в медичну практику нових клінічних протоколів, що затверджується шляхом вибору клінічної настанови, яка може застосовуватися на території України, без проходження процедури її адаптації; включенні в клінічні протоколи аспектів громадського здоров'я;

– створені умов для імплементації європейських підходів щодо впровадження медичних стандартів та розроблення медико-технологічних документів на основі найкращих клінічних настанов, адаптованих до умов вітчизняної системи охорони здоров'я та відповідно до рекомендацій ВООЗ;

– застосуванні опитувальника AGREE у процесі відбору прототипів клінічних настанов, що забезпечує оцінку методологічної якості клінічних настанов відповідно до уніфікованих критеріїв, дозволяє виявити рівень однотайності/розбіжності думок експертів [6].

В сучасній практиці надання медичної допомоги, за інформацією Міністерства охорони здоров'я України [26], застосовуються новітні стандарти лікування ВІЛ, COVID-19, новонароджених, надання хірургічної допомоги, лабораторної діагностики, реабілітації. Окрім того, українським медикам надано доступи до клінічних настанов на засадах доказової медицини від Duodecim, а також міжнародного класифікатора первинної медичної допомоги (ICPC-2). Таким чином, проваджуючи нові клінічні протоколи та алгоритми заклади охорони здоров'я мають можливість запроваджувати сучасні методи лікування і діагностування з доведеною ефективністю та переходити на новий якісний рівень надання медичної допомоги.

Формування належної і дієвої системи медико-технологічних документів надання медичної допомоги передбачає, також, постійне її оновлення та відміну чинності документів, що не відповідають принципам доказової медицини, або ж втратили актуальність. В цьому контексті наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 лютого 2020 року № 590 «Про визнання такими, що втратили чинність, деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України», було скасовано дію більше 90 клінічних протоколів лікування, протоколів та стандартів

надання медичної допомоги за різними спеціальностями дітям та дорослим, які здебільшого пов'язані з реалізацією програми медичних гарантій і які втратили актуальність. Водночас було прийняте невідкладне рішення щодо забезпечення розроблення галузевих стандартів за включеним до даної програми переліком медичної допомоги до 01.03.2021р. [14].

Водночас, не зважаючи на достатнє нормативне забезпечення процесів стандартизації медичних послуг, існує методична недосконалість та незавершеність розроблення інструментарію підвищення якості надання таких послуг, формальність їх використання, відсутність програм впровадження системи управління якістю за вимогами і рекомендаціями міжнародних стандартів ISO. Саме тому пріоритетним напрямом в забезпеченні надання державних гарантій якості медичних послуг є розробка та впровадження таких систем в практичну діяльність закладів охорони здоров'я як дієвого інструменту задоволення потреб і вимог громадян рівнем якості наданої медичної допомоги.

В цьому контексті зростає значення запровадження ефективних схем, методів та механізмів управління якістю в системі охорони здоров'я та кожному конкретному закладі охорони здоров'я. Загалом, управління якістю є скоординованою діяльністю, яка полягає у спрямуванні та контролюванні системи охорони здоров'я на всіх рівнях щодо якості медичної допомоги. Управління якістю медичної допомоги ґрунтується на отриманні об'єктивної, повної та достовірної інформації про реальні події, встановленні відповідності наданих медичних послуг затвердженим стандартам медичної допомоги та клінічним настановам.

В умовах реформування сфери охорони здоров'я важливого значення набуває проблема підвищення якості власне системи управління закладами охорони здоров'я, основною метою якого є забезпечення його спроможності надавати якісну медичну допомогу в достатньому для споживача обсязі. Відповідно, критерієм якісного управління стає ступінь задоволеності споживача рівнем якості отриманої допомоги. Досягнення зазначеної мети залежить від низки чинників., що мають зовнішній та внутрішній характер. Основними з них є:

– ефективність організаційної побудови та системи управління охороною здоров'я в державі в цілому;

– напрями та обґрунтованість пріоритетів здійснюваних реформ

галузі; достатність обсягів та актуальність джерел фінансування її розвитку;

– рівень використовуваних сучасних медичних технологій та обладнання;

– наявність висококваліфікованих медичних кадрів та кадрова забезпеченість закладів охорони здоров'я;

– стан запровадження систем забезпечення якості медичної допомоги в управлінську діяльність;

– наявність чітких та зрозумілих стандартів якості медичної допомоги та їх гармонізація із зарубіжними аналогами;

– наявність критеріїв та методик оцінювання якості роботи медичного персоналу;

– залученість персоналу до прийняття рішення щодо якості в закладі охорони здоров'я, їх навчання та мотивація.

Варто відзначити, що підвищення якості управління можливе лише в рамках запровадження відповідних систем якості, які відповідають міжнародним стандартам якості та враховують специфіку роботи. Міжнародний стандарт ISO 9000:2015 визначає сім фундаментальних принципів, за якими систему управління в закладі охорони здоров'я можна вважати якісною. Це:

- 1) орієнтація на замовника (споживача медичної послуги);
- 2) лідерство керівництва;
- 3) задіяність персоналу (залучення їх до процесів управління якістю);
- 4) процесний підхід (впровадження процесної моделі управління);
- 5) постійне поліпшення та удосконалення;
- 6) прийняття рішень на підставі фактичних даних (по-суті, це є принципом доказової медицини);
- 7) управління взаємовідносинами (врахування інтересів і потреб зацікавлених сторін).

Як свідчить аналіз наукових джерел [4], в системі управління якістю (СУЯ) в закладі охорони здоров'я можна виокремити декілька аспектів: клінічні; організаційно-управлінські; економічні; правові.

Клінічна складова передбачає використання адекватних і доказових клініко-організаційних технологій, які ґрунтуються на принципах доказової медицини та міжнародних стандартах ISO серії 9000 [27]. Організаційно-управлінський зріз управління якістю містить

дії з: підтримання медичних технологій необхідним ресурсним забезпеченням (кадровим, матеріально-технічним, інформаційним, фінансовим); здійснення профілактичних заходів та вчасне виявлення захворювання; проведення якісної та своєчасної діагностики пацієнтів; відпрацювання маршруту руху пацієнтів; чіткої організації етапності медичної допомоги та організації взаємодії всіх структурних підрозділів; навчання керівників і медичного персоналу питанням якості, уміння працювати в команді; належної акредитації медичних закладів і ліцензування діяльності. Економічний аспект системи управління якістю зорієнтований на визначення оптимальної вартості клінічних технологій. В сучасній медичній практиці зарубіжних країн найбільш застосовуваними є такі [4]:

- а) мінімізація витрат (cost-minimization analysis);
- б) аналіз результативності (cost-effectiveness analysis);
- в) аналіз вигідності витрат (cost-benefit analysis);
- г) аналіз корисності витрат (cost-utility analysis).

Правові аспекти управління якістю в ЗОЗ полягають у: правовій підтримці клініко-організаційних технологій; захисті прав пацієнтів та прав лікарів; попередження лікарських помилок та організація системи спостереження за лікарськими помилками і їх наслідками; страхування ризику професійної лікарської діяльності, зокрема застосування делікатної та неделікатної системи).

Можемо виокремити такі основні завдання побудови сучасної системи управління якістю в закладі охорони здоров'я:

- законодавче закріплення принципів діяльності і організації системи охорони здоров'я відповідно до потреб споживачів;
- створення прозорого і зрозумілого механізму реалізації завдань системи охорони здоров'я відповідно до суспільних потреб;
- використання принципів і процедур міжнародних стандартів в діяльності медичного закладу та ухвалення управлінських рішень щодо підвищення якості медичної допомоги.

Концептуальними засадами управління якістю надання медичної допомоги в ЗОЗ має стати:

- 1) безперервне підвищення якості медичної допомоги та медичного обслуговування;
- 2) забезпечення доступності всіх верств населення до якісної

медичної допомоги і зменшення нерівності в їх отриманні;

3) збільшення обсягів фінансування надання медичної допомоги та підвищення ефективності використання ресурсів галузі охорони здоров'я;

4) підвищення позитивного впливу системи охорони здоров'я на стан громадського здоров'я;

5) упровадження в медичну практику сучасних медико-технологічних документів, що розробляються на базі діючої практики медичних втручань і технологій із доведеною ефективністю;

6) забезпечення зростання рівня задоволеності громадян якістю медичних послуг та я системою медичного обслуговування загалом;

7) здійснення захисту інтересів пацієнтів в питаннях отримання ними якісної медичної допомоги, вироблення дієвих механізмів відшкодування у випадку завдання медичної шкоди;

8) захист інтересів всіх медичних працівників, пов'язаних з професійними ризиками;

9) створення умов для забезпечення відповідального самолікування;

10) вироблення стимулів здорового способу життя та здорових умов праці для громадян (рис. 6).

Як правило, якісне управління забезпечується гармонійним поєднанням всіх його складових, зокрема: якості медичного персоналу; якості медичних технологій та обладнання; якості процесу надання медичної допомоги (починаючи від обстеження пацієнта і встановлення діагнозу, його лікування та проведення реабілітаційних і профілактичних дій); якості лікарських засобів; якості організації медичної практики; якості медичних процедур; якості медичної інформації; якості законодавства в сфері охорони здоров'я.

Водночас, як свідчить практика, в силу специфіки діяльності закладів охорони здоров'я досягнення встановлених критеріїв якості управління є складним завданням. Пов'язується це, передусім, з такими особливостями надання медичної допомоги, як: висока спеціалізація основної діяльності, що часто має терміновий і невідкладний характер; складність при визначенні критеріїв якості в межах процесу надання допомоги на всіх її етапах та рівнях, а також, вимірюваності результатів роботи; відсутність права на невпевненість і помилку;

потреба в тісній комунікативній роботі різних структурних підрозділів та спеціалістів; необхідний високий рівень кваліфікації медичних працівників; залежність результатів роботи від якості лікарських препаратів та технічної оснащеності процесу лікування та реабілітації; труднощі координування роботи, розподілу повноважень та відповідальності, пов'язаних з подвійним підпорядкуванням, що існує в більшості медичних закладах.

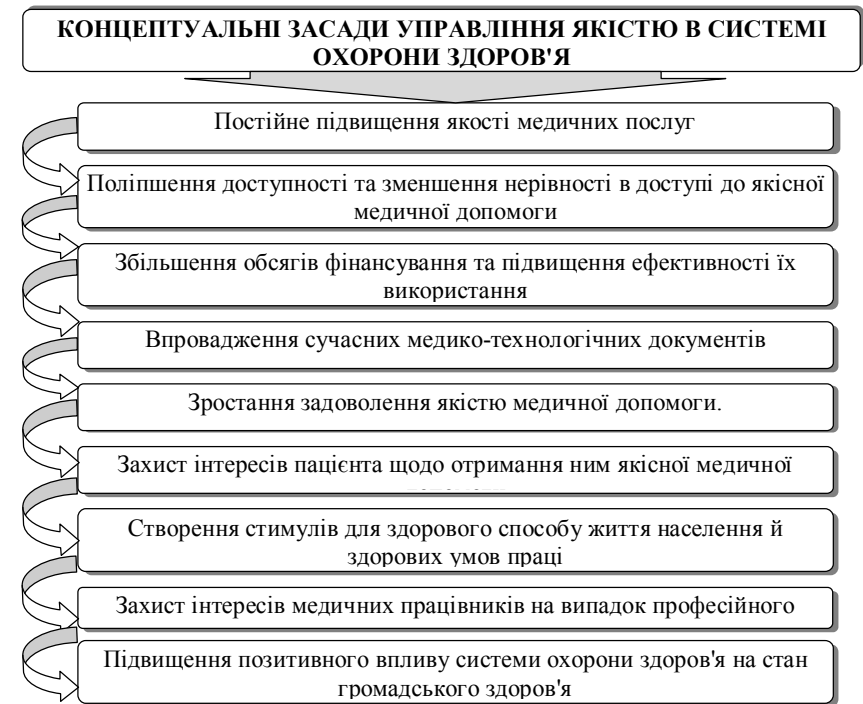


Рис. 6. Концептуальні засади управління якістю медичної допомоги в системі охорони здоров'я

Важливим напрямом реалізації державних гарантій надання якісних медичних послуг є здійснення контрольної функції, що передбачає побудову чіткої системи контролю як самої медичної послуги, так і процесу її надання.

Основною метою контролю якості медичної допомоги є дотримання прав пацієнтів на отримання медичної допомоги в необхідному обсязі і належної якості шляхом раціонального і

ефективного використання фінансових, матеріально-технічних та кадрових охорони здоров'я, впровадження досконалих медичних технологій і практик. Об'єктом контролю є комплекс лікувальних, діагностичних, профілактичних та реабілітаційних заходів, що проводяться за встановленою технологією з метою досягнення встановлених результатів лікування. В системі контролю якості медичної допомоги головним елементом є метод експертної оцінки закінчених випадків лікування, які ґрунтуються на порівнянні стандартів обсягу і якості медичної допомоги з фактичним обсягом і якістю наданої медичної допомоги у відповідності до затвердженої технологічної документації.

Система контролю якості медичної допомоги, відповідно до встановленого Порядку [17] реалізується через поєднання таких її форм:

- внутрішнього та зовнішнього контролю якості;
- самооцінювання медичного закладу та лікарської практики;
- аудиту якості та клінічного аудиту;
- моніторингу та діагностування системи індикаторів якості;
- експертного оцінювання якості надання медичної допомоги;
- сертифікація систем якості відповідно до норм законодавства України і міжнародних вимог.

Загалом, внутрішній контроль якості лікувального процесу здійснюється шляхом:

- контролю за кваліфікацією лікарів, медичного персоналу (як молодших спеціалістів з медичною освітою, так і фахівців з вищою немедичною освітою, що працюють у медичному закладі);
- самооцінювання діяльності медичного закладу та кожного медичного працівника зокрема;
- моніторингу за дотриманням всіма структурними підрозділами закладу встановлених медичних стандартів та клінічних протоколів;
- організації надання медичної допомоги та моніторингу за реалізацією прийнятих управлінських рішень щодо усунення причин виникнення ускладнень;
- моніторингу системи індикаторів якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я;
- вивчення думки пацієнтів щодо рівня якості наданої медичної допомоги та ефективності організації процесу лікування.

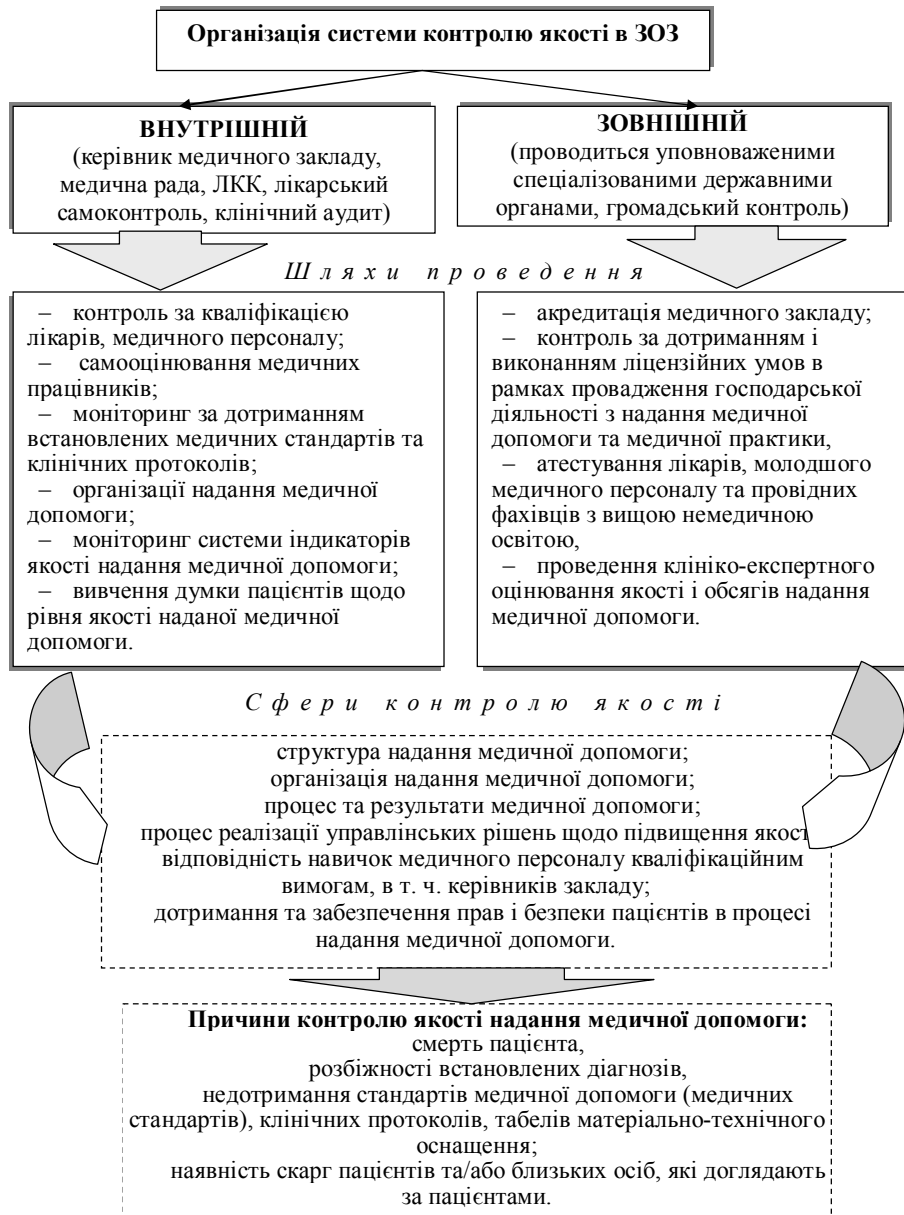
Зовнішній контроль за якістю надання медичної допомоги, як правило, здійснюється уповноваженими органами місцевої влади за наступними напрямками:

- експертиза процесу надання медичної допомоги ;
- проведення клініко-експертного оцінювання якості і обсягів надання медичної допомоги.
- стан матеріального та технічного забезпечення процесу надання медичної;
- організація процесу надання медичної допомоги належної якості та вибір раціональних управлінських рішень щодо підвищення якості;
- контроль за реалізацією управлінських рішень;
- оцінка дотримання кваліфікаційних вимог та процедур атестування лікарів, молодшого медичного персоналу та провідних фахівців з вищою немедичною освітою;
- вивчення рівня задоволеності пацієнтів якістю наданої медичної допомоги;
- дотримання прав і безпеки пацієнтів проведення акредитації медичного закладу.

Контроль якості медичної допомоги має охоплювати всі складові її надання, зокрема: структуру, організацію; процес та результати медичної допомоги; процес реалізації управлінських рішень щодо підвищення якості; відповідність навичок медичного персоналу кваліфікаційним вимогам, в т. ч. керівників закладу; дотримання та забезпечення прав і безпеки пацієнтів в процесі надання медичної допомоги. В загальному виді контроль якості медичної допомоги в конкретному ЗОЗ проілюстровано на рис. 7.

Контроль якості надання медичної допомоги в обов'язковому порядку підлягають:

- летальні випадки (смерть пацієнта);
- випадки ускладнень після медичного втручання;
- первинний вихід на інвалідність осіб працездатного віку;
- випадки повторної госпіталізації з причин аналогічного захворювання впродовж року;
- випадки захворювань з необхідністю подовження чи прискорення термінів лікування;
- випадки розбіжностей встановлених діагнозів лікарями діагнозів;



– випадки недотримання установлених медичних стандартів, клінічних протоколів, табелів матеріального і технічного оснащення медичного закладу;

– випадки, що супроводжуються скаргами пацієнтів, їхніми родичами або особами, які доглядають за ними.

На рівні закладу охорони здоров'я діюча система контролю якості надання медичної допомоги включає 4 рівні:

I рівень – самоконтроль лікаря і медсестер;

II рівень – контроль з боку звідуючих структурних підрозділів як професіоналів так і управлінців середньої ланки, що безпосередньо працюють з персоналом і пацієнтами;

III рівень – рівень заступника медичного директора з медичного обслуговування та уповноваженого з контролю якості. Розглядаються результати щоквартального контролю якості медичної допомоги на засіданнях лікувально-консультативної комісії та медичних радах ЗОЗ згідно з планом їх роботи;

IV рівень – експертиза якості міськими і обласними комісіями, які щомісячно оцінюють якість роботи закладу в цілому.

Ефективність організації процесу контролю за якістю надання медичної допомоги залежить від таких чинників:

1) своєчасності, об'єктивності та повноти інформації про роботу структурних підрозділів ЗОЗ, зокрема про: динаміку і перебіг лікування пацієнтів; порівняння фактичних результатів з попереднім періодом; аналітичні оцінки показників результативності та невідповідностей в наданні медичної допомоги, з подальшим прийняттям управлінських рішень;

2) знань і умінь медичних працівників: порядку контролю якості; санітарно-гігієнічних нормативів та правил виробничої безпеки; власних посадових інструкцій; положень про роботу медичного закладу і відділень; правил оформлення та ведення медичних документів; регламенту роботи закладу.

3) відповідності виконуваних робіт прийнятим стандартам якості медичної допомоги (протоколам лікування) відповідно до профілю роботи;

4) знання технологічних стандартів роботи середнім медичним персоналом;

Рис. 7. Система організації контролю якості надання медичної допомоги в ЗОЗ

5) дотримання та забезпечення норм: інфекційної безпеки; санітарно-епідеміологічного стану; охорони праці та безпеки;

б) наявності затвердженого порядку контролю якості медичної допомоги.

Особливе місце в системі контролю якості надання медичної допомоги належить проведенню внутрішнього клінічного аудиту, який, за своєю сутністю, є формою зворотного зв'язку, за результатами якої приймаються попереджувальні та корегувальні заходи, що унеможливають зниження результативності та ефективності лікувального процесу та опосередковано сприяють підвищенню професійного розвитку медичного персоналу.

Клінічний аудит є процесом підвищення якості наданої медичної допомоги шляхом проведення систематичних перевірок з використанням сформульованих критеріїв та з подальшим внесенням змін до процесу лікування. Варто зазначити, що процес аудиту прямо пов'язується з оцінкою якості наданої медичної допомоги у відповідності до встановлених у медичному стандарті критеріїв.

На основі висновків перевірки і ретроспективної оцінки елементів структури, процесу та результату лікування визначаються необхідні для підвищення якості зміни та вдосконалення на індивідуальному, колективному або організаційному рівнях та проводиться подальший моніторинг для підтвердження покращення надання медичної допомоги.

Основними завданнями клінічного аудиту є:

– усесторонній і перехресний аналіз документації з метою відтворення картини перебігу процесу;

– порівняння даних з еталонними і регулятивними правилами (вимогами);

– оцінка невідповідностей і розроблення шляхів їх усунення.

В зарубіжній практиці мають місце такі види клінічного аудиту: базовий; проспективний; тематичний; довільна добірка документації; моніторинг небажаних результатів.

Базовий клінічний аудит передбачає використання багатьох показників, зареєстрованих в клінічних записах та комп'ютерних інформаційних системах. За змістом він не є аудитом, але може використовуватися як перший етап оцінки клінічного процесу і фокусувати найбільш актуальні проблемні питання, пов'язані як з

технологіями лікування, так і якістю процесу надання медичної допомоги.

Довільна добірка документації передбачає довільний вибір записів з медичних карт та листів експертної пацієнтів з метою проведення незалежного їх огляду та оцінки колегами. Такий метод використовується в процесі проведення аудиту структури і процесу надання медичної допомоги.

Проспективний клінічний аудит передбачає перевірку наявності в процесі лікування пацієнта, як контрольного переліку усіх процедур, так і додаткових клінічних протоколів, з метою уточнення дій у випадку, коли отримані результати відхилятимуться від встановленої норми чи стандарту. Процес проведення такого аудиту є тривалим і має мінімальну ефективність. Проводиться за вимогою керівництва у випадку спірних питань щодо схем і технологій лікування.

Тематичний клінічний аудит передбачає вибір критичної теми, що викликає певну стурбованість в медичному закладі. Особливою формою тематичного аудиту є моніторинг небажаних результатів медичної практики.

Окрім того, клінічний аудит може проводитися на різних рівнях: локальному; регіональному та державному, а в окремих випадках – міжнародному.

Як і будь-яка діяльність, клінічний аудит побудований на загально-прийнятих принципах його проведення, зокрема: 1) розпочинається в межах конкретного ЗОЗ; 2) для проведення використовуються наявні (фактичні) дані; 3) носить конфіденційний характер; 4) результати клінічного аудиту не передбачають покарання та обвинувачення працівника. Висновки клінічного аудиту є підставою для перегляду медичними працівниками власної ролі у забезпеченні якості медичного обслуговування, дозволяють звіряння власну роботу з узгодженими стандартами, побудованими на доказових фактах.

Очікуваним результатом проведення клінічного аудиту є розроблення плану перспективного розвитку закладу охорони здоров'я.

На рівні закладу охорони здоров'я клінічний аудит проводиться за такими п'ятьма етапами: 1) організаційна підготовка до аудиту; 2) вибір критеріїв для оцінювання; 3) вибір методик та оцінювання показників діяльності медичного закладу; 4) підготовка висновків, формування

звіту за результатами аудиту, надання рекомендацій; 5) впровадження та підтримка покращень [7].

В основу клінічного аудиту закладаються результати проведеного самооцінювання діяльності ЗОЗ. Самооцінка проводиться за системою показників, які дають узагальнену характеристику якості медичної практики, передусім, лікувального процесу, його ефективності і результативності; стану ресурсів та рівня їх використання; ступеню задоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням. Зазначене реалізується шляхом:

- проведення експертизи власне процесу надання медичної допомоги конкретним пацієнтам та її організації;
- вивчення рівня задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги;
- розрахунку і аналізу показників якості та ефективності медичної допомоги, їх відповідності встановленим критеріям якості;
- виявлення та обґрунтування лікарських помилок (дефектів), інших факторів, які обумовлюють зниження ефективності і якості медичної допомоги.

Процес самооцінювання ЗОЗ можна представити у вигляді певного циклу, проілюстрованого на рис. 8.

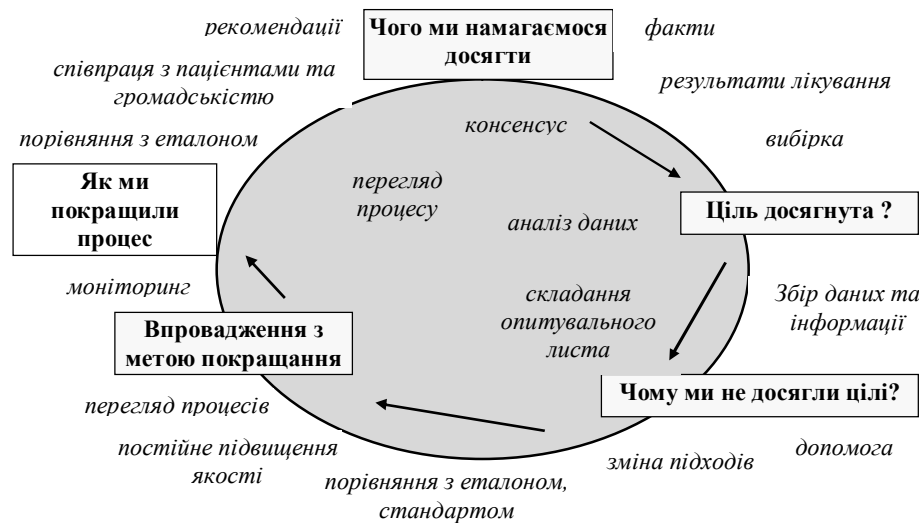


Рис. 8. Цикл самооцінювання закладу охорони здоров'я в рамках проведення клінічного аудиту

Використання результатів самооцінювання в процесі впровадження системи управління якістю згідно з вимогами ДСТУ ISO 9001:2015 дозволить уникнути дублювання функцій та організаційної структури, що вже запроваджені у закладах охорони здоров'я, та забезпечить адекватний механізм імплементації Національного стандарту системи управління якістю у систему стандартизації в охороні здоров'я України.

Важливе місце в проведенні клінічного аудиту належить аудиту якості, зокрема питанням дотримання медичних стандартів та ефективності і результативності системи управління якістю. Процес його проведення є типовим до визначеного порядку і включає: формування робочої групи з провідних фахівців-експертів, формулювання мету і завдань аудиту, встановлення виду і способу отримання інформації за встановленою системою показників, обґрунтування використання відповідної шкали оцінювання; встановлення графіку роботи аудиторів. Важливим етапом такого аудиту є вибір або ж розробка форм документації та інформаційних технологій з метою обробки первинних даних. При цьому складається відповідна до теми аудитування карта аудиту, яка повинна містити перелік затверджених індикаторів якості медичної допомоги, яка вивчається. Загальна блок-схема процесу проведення аудиту якості представлена на рис. 9.

Важливим елементом в сучасній медичній практиці є використання різноманітних форм експертної оцінки роботи медичного персоналу, стану пацієнта та закладу в цілому. Найчастіше, процедура експертизи полягає в ретроспективній оцінці якості надання медичної допомоги у конфліктних випадках, а результати експертних оцінок є підставою для прийняття управлінських рішень в першу чергу, дисциплінарного характеру.

Існує два фундаментальні принципи проведення клінічного аудиту, що відрізняють його від процесу контролю. Це: а) конфіденційність (отримані результати оцінки не розголошуються і не можуть бути використані для дисциплінарного стягнення); б) вільне об'єднання та кооперування медичних та немедичних працівників.

При наявності конфлікту між пацієнтом і ЗОЗ щодо рівня якості наданої медичної допомоги для його вирішення доцільно призначити експертизу якості медичної допомоги. Така експертиза визначається як «дослідження випадку надання медичної допомоги, що виконується незалежним експертом, в завдання якого входить виявлення медичних

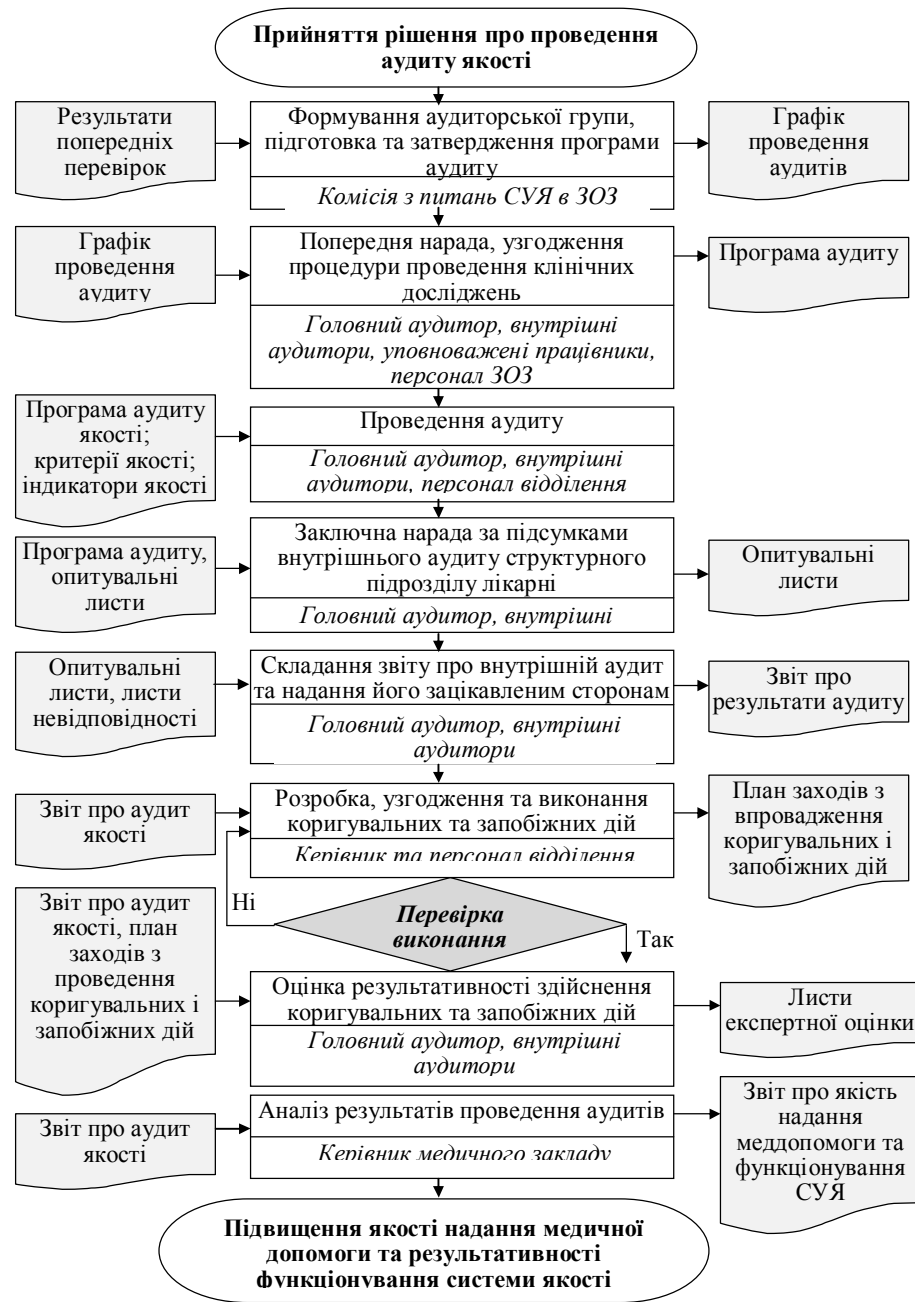


Рис. 9. Блок схема процесу проведення внутрішнього аудиту результативності функціонування системи управління якістю в ЗОЗ

помилки, опис їх реальних і можливих наслідків, з'ясування причин виникнення медичних помилок, оформлення обґрунтованого висновку і складання рекомендацій щодо запобігання типових медичних помилок» [12].

Експертиза може бути призначена місцевими органами управління охороною здоров'я, страховою медичною організацією на прохання громадянина, самим пацієнтом. У разі призначення експертизи в рамках цивільного судочинства експертиза іменується судовою та призначається судьєю за пропозицією сторін. Експертиза якості медичної допомоги проводиться з використанням однієї із затверджених методик оцінки якості медичної допомоги, таких як: порівняння зі стандартами медичної допомоги, розрахунок рівня якості лікування, автоматизована технологія експертизи. Автоматизована технологія експертизи якості медичної допомоги передбачає використання експертом електронної програми, яка розбиває випадок надання медичної допомоги на етапи та послідовно перевіряє правильність їх виконання лікарем. Дана процедура виключає суб'єктивізм в оцінюванні правильності надання медичної допомоги та вказує на помилки, які були допущені.

Отже, можна констатувати, що потенційні переваги клінічного аудиту полягають у тому що: покращуються процеси та результати лікування пацієнтів; вчасно виявляються недоліки у процесі роботи та негайно усуваються; формується командна взаємодія всього медичного персоналу, покращується рівень організації їх роботи, підвищується її результативність та ефективність, з'являється бажання персоналу підвищувати кваліфікацію та навчатися; висновки аудиту є інструментом своєчасного виявлення зон ризику та попередження медичних помилок; створюються умови для більш ефективного використання наявних ресурсів та зменшення нераціональних витрат.

Слід зазначити, що існують певні обмеження та стримуючі фактори впровадження клінічного аудиту в медичну практику. Серед них можна виділити такі:

- однотипна та принципово застаріла система управління медичними закладами на різних рівнях;
- неповні та безсистемні знання медичного персоналу та керівників закладів щодо переваг і можливостей сучасних систем управління якістю надання медичної допомоги;

- відсутність дієвої співпраці між медичними закладами країни та незначний досвід у міжнародній співпраці;
- низький технологічний рівень надання медичних послуг у значній кількості як державних, так і приватних медичних секторах;
- низька можливість для обробки і систематизації даних про наявні медичні практики з носіїв медичної інформації;
- невмотивованість персоналу до роботи на принципах постійного удосконалення та професійного зростання;
- наявність дефіциту висококваліфікованих медичних фахівців з багатьох спеціальностей;
- переважаюче використання в системі управління принципу пошуку винних як форми боротьби за якість медичного обслуговування;
- відсутність системи детальної реєстрації лікарських помилок та небажаних наслідків медичних втручань з метою аналізу та упередження їх повторного виникнення.

Клінічний аудит тоді матиме успішний результат, якщо буде підтримка керівництва медичного закладу щодо вироблення процедур та методик його проведенні, а також, адекватна реакція з боку медичного персоналу та організаційного середовища.

Загалом, удосконалення організації клінічного аудиту в ЗОЗ передбачає запровадження новітніх технологій і процедур його проведення та використання сучасного інструментарію в об'єктивній оцінці якості надання медичної допомоги та упередження виникнення лікарських помилок.

В системі контролю за якістю медичного обслуговування суттєву роль відіграє громадський контроль. В такій формі контролю важливим є налагодження ефективної співпраці з представниками громадськості в їх праві дотримання прав та свобод людини у сфері охорони здоров'я. Можна виокремити декілька рівнів такої співпраці: загальнодержавний; регіональний, локальний. На загальнодержавному і регіональному рівнях основними формами участі громадськості в системі управління якістю медичної допомоги є: державно-приватне партнерство; нормо-проекування; представництво в складі клініко-експертних комісій. В цьому аспекті важливим є налагодження співпраці між представниками громадськості і органами влади шляхом: організації спільних круглих столів, конференцій з питань удосконалення нормативної та правової

бази у сфері охорони здоров'я; інформування про новітні досягнення в сфері медичної практики, можливості їх впровадження у вітчизняну практику та пошук джерел фінансування; розвиток практики державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я; створення приватним партнером закладів охорони здоров'я на базі об'єктів державної чи комунальної власності; широке залучення до складу КЕК представників професійних медичних асоціацій, асоціацій захисту прав споживачів, громадських організацій. Така співпраця допоможе громадянам захистити своє право на належну якість медичної допомоги, отримати неупереджений висновок та довести факт порушення медичними працівниками стандартів надання медичної допомоги.

На локальному рівні доцільним є створення громадських наглядових рад при державних та комунальних неприбуткових закладах охорони здоров'я. Їхнім основним завданням має стати сприяння в належній організації надання лікарської допомоги та якісного медичного обслуговування, інформування населення про таку діяльність, а також здійснення громадського контролю за їх роботою.

Узагальнюючи проведені дослідження можемо сформулювати певні положення, що дозволять удосконалити діючі механізми управління системою охорони здоров'я на всіх рівнях та підвищити якість медичних послуг, гарантованих державою [10]:

на рівні центральних органів виконавчої влади:

- розробити концептуальні засади державної політики якості надання медичної допомоги з метою орієнтування системи управління охороною здоров'я на вирішення проблем підвищення, гарантування доступності та безпеки такої допомоги;
- розробити чіткі критерії якості медичної допомоги, встановити вимоги до її забезпечення та регламентувати відповідальність за не належну якість і рівень надання допомоги, допущені помилки та дефекти в медичній практиці;
- здійснювати підтримку та сприяти формуванню ринку медичних послуг в Україні, що дозволить громадянам забезпечити компетентний вибір найбільш ефективного надавача медичної допомоги за критеріями якості та сприятиме здоровій конкуренції на засадах гарантії її якості і безпеки;
- прискорити запровадження професійного ліцензування медичної

практики та реального лікарського самоврядування в закладах охорони здоров'я, що здійснюють реорганізаційні зміни в системі управління;

на рівні закладу охорони здоров'я:

– розвивати практику розроблення та впровадження сучасних моделей (систем) якості в діяльність медичного закладу, що дозволить забезпечити пряму залежність якості медичної допомоги від системи управління. Такими моделями можуть стати: система міжнародних стандартів якості ISO 9001; Моделі досконалості (EFQM); системи якості Міжнародного товариства якості охорони здоров'я (ISQua), моделі спільна комісія з акредитації організацій охорони здоров'я (JCAHO), моделі постійного покращання (Associates in Process Improvement);

– впроваджувати ефективні комунікативні технології та налагоджувати взаємини між медичними працівниками (надавачами послуг) закладу охорони здоров'я та пацієнтами (споживачами послуг) та їх документальне оформлення; постійно аналізувати обґрунтовані скарги пацієнтів та вносити корегування в процес гарантування безпеки пацієнтів;

– постійно моніторити всі зміни в лікувальному процесі, які впливають на якість надання медичної допомоги;

– забезпечувати постійний професійний розвиток медичного персоналу, посилювати його мотивацію та задоволеність роботою за рахунок кращої її організації та безпечності;

– створювати умови для своєчасного впровадження нових медико-технологічних документів на засадах доказової медицини;

– забезпечувати впровадження системи моніторингу індикаторів якості медичної допомоги, які в них визначені;

– запроваджувати елементи самооцінювання діяльності закладу охорони здоров'я в контексті підвищення якості надання медичної допомоги.

3.3. Формування єдиного державного тарифу на медичну послугу

Єдиний державний тариф встановлюється Національною службою здоров'я України (НСЗУ) на медичні послуги, що включені у відповідний пакет за програмою медичних гарантій. На сьогодні такий

пакет будується за принципом екстериторіальності і включає надання: 1) первинної медичної допомоги; 2) екстреної медичної допомоги; 3) вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги; 4) третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; 5) паліативної медичної допомоги; 6) медичної реабілітації; 7) медичної допомоги дітям до 16 років; 8) медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами [4].

В основу формування єдиного тарифу закладається так звана базова ставка, що визначається як середня вартість медичної послуги, розрахованої співвідношення обсягу бюджетних коштів та прогнозованої кількості медичних послуг за відповідним напрямом. Згідно встановленого тарифу та коригувальних коефіцієнтів НСЗУ компенсує надавачам медичних послуг (лікарям, сімейним лікарям, ФОП, медичним закладам) їх вартість на підставі інформації і документів, внесених ними до електронної системи охорони здоров'я, та відповідно до укладених договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій [3]. Оплата таких послуг здійснюється за рахунок коштів Державного бюджету України.

Порядок формування тарифів та механізми оплати медичних послуг на даний час регламентуються Порядком реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році, затвердженим Постановою КМУ від 05.02. 2020р. №65 [5]. Такі тарифи окремо встановлюються для послуг екстреної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), паліативної медичної допомоги, медичної реабілітації, медичної допомоги дітям до 16 років, медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами. Попередні розрахункові тарифи на надання окремих видів медичних послуг розміщені на сайті МОЗ і характеризуються показниками наведеними в табл. 1.

Варто зазначити, що до величини встановлених тарифів за медичні послуги не включається вартість лікарських засобів, медичних виробів та витратних матеріалів, які забезпечуються у централізованому порядку за рахунок інших програм державного бюджету. Водночас, надавачі медичних послуг зобов'язані забезпечити наявність та застосування під час надання пацієнтам медичних послуг, що підлягають оплаті НСЗУ, всіх медичних виробів, витратних матеріалів та лікарських засобів. Така вимога суттєво збільшує витрати надавачів медичної допомоги, які не

компенсуються встановленими єдиними тарифами, що негативно впливає на якість послуг.

Таблиця 1

Тарифи на надання медичних послуг в 2020 році¹

Пакет медичної допомоги	Розрахунковий тариф	Порядок встановлення
«Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах» та «Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій»	4563,64 грн.	тариф встановлюється як комбінація глобальної ставки та базової ставки на пролікований випадок, до якої застосовуються вагові коефіцієнти, що враховують складність клінічних випадків та інтенсивність використання ресурсів
Медична допомога при гострому мозковому інсульті в стаціонарних умовах	19332,31 грн.	ставка на пролікований випадок ²
Медична допомога при гострому інфаркті міокарда в стаціонарних умовах	16001,43 грн.	ставка на пролікований випадок
Медична допомога при пологах	8136,03грн.	Пологи передбачені специфікаціями на кожен конкретний випадок пологів
Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках	Від 26087,72 грн. до 98533,82 грн.	залежно від складності наданої медичної послуги

Примітка: 1) Наведено за [8]

2) пролікований випадок є комплексом наданих медичних послуг пацієнту за умови його госпіталізації до стаціонару на одну добу або, у випадку потреби цілодобового лікарського нагляду, на більший строк, для профілактики та/або діагностики, та/або лікування, та/або медичної реабілітації, що завершується вибуттям пацієнта із стаціонару (включаючи випадки смерті в стаціонарних умовах протягом 24 годин з моменту госпіталізації, за умови документального підтвердження таких випадків).

Важливість проблематики формування та затвердження єдиних тарифів на медичні послуги обумовлена тим, що за даними МОЗ України, близько 94 % коштів, виділених на охорону здоров'я в державному бюджеті в 2020р. спрямовані на реалізацію програми медичних гарантій [9]. В цьому контексті актуалізуються проблеми розроблення адекватних і актуалізованих методик розрахунку таких тарифів, їх належне обґрунтування та забезпечення відповідності фактично затраченим ресурсам на надання медичної допомоги за

кожним видом медичного втручання.

Певні методичні підходи до формування єдиного тарифу на окремі види медичних послуг, які включені в програму медичних гарантій, вписані в Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році [5].

Так, державний тариф на медичні послуги, пов'язаних з наданням первинної медичної допомоги (ПМД), встановлюється у вигляді капітаційної ставки за обслуговування одного пацієнта, який уклав з лікарем (сімейним, приватним підприємцем, медичним закладом) декларацію на медичне обслуговування («зелений список»), та становитиме в 2020р. 600,48 грн. на рік. Капітаційна ставка є розміром оплати за медичне обслуговування одного пацієнта незалежно від кількості фактичних його звернень за медичною допомогою впродовж визначеного періоду. Встановлений тариф складається з двох частин: 1) ставки на оплату медичної послуги та 2) ставки на оплату діагностичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень.

Окрім того, до такого тарифу застосовуються (шляхом його множення):

- коригувальні коефіцієнти залежно від вікової групи пацієнтів;
- коефіцієнти залежно від рівня перевищення ліміту укладених декларацій;
- спеціальний коефіцієнт для медичного обслуговування в гірській місцевості, за якими відбуватиметься оплата медичних послуг. Чинними нормативно-правовими актами гірський коефіцієнт встановлений на рівні 1,25.

Коригувальні коефіцієнти встановлюються для п'яти вікових груп: від 0 до 5 років; від 6 до 17 років; від 18 до 39 років; від 40 до 64 років; понад 65 років. Розподіл пацієнтів за віковою ознакою для проведення оплати за надані медичні послуги здійснюється за фактичною структурою на час звітування.

Розмір коригувальних коефіцієнтів за віковими групами пацієнтів наведені в табл. 2.

Розмір тарифних коефіцієнтів на медичне обслуговування, що застосовуються у випадку перевищення ліміту підписаних з лікарем декларацій, наведений в табл. 3.

Таблиця 2

Коригувальні коефіцієнти до єдиного державного тарифу за віковими групами пацієнтів

Вікова група пацієнтів	Коригувальний коефіцієнт, коеф.
від 0 до 5 років	2,465
від 6 до 17 років	1,356
від 18 до 39 років	0,616
від 40 до 64 років	0,739
понад 65 років	1,232

Примітка. Наведено [5]

Таблиця 3

Коефіцієнти до єдиного державного тарифу за перевищення ліміту підписаних декларацій з лікарем

Рівень перевищення ліміту	Коефіцієнт, коеф
Від 100 відсотків ліміту + одна декларація до 110 відсотків ліміту включно	0,616
Від 110 відсотків ліміту + одна декларація до 120 відсотків ліміту включно	0,493
Від 120 відсотків ліміту + одна декларація до 130 відсотків ліміту включно	0,37
Від 130 відсотків ліміту + одна декларація до 140 відсотків ліміту включно	0,246
Від 140 відсотків ліміту + одна декларація до 150 відсотків ліміту включно	0,123
Від 150 відсотків ліміту + одна декларація та всі наступні	0

Примітка: наведено за [5]

Основною проблемою для реалізації програми медичних гарантій саме в частині виконання зобов'язань оплати надавачам первинної медичної допомоги є закладений на 2020 рік дефіцит коштів. Так, на фінансування програми державних гарантій медичного обслуговування передбачено в розмірі 72,3 млрд. грн., а за даними експертів, потреба медичної галузі орієнтовно складає 118,6 млрд. грн. Окрім того, законодавчо виписані норми про можливі зміни обсягів фінансування з урахуванням наявних фінансових ресурсів державного і місцевого бюджетів, що уможливує перегляд як капітаційної ставки, так і величини коригувальних коефіцієнтів.

Формування державного тарифу на надання екстреної медичної

допомоги здійснюється в рамках укладених з НСЗУ договорів з центром екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Такий тариф передбачений специфікаціями надання даного виду медичної допомоги, і встановлюється як глобальна ставка, що розрахована на основі базової капітаційної ставки за готовність надати медичні послуги, пов'язані з екстреною медичною допомогою для 100 осіб на місяць. На 2020 рік така капітаційна ставка визначена в сумі 11661,24 грн. [5].

Для розрахунку тарифу на послуги, пов'язані з екстреною медичною допомогою, окремо визначається планова та фактична вартість таких послуг. Запланована вартість розраховується як добуток базової капітаційної ставки та чисельності населення, яке проживає на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці згідно з даними Державної служби статистики України щодо чисельності наявного населення, та даних щодо чисельності внутрішньо переміщених осіб, які зареєстровані на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці.

Фактична вартість екстреної медичної допомоги, за один місяць за кожним договором розраховується як 1/12 запланованої вартості зазначених медичних послуг відповідно до договору. За останній місяць року за кожним договором фактична вартість розраховується як різниця між запланованою вартістю зазначених медичних послуг відповідно до договору та сумою вартості медичних послуг за період до 1 числа останнього місяця поточного року.

В основу розрахунку державного тарифу на надання пакету медичних послуг «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах та стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій» закладається певна комбінація глобальної ставки (PPG_{plan}) та ставки на пролікований випадок на основі діагностично-спорідненої групи (PPD_{plan}), у порядку, поданому в табл. 4.

За встановленою методикою до такої ставки застосовуються коригувальні коефіцієнти:

- коефіцієнт збалансованості бюджету, що розраховується щоквартально;

- коефіцієнт готовності надавати медичну допомогу цілодобово, який становить 1,3 і застосовується лише для пакету медичних послуг «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах»;

– ваговий коефіцієнт діагностично-спорідненої групи, значення якого формується експертами-спеціалістами МОЗ України.

Таблиця 4

Порядок розрахунку тарифу на надання медичних послуг за пакетом «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах та стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій»

«Місяць»	Частка глобальної ставки (PPG _{plan}), %	Частка ставки на пролікований випадок (PPD _{plan}), %
Квітень	100	0
Травень	100	0
Червень	100	0
Липень	90	10
Серпень	75	25
Вересень	60	40
Жовтень	60	40
Листопад	60	40
Грудень	60	40

Примітка. Наведено за [5]

Проілюструємо базові розрахунки, що закладаються в основу визначення державного тарифу за надання медичної допомоги за зазначеним пакетом.

Глобальна ставка за місяць розраховується за формулою [5]:

$$\sum glob_i = Cases_{plan} \times BR \times CMI_{plan} \times R_{plan} \times PPG_{plan}$$

де: $\sum glob_i$ – сума глобальної ставки у відповідному місяці;

$Cases_{plan}$ – запланована кількість пролікованих випадків у відповідному місяці;

BR – базова ставка;

CMI_{plan} – запланований індекс структури випадків у відповідному місяці;

R_{plan} – запланований коефіцієнт готовності надавати медичну допомогу цілодобово у відповідному місяці;

PPD_{plan} – запланована частка глобальної ставки у відповідному місяці.

Розрахунок запланованої суми оплати за проліковані випадки за місяць здійснюється за формулою:

$$\sum DRG_i = Cases_{plan} \times BR \times CMI_{plan} \times R_{plan} \times PPD_{plan}$$

де: $\sum DRG_i$ – сума оплати за проліковані випадки у відповідному місяці;

$Cases_{plan}$ – запланована кількість пролікованих випадків у відповідному місяці;

BR – базова ставка;

CMI_{plan} – запланований індекс структури випадків у відповідному місяці;

R_{plan} – коефіцієнт готовності надавати медичну допомогу цілодобово у відповідному місяці;

PPD_{plan} – запланована частка ставки на пролікований випадок у відповідному місяці.

Запланований індекс структури випадків відповідного для надавача медичних послуг розраховується за формулою:

$$CMI_{plan} = \frac{\sum Cases_{plan} \times RW_i}{Cases_{plan}}$$

де: CMI_{plan} – запланований індекс структури випадків для відповідного надавача медичних послуг;

$Cases_{plan}$ – запланована кількість пролікованих випадків для відповідного надавача медичних послуг за відповідною діагностично-спорідненою групою;

RW_i – ваговий коефіцієнт за відповідною діагностично-спорідненою групою;

$Cases_{plan}$ – загальна запланована кількість пролікованих випадків для відповідного надавача медичних послуг за відповідним пакетом медичних послуг.

Фактична вартість медичних послуг за місяць розраховується як сума розміру глобальної ставки на медичні послуги за місяць та добутку загальної фактичної кількості пролікованих випадків за кожною діагностично-спорідненою групою протягом місяця, базової ставки, фактичного індексу структури випадків, коефіцієнта збалансованості бюджету та інших коефіцієнтів, що застосовуються у відповідному періоді.

Розрахунок фактичної суми оплати за проліковані випадки за місяць здійснюється за формулою:

$$\sum drg_i = Cases_{fact} \times BR \times CMI_{fact} \times R_{fact} \times PPD_{fact}$$

де: $\sum drg_i$ – фактична сума оплати за проліковані випадки у відповідному місяці;

$Cases_{plan}$ – фактична кількість пролікованих випадків у відповідному місяці;

BR – базова ставка;

SM_{fact} – фактичний індекс структури випадків у відповідному місяці;

R_{fact} – коефіцієнт готовності надавати медичну допомогу цілодобово у відповідному місяці;

PPD_{fact} – частка ставки на пролікований випадок у відповідному місяці.

Тарифи надання медичної допомоги з проведення хірургічної операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах та стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій містять три складові: ставку на оплату медичних послуг; ставку на оплату діагностичних послуг, у т.ч. лабораторних досліджень; ставку на оплату медичної реабілітації в гострому періоді.

Державний тариф на медичні послуги з амбулаторної вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги встановлюється як глобальна ставка за готовність надати 100 послуг з амбулаторної вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, що розраховується на основі базової ставки на медичні послуги, яка в 2020 р. становить 4942 гривні. До даної ставки застосовуються відповідні коригувальні коефіцієнти, що залежать від складності наданої медичної послуги, зокрема [5]:

- за хірургічні втручання, проведені амбулаторно – 9,713;
- за консультації, проведені амбулаторно – 1,0;
- за стоматологічну допомогу – 0,186.

Запланована вартість зазначених медичних послуг відповідно до договору розраховується як добуток кількості медичних послуг, згідно з даними звіту, базової ставки на медичну послугу з урахуванням відповідних коефіцієнтів.

Фактична вартість медичних послуг з амбулаторної вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги за місяць за кожним договором розраховується як 1/12 запланованої вартості зазначених медичних послуг відповідно до укладеного договору. До даного тарифу, відповідно до визначеного Порядку [5], включаться ставка на оплату медичних послуг та ставка на оплату діагностичних послуг.

Особливу групу розрахунків тарифів становлять такі специфічні види лікування, діагностування та супроводу осіб із ВІЛ, осіб із

психічними та поведінковими розладами. Для їх обрахунку до уваги береться глобальна ставка на рік, яка розраховується на основі капітаційної ставки і фактичної кількості осіб, що отримують таку допомогу. Пакет послуг, що надається таким пацієнтам, має відповідати укладеному договору медичного закладу з НСЗУ.

В умовах пандемії, спричиненої коронавірусом COVID-19, виникла необхідність формування тарифу на надання стаціонарної допомоги таким хворим. Тариф на таку допомогу встановлюється як глобальна ставка на місяць, і розраховується як комбінація ставки на медичну послугу за укомплектованість медичним персоналом, медичними виробами та лікарськими засобами (яка в 2020 р. склала 498325,65 гривні), та ставки на медичну послугу за готовність надавати медичні послуги пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом, в умовах інтенсивної терапії (яка в 2020 р. становить 171167,83 гривні) [5]. Особливостями формування тарифу є врахування таких факторів, як: задіяння в процес надання допомоги команди лікарів, куди входять лікарі-анестезіологи, лікарі-інфекціоністи/терапевти/педіатри, лікарі інших спеціальностей, а також середній і молодший медичний персонал; обмеженість часу лікувального процесу (тривалості пандемії); інтенсивний характер терапії; закупівля апаратів штучної вентиляції легень; виникнення нових підтверджених випадків захворювання тощо.

Підсумовуючи проведені дослідження та узагальнення практики формування державних тарифів на надання медичної допомоги за програмою державних гарантій, можна констатувати, що наведені методики є дещо громіздкими (за окремими видами медичних послуг), містять багато суперечливих положень і, головне, вимагають від керівництва медичних закладів і безпосередньо лікарів, що працюють в державній програмі, ґрунтовних економічних знань, або ж залучати фахівців для подання звітності відповідних фахівців.

3.4. Створення та розвиток інститутів страхової медицини

У кожній країні історично складається і розвивається свій спосіб залучення економічних ресурсів для надання медичної допомоги, збереження і зміцнення здоров'я населення. Кількість і якість виділених суспільством ресурсів, ефективність їх використання в сфері охорони

здоров'я визначається складною системою економічних, політичних, морально-етичних та інших відносин, що історично склалися в країні. Наявність в тій чи іншій країні відповідної системи охорони здоров'я визначається багатьма обставинами. Все залежить від того, що лежить в основі класифікації тієї чи іншої системи охорони здоров'я [5, 8].

В даний час всі існуючі системи охорони здоров'я зводять до трьох основних економічних моделей. Однозначних загальноприйнятих назв у цих моделях немає, але описи їх основних параметрів дається фахівцями, в загальному, однаково. Це: платна медицина, заснована на ринкових принципах з використанням приватного медичного страхування; державна медицина з бюджетною системою фінансування і система охорони здоров'я, заснована на принципах соціального страхування і регулювання ринку з багатоканальною системою фінансування. Експертами Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) (S. Hakansson, B. Majnoni, D'Intignano, G.H. Mooney, J.L. Roberts, G.L. Stoddart, K.S. Johansen, H. Zollner) запропонована класифікація, по якій розрізняється три первинних типи систем охорони здоров'я: 1 – державна, або система Беверіджа; 2 – система, заснована на всеосяжному страхуванні здоров'я, або система Бісмарка; 3 – недержавна, ринкова або приватна система охорони здоров'я. Зазвичай більшість авторів виділяють наступні моделі: 1) універсалістська (модель Беверіджа), 2) соціального страхування (модель Бісмарка), 3) «південна модель» (Іспанія, Португалія, Греція і частково Італія), 4) інституційна або соціал-демократична «скандинавська модель», 5) ліберальна (залишкового соціального забезпечення), 6) консервативна корпоративна (Японія), 7) латиноамериканська, 8) системи охорони здоров'я індустриальних держав Східної Азії, 9) системи охорони здоров'я країн з перехідною економікою [12].

Економічні моделі систем охорони здоров'я різних країн можуть бути позначені в залежності від того, яку роль і функції виконує держава в цих процесах [4]. Процеси реформування, які відбуваються в нашій державі, формують необхідність вдосконалення охорони здоров'я в напрямку створення системи, яка б відповідала сучасним світовим зразкам [7, 8]. Незважаючи на постійне збільшення фінансування галузі охорони здоров'я, суттєвої зміни структури видатків не відбувається, в т.ч. частка витрат на медикаментозне забезпечення залишається на рівні

7-8% [16, 17]. У зв'язку з цим важливим напрямком реформування галузі повинен бути пошук соціально адаптованих і економічно раціональних форм залучення коштів для медичного забезпечення та формування ідеології громадської охорони здоров'я, що має місце в усіх розвинених державах світу [12, 14]. Це стосується насамперед принципу суспільної солідарності і розвитку до певного рівня недержавного сектору охорони здоров'я, що є основою будь-якої прогресивної демократичної системи. Такий розвиток охорони здоров'я в нашій державі ще не набув широкого утвердження [16, 17].

Актуальність даного питання на сьогоднішній день є надзвичайно важливим тому, що за роки незалежності України система охорони здоров'я залишалась однією з небагатьох нереформованих сфер життя українців [1, 2]. Разом з тим, сьогоднішня система дещо відрізняється від радянської медичної системи. До недавнього часу вона працювала за власними неписаними правилами гри. Неформальні платежі часто були невід'ємним елементом системи, який допомагав їй вижити. З одного боку, вони дозволяли пацієнту розраховувати на більшу доступність якісної медичної допомоги, однак, не гарантуючи цього. З іншого боку, медичні працівники могли отримати додатковий дохід до своєї низької заробітної плати, яка і надалі залишається на 20% нижчою за середню по економіці. Крім того, головні лікарі (директори) медичних закладів розраховують і по нинішній час на спонсорство неформальні платежі для того, щоб відремонтувати приміщення, купити додаткове обладнання. В останні роки такі неформальні платежі дедалі більше замінюють обов'язковими «благодійними» внесками з боку пацієнтів. Зокрема, це стало необхідним з огляду на те, що виділене бюджетне фінансування переважно було достатнім лише на сплату заробітної плати та оплати комунальних послуг. Маршрут пацієнта став незрозумілим і заплутаним, оскільки в наявній системі охорони здоров'я пацієнти мали можливість самостійно вирішувати, до якого лікаря їм йти, а дільничний терапевт в місті часто працював як диспетчер, який спрямовує пацієнта до вузьких спеціалістів. При цьому підхід до оплати праці на основі фінансування наявної інфраструктури (зокрема, ліжок в лікарнях) та ставок лікарів призвів до зацікавленості лікарів в хворому пацієнтові, а не в здоровій людині. Оплата праці лікарів не залежала від якості і обсягу наданих послуг. Тому два лікарі однакового фаху в тому

самому закладі могли отримувати однакову заробітну плату при зовсім різному навантаженні. За результат амбулаторного лікування лікарі здебільшого не відповідали, оскільки, знову ж таки, пацієнт, отримавши призначення від кількох лікарів, насправді сам визначає, як йому лікуватись. В результаті цих чинників медична допомога в Україні надавалась переважно на вторинному рівні, тоді як у розвинутих європейських країнах на первинному рівні надається допомога у близько 70% випадків [4, 18].

Також певну долю розчарування у громадян викликає, закладене у нашій свідомості ще з радянських часів, переконання, що медицина має бути безкоштовною. Ці комуністичні догми, потрібно забути, а поглянути як живе увесь світ. Ще 30 років тому українці вважалися однією з найздоровіших націй у Європі. А сьогодні смертність серед українців вдвічі перевищує народжуваність і значно перевищує цей же показник у європейських країнах. Все більша частина смертей відбувається передчасно і від причин, безпосередньо не пов'язаних з віком. Смертність українських дітей у віці до одного року вдвічі перевищує показники для Західної Європи. Фундаментальною причиною поганого стану здоров'я українців є бідність. Середньостатистична українська родини, згідно з даними Держкомстату, проїдає майже 55% свого місячного бюджету, тоді як середньоевропейська – лише 22%. Близько 25% українських сімей перебувають за межею бідності.

Адже за показником витрат на охорону здоров'я в розрахунку на одного жителя Україна займає 111 місце серед 190 країн. Витрати лікувальних закладів на медикаменти, діагностичні процедури та виробі медичного призначення, необхідні для надання медичної допомоги, залишилися “позабюджетною турботою” і пацієнт у випадку хвороби залишається сам на сам зі своєю проблемою [5, 9].

Саме через недостатні обсяги фінансування й нераціональне використання наявних фінансових ресурсів, орієнтованих на утримання закладів охорони здоров'я, та незадоволення потреб населення в наданні медичної допомоги, призвело до того, що сучасна система охорони здоров'я характеризується низькою якістю медичних послуг і відсутністю мотивації медичних кадрів до якісної праці. Україна проголосила курс на євроінтеграцію і відповідно повинна

впроваджувати нормативні акти, які застосовуються в Європейському Союзі. Однією з 29 найскладніших проблем втілення у життя норм Європейського Союзу є впровадження страхової медицини [13, 18]. Сьогодні в Україні існує система медичного забезпечення яка є не зовсім ефективною і потребує впровадження нових принципів функціонування. В більшості країн Європейського Союзу давно й ефективно працює страхова медицина, яка допомагає ліквідувати проблеми зі здоров'ям. В Україні питання страхової медицини порушувалося неодноразово починаючи з 2003 року, але так і не було вирішене до кінця, через відсутність політичної волі змінити всю систему медицини та браку фінансових ресурсів. Після Революції Гідності в Україні в черговий раз розпочалися розмови про впровадження страхової медицини, але далі розмов справа знову не пішла [17].

Тому питання початку реформування системи охорони здоров'я було питанням часу. Спроби реформування медичної галузі розпочались у 2011 році з ухвалення двох законів: «Про внесення змін до основ законодавства України про охорону здоров'я» та «Про порядок проведення реформування в системі охорони здоров'я по пілотних регіонах». Пілотними було вибрано Дніпропетровську, Вінницьку і Донецьку області та м. Київ. *Мета реформи* – поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості [22].

Але спроби в черговий раз виявилися малоуспішними.

У 2018 році стартувала одна з найважливіших для України реформ – реформа первинного рівня медицини. Незважаючи на скептицизм певних структур та політичних діячів, трансформації на первинній ланці за допомогою нового механізму фінансування сприяли дуже швидким змінам у статусі лікаря первинки та й галузі взагалі [24, 25]. Раніше це був простий диспетчер, який нікого не цікавив, і більшість людей навіть не знали, який лікар працює на дільниці. А тепер він особисто зацікавлений у тому, щоб пацієнт був здоровим. Тому що від стану пацієнта і задоволення ним як фахівцем, напругу залежить його заробітна плата та розподіл часу. Адже за системою «гроші йдуть за пацієнтом» лікар отримує зарплатню в залежності від кількості людей, які підписали з ним декларації. Також, підписавши декларацію з лікарем, згідно Наказу МОЗ від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження

Порядку надання первинної медичної допомоги», пацієнт автоматично набуває право на безкоштовне отримання низки медичних послуг, що надаватимуться на первинній ланці [26].

У листопаді 2019 року уряд ухвалив Програму медичних гарантій, яка запрацювала з 1 квітня 2020 року на виконання Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», давши старт другій хвилі трансформації системи охорони здоров'я [24].

Національна служба здоров'я України (далі – НСЗУ) закуповує медичні послуги у закладах охорони здоров'я усіх рівнів надання медичної допомоги, організаційно-правової форми (крім бюджетної установи) та форми власності і оплачує їх за договором. Процедура закупівель медичних послуг передбачає дотримання надавачами умов надання послуг та специфікацій на конкретні послуги/групи послуг. Вимоги до надання послуг згруповані в пакети медичних послуг. Пакет медичних послуг складається, власне, з медичних послуг, до яких застосовується єдиний опис щодо специфікації послуг і до надання яких встановлюються єдині умови надання таких послуг. Також, всі послуги, що включені до пакету, оплачуються з використанням єдиного типу тарифу. Власне тариф може відрізнятися для різних послуг в пакеті, але підхід до оплати (наприклад, за глобальним бюджетом), не буде відрізнятися. Вимоги до медичних послуг, які будуть надаватися за Програмою медичних гарантій, розроблені для закладів (надавачів медичних послуг), які бажають укласти договір з НСЗУ [23, 26]. Медичні працівники, які надаватимуть медичну допомогу за Програмою медичних гарантій, повинні відповідати єдиним кваліфікаційним вимогам, встановленим чинними нормативно-правовими актами України, [19, 20, 21]. Вимоги до медичних послуг сформовані таким чином, що будь-який заклад, незалежно від його назви, рівня надання медичної допомоги та спеціалізації, який відповідає вимогам до надання послуг в межах Програми медичних гарантій, може укласти договір з НСЗУ на надання відповідної послуги або групи послуг [26].

Поряд з цими позитивними змінами, з'явилося дуже багато різноманітних проблем та впливли недоліки медичної реформи, зокрема багато запитань щодо оплати за надані послуги. Адже НСЗУ оплачує послуги лікарень за власними тарифами, які набагато нижчі реальної собівартості послуги. Наприклад, за розрахунком НСЗУ тариф

на оплату одного випадку відвідування вузького спеціаліста в поліклініці становить 49,42 грн. [24]. В цю суму входять, окрім прийому у лікаря, лабораторні, функціональні та інструментальні методи обстеження, де вартість тільки реагентів та розхідних матеріалів є значно дорожчою. Пологи оплачуються у розмірі 8,1 тисяч гривень, але по факту ця сума може сягати 30 тисяч гривень і більше. Подібна ситуація також з лікуванням інфаркту та інсульту.

Також із впровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом» може бути звільнено близько 50 тисяч медиків та закрито 332 лікарні [21].

Одним із найбільш відомих напрямків реформування є забезпечення пацієнтів безкоштовними ліками. Спеціально для цього в країні реалізовується урядова програма «Доступні ліки» – пацієнти із найбільш поширеними діагнозами мають змогу за рецептами від лікарів безкоштовно (або із доплатою) отримати медикаменти в аптеках, які беруть участь у цій програмі. Для забезпечення такої можливості аптеки, які беруть участь в програмі, отримують з Державного бюджету компенсацію за спеціальною процедурою – реімбурсацією. [25] Проте, впродовж одного року процедура здійснення реімбурсації змінювалася двічі. Спочатку вона здійснювалася через поліклініки, потім через органи місцевого самоврядування, і нарешті – через Національну службу здоров'я України. Кожного разу виконавці цієї процедури змушені були засвоювати її наново, кожного разу доводилося укладати нові контракти.

Окремою проблемою є низька якість медикаментів, що безкоштовно надаються громадянам за урядовою програмою «Доступні ліки». В гонитві за дешевизною Міністерство охорони здоров'я принесло в жертву якість. Найдешевші ліки доволі часто є ненайкращими.

В цілому, оцінка успішності медичної реформи змушує визнати, що, незважаючи на загальний позитивний результат цієї соціальної трансформації, має місце цілий ряд недоліків [2]. Наявність цих негараздів викликана переважно технічними недопрацюваннями у окремих офіційних документах МОЗ. Ці дрібні та прикрі недоліки на практиці призводять до значних ускладнень в реалізації реформи та сприяють негативному сприйняттю реформи населенням України. Тому подальшій реалізації Медичної реформи повинна передувати кропітка та обережна робота по вдосконаленню нормативно-правової бази реформи та виправленню помилок, що були припущені МОЗ [10, 17].

Двадцять століття є точкою відліку для обов'язкового медичного страхування і національної системи охорони здоров'я в країнах Європи [18, 22].

У всіх розвинутих країнах охорона здоров'я базується на страховій медицині або солідарній співоплаті лікування та надання медичних послуг. Такий принцип медичного страхування був запроваджений у німецькій моделі охорони здоров'я, завдяки канцлеру Німеччини Отто фон Бісмарку. Саме він запропонував систему державного соціального забезпечення, яку згодом перейняли чимало країн світу (варіюючи її під національні особливості). В Україні більше 60 років практично не було системи медичного страхування, і не так легко і просто зараз його запровадити, адже в нестабільних економічних умовах, коли вартість медичних послуг постійно змінюється, відсутня достатня законодавча база, неготовність системи охорони здоров'я до дотримання договірних взаємовідносин і співпраці, агресивна маркетингова політика окремих фармкомпаній та інші проблеми, навряд чи якась приватна страхова структура, основною метою діяльності якої є отримання прибутку, захоче ризикувати власними фінансовими активами. Для ефективної діяльності та впровадження системи медичного страхування сьогодні необхідно вивчити досвід інших країн при створенні національної системи медичного страхування. Тому спочатку потрібно провести стандартизацію надання медичної допомоги і дотримання протоколів лікування. За наявності протоколів (стандартів) медичної допомоги стає можливим визначення необхідного обсягу допомоги та контроль її результатів [11, 15]. Ще у 2011 році наказом МОЗ України № 808 «Про забезпечення виконання рішення розширеної апаратної наради МОЗ України за участю НАМН України «Про розробку медичних стандартів та уніфікованих клінічних протоколів на засадах доказової медицини» дане питання юридично врегульовано, але на місцях не завжди втілюється в життя через відсутність у лікарів фінансової мотивації призначати якісне, необхідне та ефективне лікування [5].

Якщо зазирнути в історію української страхової медицини, то переконаємося, що страхова медицина формувалася на основі лікарняних кас, які були організовані на промислових підприємствах. Метою їх створення було і є залучення коштів населення на добровільній основі для забезпечення медикаментами членів лікарняних кас. Вітчизняне медичне страхування зародилося в південній частині

України в кінці 80-х – на початку 90-х років XIX ст [4].

Одним із напрямків реформування галузі для покращення якості і доступності медикаментозного забезпечення стала солідарна участь населення в співоплаті витрат на медичну допомогу у формі лікарняних кас (ЛК). Вітчизняна історія медичного страхування свідчить, що страхова медицина формувалася на основі лікарняних кас, які були організовані при промислових підприємствах [4,5]. Метою їх створення було і є залучення коштів населення на добровільній основі для забезпечення членів лікарняних кас медикаментами при наданні амбулаторно-поліклінічної допомоги, лікуванні в умовах стаціонару, проведення діагностичних обстежень [6].

З 2000 року в Україні впроваджено в процес добровільного медичного страхування лікарняні каси. І поки в Україні тривають дискусії, якою ж має бути страхова медицина в країні, подібні об'єднання громадян як альтернатива державного медичного страхування успішно функціонують у всіх без винятку областях України, а також в багатьох європейських країнах, зокрема в Словаччині та Австрії. В Ізраїлі кожен громадянин зобов'язаний бути членом однієї з лікарняних кас. Ініціативу створення лікарняних кас підтримало міністерство охорони здоров'я України у 2005 році відповідним наказом № 400 Про взаємодію лікарняних кас, органів державної влади, органів місцевого самоврядування та закладів охорони здоров'я [6, 9].

Відновити після понад 100-річної перерви роботу лікарняних кас в Україні змусили реалії життя – недостатнє фінансування галузі охорони здоров'я, повільні темпи її реформування щодо запровадження багатоканального фінансування, відсутність обов'язкового медичного страхування та необхідність залучення додаткових коштів на потреби медичного обслуговування населення [6, 11]. Сучасне добровільне медичне страхування в Україні не набуло такого поширення, щоб стати базою для впровадження обов'язкового страхування [13]. Тому почали створюватися лікарняні каси – громадські об'єднання населення, яке не бажає чекати дотримання від держави безплатних соціальних гарантій, і готове самостійно на засадах солідарної участі забезпечувати необхідні ресурси для доступної та якісної медичної допомоги членам організацій [11].

Лікарняні каси в Україні у нинішній соціально-економічній ситуації є найоптимальнішими структурами для медикаментозного та

діагностичного забезпечення населення при виникненні медичного ризику у пацієнтів. В результаті діяльності ЛК формується позитивне мислення: у населення – щодо необхідності участі у співоплаті медичних послуг; у медичних працівників – щодо необхідності стандартизації медичних послуг (лікарський формуляр, протоколи лікування).

Тому з метою покращення якості і доступності медикаментозного забезпечення населення при недостатньому фінансуванні галузі охорони здоров'я, відсутності обов'язкового медичного страхування та потребі залучення додаткових коштів на медичне обслуговування населення утворюються структури, які за формою господарювання відносяться до благодійних організацій, але у своїй діяльності використовує всі принципи і підходи страхової медицини [9, 11, 13].

Для якісного надання послуг розроблена система управління якістю медичних послуг, їх моніторинг та аудит. Контроль якості послуг здійснюється згідно медичних стандартів та клінічних протоколів лікарем-експертом лікувальної установи та лікарем-експертом ЛК. Наявність у кожному лікувально-профілактичному закладі лікаря-експерта є обов'язковою умовою повноцінної роботи закладу, він є ключовою фігурою роботи ЛК. Можливість контролю за якістю надання медичної допомоги членам ЛК закріплена в договорах з лікувальними установами [3].

Схема реалізації основного завдання ЛК полягає в наступному: ліки та вироби медичного призначення лікувальний заклад отримує безпосередньо у фармацевтичної компанії, згідно заявки. Медикаменти знаходяться в медичному закладі та використовуються по цільовому призначенню, а також пацієнт зможе безкоштовно отримати потрібний препарат за рецептом в аптеці. Членство в ЛК не прив'язує людину до певного медичного закладу. За рахунок відпрацьованих договірних взаємовідносин пацієнт має можливість отримувати медичну допомогу в єдиному медичному просторі незалежно від джерел фінансування та місцезнаходження лікувальних установ. Надзвичайно важливо, що медикаментозне забезпечення застраховані отримують на всіх рівнях надання медичної допомоги: від фельдшерсько-акушерського пункту до спеціалізованих закладів охорони здоров'я, які виконують основну функцію по наданню допомоги та маршрутизації застрахованих осіб [6, 10].

Вивчаючи світовий досвід роботи подібних організацій, можна

переконливо стверджувати, що цей проект вигідний як для пацієнтів, так і для медичних закладів. Адже, його впровадження дає змогу залучити додаткові кошти для поліпшення забезпечення громадян – членів лікарняної каси медикаментами та виробами медичного призначення [13].

3.5. Впровадження медичного страхування на основі цифрових стандартів розвитку страхового сектору економіки

В умовах прискорених темпів цифровізації, які обумовлені досягненнями науково-технічного прогресу, так і викликами 21 ст., на які мають безпосередній вплив: формування нових економічних зв'язків в умовах глобалізації; кризові явища в економіці та економічні потрясіння; всевітня пандемія Covid-19; перехід на нові стандарти розвитку фінансових інструментів; соціалізація суспільного розвитку через тісну мережеву взаємодію, та ін. провідні економіки світу та ті, що розвиваються потребують економічних реформ та нових підходів до організації економічних процесів. Це безпосередньо обумовлює необхідність зміни пріоритетів розвитку страхового ринку, які мають бути спрямовані на збільшення рівня конкурентоспроможності страхових компаній та надання конкурентних переваг по клієнтському обслуговуванню і реалізації страхових послуг як на внутрішньому, так і на зовнішньому ринках [1].

Варто відмітити, що в умовах України страховий ринок ще не достатньо розвинений до рівня світових ринків страхування, чим і визначається його перманентний характер функціонування без державної участі, та наявності обов'язкової системи. Страхові компанії переважно самостійно будують свою фінансово-економічну політику і стратегії розвитку, розробляють внутрішні фінансові механізми, що впливають на результативність їх діяльності. В умовах становлення та розвитку страхового ринку в Україні з посиленням фактору цифровізації економічних процесів, в найближчому часі страхові компанії стикнуться з потребою трансформації своєї діяльності, наближення до потреб клієнта, забезпечення надійного функціонування, шляхом забезпечення економічної спроможності пов'язаної з ефективним бізнес-плануванням та прогнозуванням своєї діяльності в умовах новітніх викликів. Сучасні методи економіко-математичного моделювання, а саме методів кореляційно-регресійного аналізу, математичного програмування,

сучасних технологій імітаційного моделювання потрібно буде інтегрувати з новими стандартами оплати та надання послуг, гарантіями збереження ресурсів по накопичувальних страхових програмах в умовах економічної невизначеності та переходу на блокчейн технології [2].

Дослідженню проблематики та тенденцій розвитку страхового ринку присвячені праці вітчизняних та зарубіжних науковців, що зробили значний внесок у висвітлення особливостей функціонування страхового ринку України: В.Д. Базилевич, Н.М. Внукова, О.О. Терещенко, Л.М. Горбач, О.Д. Заруба, С.С. Осадець, В.В. Ковальова, О.А. Клепікова, Д.Д. Хемптон, Є.Ф. Брігхем, А.І. Гінзбург, М.А. Зайцева, Л. Рейтман, Т.А. Федорова, А.К. Шахова та інші.

Визначаючи беззаперечний вклад даних науковців слід зазначити, що розвиток медичного страхового ринку в Україні в умовах цифровізації з врахуванням індивідуалізації цифрових послуг не знайшов належного наукового викладу, атому становить як науковий так і прикладний інтерес.

Місце страхового ринку у фінансовій системі обумовлено як роллю різних фінансових інститутів у фінансуванні страхового захисту, так і їх значенням як об'єктів розміщення інвестиційних ресурсів страхових організацій і обслуговування страхової, інвестиційної та інших видів діяльності. Специфіка страхування визначається безпосереднім зв'язком страхового ринку з фінансами підприємств, фінансами населення, банківською системою, державним бюджетом та іншими фінансовими інститутами, в рамках яких реалізуються страхові відносини. У таких відносинах відповідні фінансові інститути виступають як страхувальники і споживачі страхових продуктів. Специфічні відносини складаються між страховим ринком і державним бюджетом та державними позабюджетними фондами, що пов'язано з організацією обов'язкового страхування [1].

За період існування страхового ринку він зазнав декількох фундаментальних технологічних інновацій, зокрема впровадження актуарій (розрахунки страхових тарифів), що стали основою сучасної страхової справи; використання досвіду роботи страхових агентів, що заклала базу для розширення сфери страхування та її масового прийняття; застосування комп'ютерних новацій і технологічних рішень, спрощення реалізації багатьох бізнес-процесів в системі страхування життя та інших видів страхування.

Стрімке зростання розмірів фінансових ринків, їх інтернаціоналізація призвели до посилення впливу страхових компаній на мобілізацію і перерозподіл фінансових ресурсів, збільшення їхньої частки у сукупному обсязі фінансових активів. Страхові компанії, які є безпосередніми учасниками фінансового ринку, активізували свою діяльність, забезпечуючи страховий захист інших суб'єктів господарювання, що значною мірою впливає на економічний розвиток держави, і набуває значущості у зв'язку з кризовими явищами у вітчизняній економіці. Це ускладнює діяльність страховиків, підвищує її ризикованість при отриманні прибутків та забезпеченні стабільності. На даному етапі в Україні страховий сектор загалом та його медична складова не спроможний у повній мірі виконувати свої функції на макроекономічному рівні: забезпечити безперервність суспільного відтворення, звільнити державу від додаткових витрат, стимулювати науково-технічний прогрес, інвестувати економіку.

Проте з розвитком епохи цифрових технологій, для страхового ринку з'являються нові можливості та перспективи розширення, що буде пов'язано, як з розширенням сфери послуг, так і формування розподіленого реєстру (бази) даних, на основі якого цей ринок може зазнати нової якості. Зокрема впровадження дата технологій та доступ до інформації про переважну більшість потенційних страхувальників і об'єктів страхування, обумовлюватимуть зміну технологічного укладу в страховій галузі і формування нових страхових послуг та стратегій їх реалізації.

Для визначення місця і ролі страхування в цифровій економічній системі необхідно сформулювати теоретичне поняття «цифрове страхування», та визначити його особливості та можливості реалізації в практичній площині, що може бути досягнуто через реалізацію наступних постулатів.

По-перше, під цифровим страхуванням можна розглядати частину економічних відносин, обумовлених наявністю страхових інтересів у організацій і громадян та їх задоволенням за допомогою цифрових технологій. Іншими словами, цифрове страхування – це прямиий спосіб реалізації страхового захисту людини, без будь-яких технологічних відхилень, через невірне сприйняття «цифровізації» в страхуванні.

По-друге, активний розвиток цифрових технологій в умовах

формування цифрової економіки може стати причиною появи нових ризиків, в тому числі в кіберсфері (кібер ризики) [3], а також інших ризиків, які можуть виникати в ході науково-практичних досліджень. Частина ризиків цифрової економіки може мінімізуватися завдяки використанню механізмів страхування. Тому під цифровим страхуванням можна розуміти спосіб задоволення потреб страхувальників у специфічному страховому захисті, обумовленому випадковими несприятливими подіями, що відбуваються переважно в середовищі цифрової економіки і супутнім застосуванням технологічного обладнання, що є основою матеріальної бази реалізації економічних відносин. Раніше такі страхові послуги можна було розглядати в контексті системи страхування електронної комерції [6], страхування інтернету речей, страхування кібер-ризиків, страхуванням від електронних і комп'ютерних злочинів, відповідальність штучного інтелекту, скриті цифрові ризики.

Таким чином проблематика детермінації цифрового страхування полягає в його дуальності, де, з одної сторони, цифрове страхування породжується цифровою економікою, а з іншої – воно виступає її складовою через реалізацію цифрових технологій, що органічно імплементується інститутом страхування.

Отже, цифрове страхування – це спосіб задоволення традиційної або специфічної (породженої digitaltechnology) потреби в страховому захисті за допомогою цифрових технологій. При цьому здійснення страховими компаніями страхової діяльності з використанням цифрових технологій визначається нами як цифровізація страхового ринку.

На даний момент в якості основних напрямків цифровізації страхового сектору виступають кілька феноменів, які в рамках вже сформованої термінології цифрової економіки можуть визначатися як інтернетизація, цифровізація та індивідуалізація страхової справи.

Сьогодні можна визначити два показника для оцінки цифровізації страхового ринку: використання нових цифрових технологій і рівень проникнення (цифровізації).

Показник використання нових цифрових технологій можна розрахувати як відношення страхових компаній, які застосовують нові цифрові технології в тому чи іншому бізнес-процесі, до загальної кількості страхових компаній. Як показують дослідження, що незважаючи на

«молодість» напряму цифровізації діяльності страхових компаній, всі страховики в тій чи іншій мірі застосовують нові цифрові технології.

Найбільшою мірою процесу цифровізації на даному етапі піддаються такі напрями, як продаж страхових програм (продуктів) (97%) і комунікації зі страхувальниками при супроводі договору страхування (93%). Середній показник використання нових цифрових технологій відзначається у врегулюванні страхових випадків (80%) і розробці нових програм страхування (77%). Найменші показники використання показують процеси оцінки страхового ризику при укладанні договору страхування (70%) і управління ризиками страхових компаній (67%). Розподіл показників по бізнес-процесах можна пояснити тим, що на етапі формування цифрових каналів продаж найбільш легко і точно можна визначити окупність витрат на впровадження цифрових технологій. Цифровізація комунікацій зі страхувальниками пов'язана з активними діями з боку регуляторів страхового ринку і саморегулюючої організації з розвитку інститутів із захисту прав страхувальників (вигодонабувачів) [4].

Цифрова економіка передбачає використання економічними суб'єктами, в тому числі страховими компаніями, цифрових технологій, до яких відносяться: системи великих баз даних (BigData); нейротехнології і штучний інтелект; системи розподіленого реєстру (Blockchain); квантові технології; нові виробничі технології (телематика, телемедицина); промисловий інтернет (інтернетизація бізнес-процесів); компоненти робототехніки і сенсорики; технології бездротового зв'язку; технології віртуальної і доповненої реальностей.

Очевидно, що цифрова економіка не змінює економічної суті страхування як економічних відносин, пов'язаних з наявністю страхового ризику і з формуванням страхового фонду. Особливість страхування в цифровій економіці визначається:

- специфічними ризиками, притаманними цифровій економіці, що формують потребу в страховому захисті;
- специфічними цифровими технологіями, що складають основу цифрової економіки, і їх застосуванням на страховому ринку.

Незважаючи на активну цифровізацію, страховий ринок в Україні все ще перебуває на початковому етапі розвитку, окремі його сегменти стрімко розвиваються, проте страхове покриття населення залишається

на низькому рівні (до 5%, тоді як у країнах Західної Європи – понад 85%). Згідно з даними Ліги страхових організацій України, на вітчизняному страховому ринку у 2018 році договори страхування життя уклали 1,77 млн. осіб, тобто менше 5% населення [6].

Ринок страхових послуг є другим за рівнем капіталізації серед інших небанківських фінансових ринків. Загальна кількість страхових компаній станом на 31.12.2018р. в Україні становила 281, у тому числі СК «life» – 30 компаній, СК «non-life» – 251 компанія, (станом на 31.12.2017 – 294 компанії, у тому числі СК «life» – 33 компанії, СК «non-life» – 261 компанія). Кількість страхових компаній продовжує тенденцію до зменшення, так за 2018 рік порівняно з 2017 р., кількість компаній зменшилася на 13, порівняно з 2016 р.– на 29 [5].

В 2019 р. дана тенденція продовжилась і за 9 місяців цього року відбулось закриття ще 47 страхових компаній в Україні (234 до 281 на початок 2019 р.) [5].

Аналіз зарубіжного страхового ринку показує, що особливою популярністю у більшості країн із ринковою економікою користується медичне страхування. Медичні послуги надаються в обов'язковій і добровільній формі, вибір якої залежить від таких чинників: культурно-історичних, соціально-економічних, демографічних умов, рівня захворюваності та інших факторів, що характеризують загальний стан здоров'я і рівень медичного обслуговування в тій чи іншій країні. Пенсійне забезпечення у більшості країн світу здійснюється за рахунок державних пенсійних систем, недержавними пенсійними фондами, страховими компаніями та іншими фінансовими організаціями. Значна частка населення країн з ринковою економікою надає перевагу у системі пенсійного забезпечення послугам приватних страхових компаній.

Світовий досвід доводить необхідність застосування майнового страхування, яке забезпечує мінімізацію широкого кола ризиків, та страхування відповідальності. У більшості країн світу здійснюється, як правило, обов'язкове страхування власників ряду джерел підвищеної небезпеки та професійної відповідальності певних категорій фахівців. В основу всіх видів страхування відповідальності покладено норми національних законодавств та міжнародного права. Рівень розвитку страхування відповідальності прямо залежить від розвитку національних економік та досконалості правових інститутів.

У нашій країні розвиваються лише класичні види страхування – обов'язкове страхування автомобілів (автоцивілка), майнове страхування, ризикове страхування, довгострокове накопичувальне медичне страхування (life-програми).

Якщо говорити про програми страхування життя, то серед них можна виділити наступні:

1. Ризикове страхування життя, тобто страхування на випадок смерті, страхування від нещасних випадків, захворювань та інвалідності;

2. Змішане страхування життя: накопичувальне страхування з одночасним страховим захистом на випадок смерті з метою забезпечення накопичення певного капіталу на відповідні потреби (наприклад, для придбання будинку, навчання у вузі, весілля або забезпечення людини на період непрацездатності тощо);

3. Пенсійне страхування: накопичувальне страхування для забезпечення додаткового періодичного (наприклад, щомісячного) доходу протягом певного терміну чи довічно, після виходу на пенсію або досягнення певного віку (ануїтет) [3].

Для більш точної характеристики цифровізації страхового ринку пропонується використовувати показник рівня проникнення нових цифрових технологій (рівень цифровізації), який показує відношення бізнес-процесів з використанням нових цифрових технологій до загальної кількості бізнес-процесів у страховій компанії. На сьогодні дані показники ще відзначається суб'єктивністю оцінок самих страхових компаній, які методом анкетування відзначають проникнення та перспективи цифровізації бізнес процесів. Пріоритети цифровізації по бізнес-процесам в страховому секторі можна згрупувати по окремих категоріям самих процесів, що представлено в таблиці 1.

Таблиця 1

Цифрові технології по бізнес-процесам в страхових компаніях [4]

	Бізнес процес	Цифрові технології та % їх застосування в СК
1.	Продажі страхових програм	Технології виробничого інтернету (97%) Мобільні додатки (11%) Блокчейн (7%)
2.	Розробка програм страхування	Нові виробничі технології – телематика і телемедицина(43%)
3.	Комунікації з страховиками	Організація особистих електронних кабінетів (90%) Електронний документообіг (57%)

	Бізнес процес	Цифрові технології та % їх застосування в СК
4.	Врегулювання страхових випадків і виплат	Електронний документообіг (63%) Автоматизація виплат (37%) Технології великих баз даних (30%) Телемедицина (27%)
5.	Оцінка страхового ризику	Технології великих баз даних (50%) Телематика, телездоров'я (30%) Штучний інтелект (20%)
6.	Управління ризиками	Технології великих баз даних (57%) Штучний інтелект (23%)

Варто відмітити, що поки що в страховому секторі ще не так популярна технологія блокчейн, що пов'язано із складністю її розробки та застосування, проте, її використання безпосередньо в продажах страхових продуктів, матиме першочергове значення, оскільки сама технологія передбачає можливість надання страхових послуг в рамках комплексних програм страхування з використанням смарт-контрактів та можливістю підключення блокчейн протоколів до мікрострахування або взаємного страхування. Також блокчейн може використовуватись і в бізнес-процесах, таких як врегулювання страхових спорів, через ведення історії таких спорів в єдиному реєстрі чи в документообігу, через можливості блокчейну у захисті персональної інформації клієнтської бази страхових компаній.

До основних проблемних чинників, що стримують розвиток страхового ринку в напрямку цифровізації бізнес-процесів можна віднести [7]:

- недосконала нормативно-правова база;
- низький попит фізичних і юридичних осіб на страхові послуги, що спричинено економічною та політичною кризою в країні та недостатнім рівнем фінансової грамотності населення;
- відсутність надійних інвестиційних програм, а також реальних фінансових механізмів для довгострокового розміщення страхових резервів;
- низький рівень страхових виплат;
- низький рівень доходності окремих видів страхування;
- недостатня ефективність стратегічного менеджменту страхових компаній;
- значна інформаційна закритість діяльності страхових компаній;

- політична нестабільність в країні та відсутність культури страхування;
- слабкі зовнішньоекономічні зв'язки України у сфері страхування з іншими країнами;
- нерозвиненість національної страхової інфраструктури;
- недостатній рівень і потенціал розвитку страхування за межами країни;
- низькі показники конкурентоспроможності українських страхових компаній.

Велика кількість зазначених проблем пояснюються передусім прагненням страхових компаній максимізувати прибуток, незважаючи ні на довгострокові інтереси галузі, ні на професійну етику[8].

Також сьогодні актуальним залишається питання розвитку страхового захисту як окремого напряму державного регулювання розвитку бізнесу і підприємництва в різних галузях народного господарства, тобто шляхом прийняття спеціальних законів, визначення обов'язкових видів страхування, регламентації діяльності страхових організацій.

Для того, щоб на українському страховому ринку покращилась ситуація, на нашу думку, необхідно застосувати такі заходи:

- відновлення довіри населення до страховиків, що вимагає серйозних, зрозумілих для потенційних клієнтів, гарантій повернення вкладених коштів і нарахованих на них відсотків;
- посилення контролю за діяльністю страховиків з боку органів страхового нагляду, застосування ними своєчасних заходів, які попереджують неплатоспроможність страховиків;
- створення нормативної бази, яка регулює права, обов'язки та відповідальність сторін за договорами перестрахування;
- стабілізація фінансового стану всіх суб'єктів економіки та населення;
- удосконалення організаційної структури та створення інфраструктури страхового ринку на рівні світових вимог;
- розвиток системи перестрахування;
- розширення сфери цифровізації страхових послуг.[9]

Перспективи розвитку ринку страхування в Україні залежатимуть від подальшого удосконалення законодавчої бази, що регулює не тільки

сферу страхування, а і загалом всі види діяльності, зокрема розвитку недержавного пенсійного страхування, страхування життя, медичного страхування, іпотечного кредитування, діяльності банків та їх впливу на страхування, а також від створення сприятливої системи функціонування інституту страхових посередників, покращення страхової культури та підвищення довіри до страховиків через широке впровадження в страховий сектор максимально ефективних стандартів цифровізації бізнес-процесів.

Отже, при розгляді сутності страхового ринку, в умовах поглиблення його цифровізації за основними напрямками діяльності, що складають на сьогодні основу для його розвитку можна стверджувати, що страховий ринок в цілому є складною системою, яку утворює низка взаємопов'язаних і взаємообумовлених підсистем. Оскільки впродовж останніх років ситуація на ринку страхових послуг України складалася не зовсім за означеними напрямками і на його функціонування мали безпосередній вплив наслідки світових та державних криз, то це призвело до уповільнення темпів росту доходів страхових компаній, зменшення попиту населення на страхові послуги. Поряд з цим вітчизняний страховий ринок має значний потенціал розвитку, важливим є створення умов та нових можливостей у його розвитку.

Основним фактором розвитку вітчизняного ринку страхування життя на сьогоднішній день є те, що він знаходить у станівизначення своєї ідентичності. Розвиток страхування життя може суттєво посилити роль та довіру до приватного сектору у реалізації соціальних програм, що у свою чергу призведе до зменшення навантаження на бюджет. Такий вид страхової послуги, як страхування життя, здатний мінімізувати наслідки соціальних ризиків, дати гарантію безпеки, підвищити якість життя людини, забезпечити надання додаткової фінансової допомоги. Потенціал розвитку українського ринку страхування життя дуже великий, насамперед, унаслідок новизни цієї послуги на фінансовому ринку, що особливо може бути підсилено розвитком «цифрового страхування».

Але основною проблемою є те, що національні страхові компанії займаються страхуванням життя не достатньо довгий період, в порівнянні з міжнародними компаніями, які мають багатовікову історію, а тому ще не нагромадили достатнього розміру капіталу, щоб виступати надійними гарантами «страхового продукту». Західні експерти

позитивно оцінюють перспективи розвитку вітчизняного страхового ринку, вважаючи, що український ринок страхування життя – один з найпривабливіших в Європі, оскільки має великий потенціал розвитку [7, с.375]. Діджиталізація фінансових послуг, в тому числі, страхових створює додаткові передумови для розвитку ринку страхування життя, оскільки клієнти мають вільний доступ до статичної інформації стосовно кількості укладених договорів, розмірів та обсягів страхових виплат, а також інформаційні технології дозволяють формувати електронні страхові поліси, тим самим спрощуючи процес формування договору, автоматизуючи ціноутворення страхової послуги.

Впровадження в Україні медичного й пенсійного страхування на основі цифрових стандартів розвитку страхового сектору економіки, забезпечить досягнення таких результатів:

- отримання громадянами додаткової можливості доступу до страхових послуг, в умовах кризових явищ в економіці та суспільних потрясінь, що дозволить завчасно потурбуватися про своє майбутнє та забезпечити звичний матеріальний стан для себе, своїх рідних і близьких;

- гіпотетичний вплив на демографічну ситуацію в Україні в сторону покращення; підвищення зацікавленості населення у дбайливому ставленні до свого здоров'я;

- підвищення якості медичного обслуговування; нарощення фінансової бази страхових компаній, які здійснюють довгострокові види особистого страхування, внаслідок одержання додаткових коштів і використання їх протягом тривалого часу;

- скорочення дефіциту державного бюджету шляхом його часткового розвантаження в питаннях фінансування закладів охорони здоров'я;

- задоволення потреб національної економіки в інвестиційних ресурсах;

- прискорений розвиток страхового ринку через використання цифрових технологій та їх впровадження безпосередньо, як в сервісне обслуговування клієнтів так і в бізнес процеси страхових компаній.

Впровадження цифрових технологій сферу страхування, не змінить її економічної суті, проте буде супроводжуватися інноваціями, безпосередньо пов'язаними з підвищенням ефективності страхової діяльності, розробкою нових програм медичного страхування, конвергенцією комерційної та взаємної системи страхування.

РОЗДІЛ 4

КАДРОВИЙ МЕНЕДЖМЕНТ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

4.1. Кадрова політика галузі охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи

На сучасному етапі розвитку української держави вироблення та реалізація кадрової політики в усіх сферах національного господарства, у тому числі і в соціально-гуманітарній сфері, зокрема, сфері охорони здоров'я, вбачається одним із пріоритетних завдань.

Більшість науковців відзначають стратегічний характер кадрової політики [1; 2; 3]. Так, за визначенням Ю.В. Ковбасюка, «державна кадрова політика – це цілеспрямована стратегічна діяльність держави, пов'язана з плануванням та прогнозуванням формування, професійного розвитку та раціонального використання кадрів, усіх трудових ресурсів України, визначенням цілей і пріоритетів кадрової діяльності» [1]. О. Дьомін, Е. Леліковта В. Сороко під державною кадровою політикою розуміють державну стратегію, що виражає волю народу, політичний курс роботи з кадрами на загальнодержавному рівні, стратегії формування, розвитку та раціонального використання кадрів, всіх людських ресурсів держави» [2]. О.Ю. Оболенський дає таке визначення: «під державною кадровою політикою слід розуміти державну стратегію, політичний курс роботи з кадрами на загальнодержавному рівні, що віддзеркалює волю народу, державну стратегію формування, розвитку та раціонального використання кадрів, усіх трудових ресурсів держави. У змістовному плані державна кадрова політика – це система офіційно визнаних цілей, завдань, пріоритетів і принципів діяльності держави з організації та регулювання кадрових процесів і відносин» [3].

Враховуючи множину галузей та сфер національного господарства, державна кадрова політика має свою специфіку реалізації в кожній з них. Перебуваючи на шляху формування ринкової економіки, більшість цих галузей та сфер підпадають під реформування. Сьогодні найбільш значущою для нашої країни є медична реформа, яка розпочалася у 2016 році. В ході реалізації цієї реформи під модернізацію підпадають не лише організаційні та фінансові аспекти, а й кадрові

також. Тому в цьому контексті особливої важливості набуває модернізація підходів до формування та реалізації державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я.

Серед науковців немає єдиного чіткого визначення мети кадрової політики у сфері охорони здоров'я. Так, В.В. Короленко та Т.П. Юрочко вважають, що «головна мета сучасної кадрової політики у сфері охорони здоров'я полягає у забезпеченні високого професіоналізму всіх ділянок трудової діяльності кваліфікованими, активно діючими, добросовісними медичними працівниками, здатними забезпечити якісними послугами з профілактики, діагностики та лікування населення України» [4, с. 26]. Т.П. Авраменко стверджує, що головною метою кадрової політики у сфері охорони здоров'я є «покращення результативності діяльності як окремого медичного працівника, так і системи охорони здоров'я в цілому [10, с. 4]. В.І. Борщ основною метою кадрової політики у сфері охорони здоров'я вважає «забезпечення оптимального балансу процесів оновлення та збереження кількісного та якісного складу персоналу закладів охорони здоров'я відповідно до вимог законодавства та стану ринку праці медичних кадрів [11, с. 76].

На нашу думку, головною метою кадрової політики в сфері охорони здоров'я є розробка та реалізація стратегії формування та використання кадрових ресурсів як однієї із передумов ефективного функціонування всієї системи охорони здоров'я.

Стратегічними цілями кадрової політики у сфері охорони здоров'я є:

1) у соціальному аспекті – досягнення високого рівня розвитку людського потенціалу держави, забезпечення рівня популяційного здоров'я, що підтверджуватиметься високими рівнями індексу людського розвитку та індексу здоров'я; задоволення очікувань медичних працівників щодо професійної самореалізації, гідних умов праці, у тому числі її оплати;

2) в економічному аспекті – на забезпечення сфери охорони здоров'я кваліфікованими кадрами, підвищення рівня добробуту населення, конкурентоспроможності держави в цілому та на міжнародному ринку надання медичних послуг;

3) в інституційному аспекті – на вдосконалення нормативно- правової бази з метою запровадження новітніх підходів у кадровому менеджменті у сфері охорони здоров'я з урахуванням вимог Європейського Союзу;

4) в організаційному аспекті – на розбудову системи управління трудовими ресурсами у сфері охорони здоров'я на засадах соціального діалогу та партнерства держави і суб'єктів підприємницької діяльності [13].

Пріоритети кадрової політики в сфері охорони здоров'я залежать від того, які проблеми потрібно вирішити в цій сфері і яку головну мету планується досягти в майбутньому.

У 2019 році колективом авторів (Д. Богдан, А. Бойко, А. Василькова та ін.) в рамках реалізації проекту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» було проведено дослідження стану кадрових ресурсів в системі охорони здоров'я України [20]. В результаті аналізу було виявлено, що упродовж 1993-2018 рр. співвідношення кількості медичних сестер та лікарів в Україні мало тенденцію до зниження з 2,7 до 2,2 (рис. 1). Для порівняння, у ЄС станом на 2016 р. середнє значення співвідношення медичних сестер та лікарів становить 2,4:1, що є вищим за вітчизняні показники.

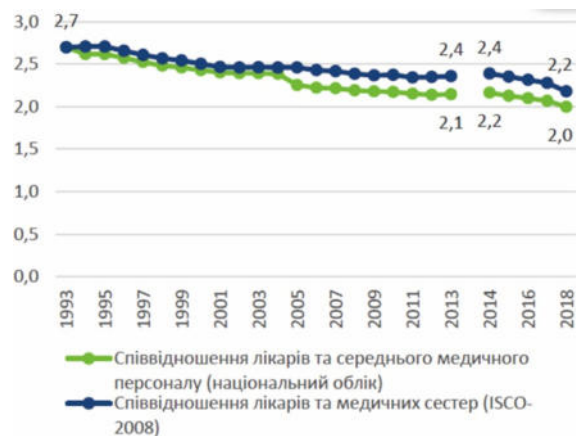


Рис. 1. Динаміка співвідношення лікарів та медичних сестер закладів охорони здоров'я публічного сектору у 1993-2018 рр.

Примітка: наведено за [12, с. 20]

Зниження співвідношення медичних сестер і лікарів зумовлене зниженням їх загальної кількості. Так, у 2017-2018 рр. в Україні кількість лікарів зменшилася на 2 737 осіб, а кількість середнього медичного персоналу – на 17 032 особи. Це понад удвічі більше, ніж у попередньому році. Зменшення середнього медичного персоналу

впродовж вказаних років відбулося саме за рахунок зменшення кількості медичних сестер, акушерів та фельдшерів, зокрема: кількість акушерів зменшилася на 8,4%, кількість фельдшерів зменшилася на 5,4%, а медичних сестер – на 4,3%. Зменшення кількості лікарів упродовж 2017-2018 рр. відбулося в основному за рахунок зменшення кількості стоматологів (45% від загальної кількості лікарів).

Аналіз структури лікарів за видами медичної допомоги виявив, що вона майже не змінювалася з 1993 р. Так, станом на 01.01.2019 року частка лікарів спеціалізованої допомоги становила 79%, первинної допомоги – 18%, а екстреної допомоги – 4% (рис. 2).

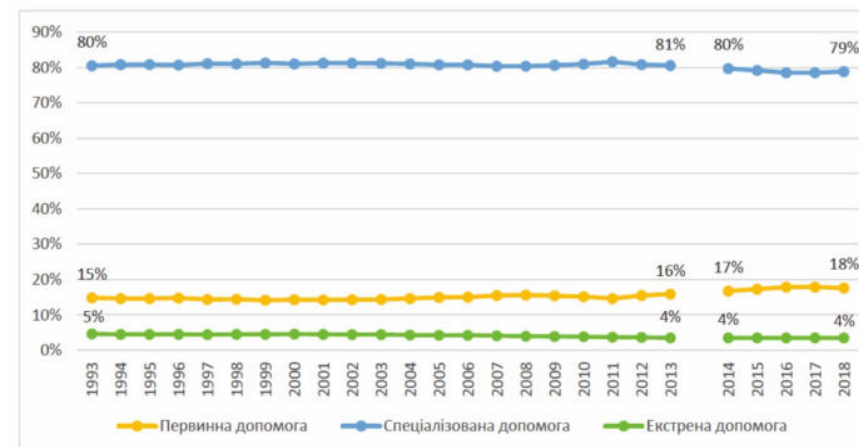


Рис. 2. Розподіл кількості лікарів за рівнями медичної допомоги, заклади охорони здоров'я публічного сектору, 1993-2018 рр.

Примітка: наведено за [12, с. 25]

При цьому співвідношення лікарів первинної медичної допомоги та лікарів вторинної ланки у 1993 р. становило 1:5,4, а у 2018 р. – 1:4,5. Для порівняння, в ЄС таке співвідношення складає 1:3.

Аналіз структури лікарських посад залежно від виду закладу охорони здоров'я показав, що у 2018 р. дві третини штатних посад лікарів (65,5%) були зосереджені у стаціонарних закладах охорони здоров'я і третина (34,5%) – у амбулаторно-поліклінічних закладах охорони здоров'я. Аналогічна ситуація спостерігається і серед посад середнього медичного персоналу. Так, 77,5% посад середнього медичного персоналу зосереджені у стаціонарних закладах охорони

здоров'я, натомість 22,5 % – у амбулаторно-поліклінічних закладах охорони здоров'я. Для порівняння, у 2016 році в ЄС такий розподіл посад був більш рівномірним: у стаціонарних закладах охорони здоров'я були зосереджені 57% лікарських посад та 48% посад медичних сестер.

Хоча загальна структура розподілу лікарів за рівнем медичної допомоги є стабільною, протягом досліджуваних років відбулися суттєві зміни у складі лікарів первинного рівня як результат проведення медичної реформи та розвитку сімейної медицини: спостерігається зниження кількості дільничних педіатрів і дільничних терапевтів, натомість стрімко зростає кількість лікарів загальної практики – сімейних лікарів (рис. 3). Так, у 1993-2013 рр. середньорічні темпи приросту кількості дільничних терапевтів становили (-3%), а дільничних педіатрів – (-2%). За цей період кількість сімейних лікарів у середньому зростала на 29% за рік. Вже у 2014-2018 рр. темпи зменшення дільничних терапевтів та дільничних педіатрів становили в середньому 12% та 3% за рік, а середньорічні темпи зростання кількості сімейних лікарів – (+5%). На 01.01.2018 щільність лікарів, які надають первинну медичну допомогу, становила 4,8 на 10 тис. населення, що є нижчим за середній показник у ЄС у 2016 р. (7,8 на 10 тис.).

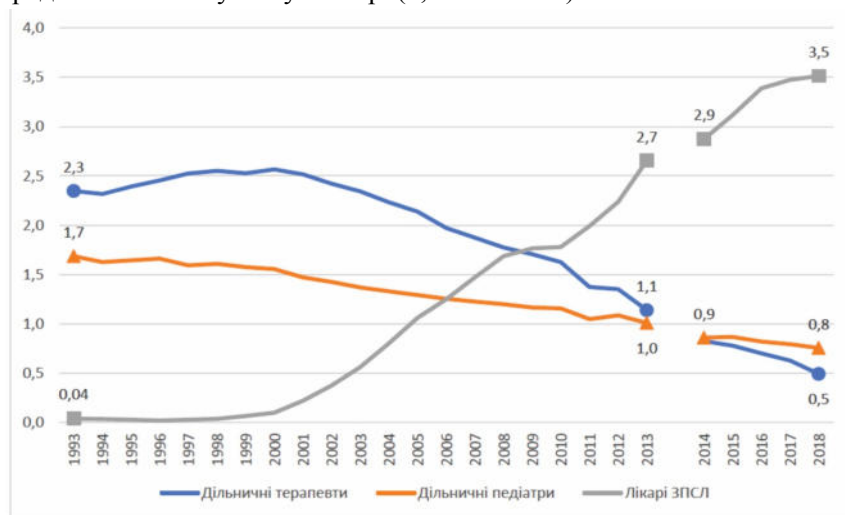


Рис. 3. Динаміка щільності лікарів первинної ланки, заклади охорони здоров'я публічного сектору, 1993-2018 рр., на 10 тис. населення

Примітка: наведено за [12, с. 26]

Протягом досліджуваних років спостерігається зниження

щільності лікарів екстренної медичної допомоги: з 1,28 на 10 тис. населення у 1993 році до 1,07 на 10 тис. населення у 2013 році (рис. 4). Середньорічний темп приросту у 1993-2018 рр. становив -0,9%. У 2014-2017 рр. Хоча у 2014-2017 рр. щільність лікарів екстренної медичної допомоги дещо зросла (середньорічний темп приросту склав +0,2%), проте вже у 2018 р. знову зафіксовано зменшення щільності на 1,9% порівняно з попереднім роком (до 0,98 на 10 тис. населення) (рис. 4.4).

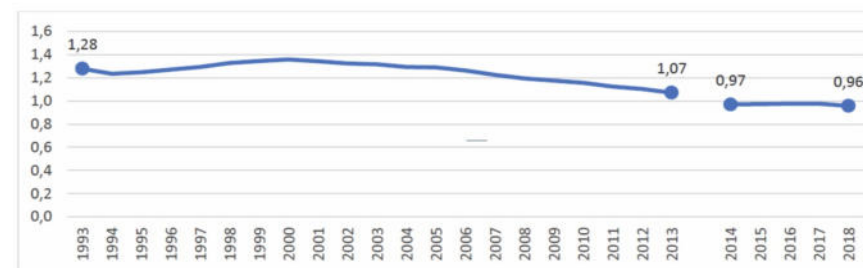


Рис. 4. Динаміка щільності лікарів екстренної медичної допомоги закладів охорони здоров'я публічного сектору, 1993-2018 рр., на 10 тис. населення

Примітка: наведено за [12, с. 29]

У середньому третина (31%) населення України мешкає в сільській місцевості. Станом на початок 2019 р. у сільській місцевості працювали тільки 5% лікарів. Частка середнього медичного персоналу в сільській місцевості складає 12%. Частка сільських лікарів та сільського середнього медичного персоналу суттєво не змінюється з 1996 р. (рис. 4.5).

На 01.01.2019 частка осіб пенсійного віку серед лікарів та середнього медичного персоналу становила 25% та 13% відповідно. Цей показник зростав з 1993 по 2011 рр., після чого суттєво не змінювався (рис. 4.6).

Проведене дослідження стану кадрових ресурсів в системі охорони здоров'я України дозволяє виокремити наступні тенденції: недостатня кількість лікарів та середнього медичного персоналу; недостатня кількість лікарів первинної ланки та лікарів екстренної медичної допомоги; нерівномірне співвідношення між стаціонарними та амбулаторно-поліклінічними посадами лікарів та середнього медичного персоналу; зростання кількості лікарів загальної практики-сімейної медицини за рахунок зменшення кількості дільничних терапевтів та педіатрів; стабільне співвідношення медичних кадрів первинної та

спеціалізованої допомоги; значна частка працюючих лікарів та середнього медичного персоналу пенсійного віку.

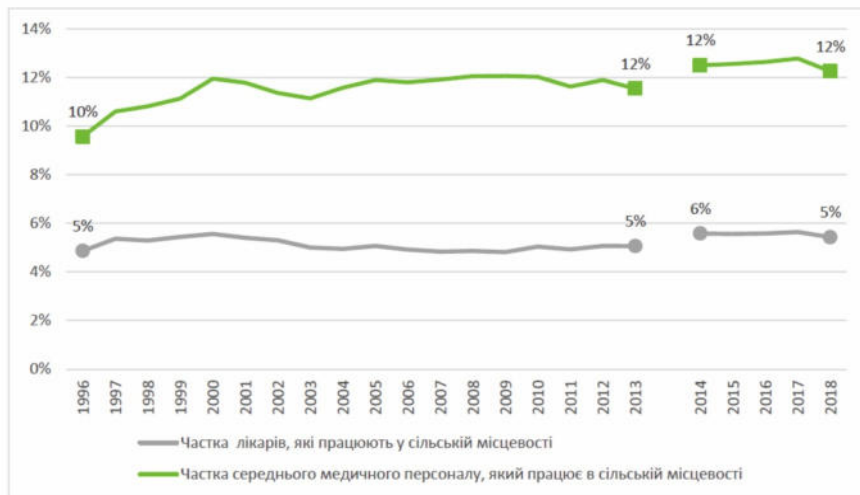


Рис. 4.5. Частка лікарів та середньо медичного персоналу, які працюють у сільській місцевості, заклади охорони здоров'я публічного сектору, 1996-2018 рр., %

Примітка: наведено за [12, с. 34]

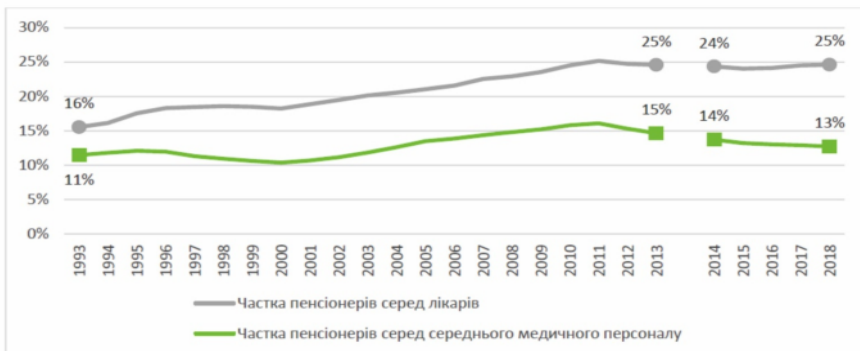


Рис. 4.6. Частка осіб пенсійного віку серед працюючих лікарів та середнього медичного персоналу закладів охорони здоров'я публічного сектору, 1993-2018 рр., %

Більшість науковців однастайні в думці, що для вітчизняної системи охорони здоров'я характерна кадрова криза [4-8]. Але слід зазначити, що така ситуація характерна не лише для України: проблеми кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я носять глобальний

характер. Експерти ВООЗ визначають проблеми, пов'язані з кадровими ресурсами охорони здоров'я, одними із основних перешкод досягнення Цілей тисячоліття в сфері розвитку [9].

До типових вад кадрового забезпечення системи охорони здоров'я експерти ВООЗ відносять: 1) зміни демографічних та епідеміологічних характеристиках населення (старіння населення, вплив нових методів діагностики і лікування, зростання процесів мобільності та міграції населення та ін.); 2) збереження традиційних підходів до підготовки, розподілу та управління кадровими ресурсами, що не задовольняють сучасним вимогам системи охорони здоров'я; 3) виражена неоднорідність в географічному розподілі і професійній структурі працівників охорони здоров'я (загальна чисельність медичних кадрів; співвідношення лікарів і медсестер; дисбаланс фахівців – загальної практики і вузьких спеціалістів; кадрове забезпечення медичної галузі в місті і селі та ін.); 4) відсутність ефективної системи планування та прогнозування потреб в кадрових ресурсах сфери охорони здоров'я; 5) недосконала і ненадійна інформаційна та дослідна база з кадрових ресурсів сфери охорони здоров'я; 6) загальні проблеми кадрових ресурсів охорони здоров'я (дефіцит медичних кадрів, дисбаланс практичних навичок в залежності від інтенсивності навантаження лікарською практикою, нерівномірний розподіл медичних кадрів, незадовільні умови робочого середовища, трудова міграція медичних кадрів) [9].

Окрім вад кадрового забезпечення системи охорони здоров'я, які характерні для більшості країн світу, вітчизняна охорона здоров'я має ще ряд своїх, «індивідуальних» недоліків, які сформувалися історично і як результат неефективної кадрової політики. До таких недоліків слід віднести: 1) неефективні механізми кадрової політики у сфері охорони здоров'я, зокрема: відсутність розроблених та затверджених концептуальних засад кадрової політики в сфері охорони здоров'я; 2) недостатнє кадрове забезпечення та неефективне використання наявних кадрових ресурсів системи охорони здоров'я; 3) галузева та регіональна диспропорція кадрового забезпечення системи охорони здоров'я, зокрема: низький рівень забезпеченості медичними працівниками жителів сільської місцевості; 4) недосконала процедура прийому до ЗВО медичного профілю та недієва методика контролю за працевлаштуванням випускників медичних спеціальностей;

5) невідповідність якості підготовки медичних кадрів сучасним вимогам і потреби медичної сфери в умовах медичної реформи; 6) значна кількість медичних працівників пенсійного віку; 7) низький рівень кваліфікації медичних працівників; 8) низький рівень оплати праці, незадовільні умови праці, низький рівень забезпеченості медичним обладнанням медичних працівників; 9) відсутність мотивації медичних працівників до ефективної та продуктивної праці; 10) підвищена мобільність і міграція медичних працівників, відтік медичних кадрів за кордон.

Таким чином, сучасна ситуація у вітчизняній охороні здоров'я вимагає проведення глибоких перетворень у системі вироблення державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я, яка з одного боку повинна враховувати загальносвітові тенденції й рекомендації ВООЗ щодо вирішення кадрових проблем у сфері охорони здоров'я, а з іншого – орієнтуватися і відштовхуватися від внутрішніх умов, позицій і особливостей.

Для розбудови ефективної кадрової політики в сфері охорони здоров'я в першу чергу потрібно розробити та затвердити єдину концепцію кадрової політики в сфері охорони здоров'я України. Особливо важливим є чітке визначення мети, завдань і пріоритетів даної політики, вибір механізмів її реалізації, а також формальне закріплення у спеціальному правовому документі.

Концепція кадрової політики в сфері охорони здоров'я України має базуватися на потребах населення в послугах охорони здоров'я та вирішувати ключові проблеми кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я: нестачу лікарів та середнього медичного персоналу, проблеми нерівномірного розподілу людських ресурсів, зовнішню міграцію, нерациональне використання кадрових ресурсів та недоліки управління кадровим забезпеченням сфери охорони здоров'я.

Стратегічними цілями Концепції кадрової політики в сфері охорони здоров'я України мають стати: 1) удосконалення нормативно-правової бази та адаптації до вимог Європейського Союзу та міжнародних стандартів; 2) удосконалення системи обліку кадрових ресурсів сфери охорони здоров'я; 3) удосконалення системи планування та прогнозування потреб в кадрових ресурсах сфери охорони здоров'я; 4) підвищення якості підготовки медичних працівників; 5) посилення контролю за працевлаштуванням випускників медичних спеціальностей;

6) модернізація системи мотивації медичних працівників; 7) запровадження практики страхування професійної відповідальності медичних працівників; 8) зниження рівня трудової міграції медичних працівників; 9) міжнародна співпраця з питань розвитку кадрових ресурсів сфери охорони здоров'я.

Операційними цілями реформування кадрової політики в системі охорони здоров'я доцільно визначити:

- розробку механізму залучення та утримання медичних працівників у сільській місцевості;

- реорганізацію системи планування і розподілу кадрового потенціалу у співвідношенні «лікар – медичний працівник середньої ланки» шляхом збільшення кількості працівників середньої ланки;

- реформування ступеневої медичної і фармацевтичної освіти; здійснення підготовки фахівців за новими спеціальностями: медичний психолог, клінічний фармацевт, економіст охорони здоров'я, спеціаліст з інформатики охорони здоров'я, спеціаліст з експлуатації медичної техніки, менеджер охорони здоров'я, спеціаліст з громадського здоров'я; розширення підготовки сімейних лікарів – лікарів загальної практики;

- запровадження практики укладання трудового договору з усіма медичними працівниками;

- розробку та запровадження професійних стандартів для лікарів та середнього медичного персоналу;

- розробку та затвердження процедури реєстрації, моніторингу та аналізу медичних помилок з метою підвищення якості роботи медичних працівників;

- створення єдиного реєстру медичних працівників;

- розроблення нових державних стандартів вищої медичної та фармацевтичної освіти, освітньо-кваліфікаційних характеристик фахівців, освітньо-професійних програм та засобів уніфікованої оцінки рівня знань медичних і фармацевтичних працівників;

- удосконалення системи підготовки медичних сестер, розроблення та реалізацію програми розвитку сестринства, розширення функцій медичних сестер відповідно до світового досвіду, що знизить потребу в лікарях у державі;

- запровадження медичної освіти протягом життя (Continuous

Medical Education) із використанням дистанційних методів освіти, у тому числі платформ масової відкритої онлайн-освіти (МООС) та телеконференцій, у тому числі відповідно до Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 року № 302 [14];

– запровадження та розвиток професійного самоврядування, яке буде гарантуватися та забезпечуватися державою і надасть кожному медичному працівнику право управляти діяльністю професії, самостійно виконувати завдання та здійснювати повноваження;

– посилення ролі професійних медичних асоціацій процесі допуску до медичної практики, дисциплінарного впливу на медичних працівників, розробки політики охорони здоров'я як на національному, так і місцевому рівнях, участі в безперервному професійному розвитку, дослідженнях, розробці та підтриманні етичних стандартів.

Отже, проведене дослідження дало нам підстави запропонувати науково обґрунтовані шляхи удосконалення кадрової політики у сфері охорони здоров'я. Одним з головних чинників ефективної кадрової політики у сфері охорони здоров'я повинна стати відповідна нормативно-правова база на державному рівні та на рівні місцевих громад в умовах децентралізації, підвищення взаємної суспільної відповідальності держави, громади та особистої відповідальності кожного за створення системи формування здорового способу життя та профілактики захворювань.

4.2. Управлінський потенціал галузі охорони здоров'я

Охорона здоров'я – це одна із провідних галузей сфери надання послуг, основним призначенням якої є забезпечення реалізації найважливішого соціального принципу: збереження та поліпшення здоров'я громадян, надання їм висококваліфікованої лікувально-профілактичної допомоги.

В сучасних умовах господарювання ефективність галузі охорони здоров'я значною мірою залежить від рівня її управлінського потенціалу та характеру його використання.

Поняття «управлінський потенціал» багатогранне. Його трактування залежить від того, який потенціал досліджується:

економіки, галузі, регіону, підприємства, організації чи окремої людини. Так, Петрович Й.М., Прокопишин-Рашкевич Л.М. управлінський потенціал трактують як «потенційну здатність управлінського персоналу на засадах професіоналізму оптимально застосувати професійно-кваліфікаційний, творчий потенціали та організаційну спроможність з метою досягнення сталого та ефективного функціонування підприємства» [1].

Маречик В.Я., Невмержицька С.М. розглядають управлінський потенціал «як сукупність ділових та особистісних якостей і можливостей керівника, які можуть бути приведені в дію й використані для вирішення управлінських завдань, досягнення поставлених цілей» [2].

Дерябіна Г. розглядає управлінський потенціал вже в іншій площині і розуміє його як «ресурс управлінських можливостей людини, здатність конкретної людини до здійснення управлінських дій, управлінської діяльності в цілому» [3].

Залежно від ролі у господарському процесі, управлінський потенціал можна розділити на основний (знання, кваліфікація і досвід керівників тощо) та забезпечувальний (організаційна структура, корпоративна культура, ціннісні установки та психологічні здібності керівників).

Поняття «управлінський потенціал» часто розглядають у поєднанні із поняттями «компетентність» та «здатність».

Компетентність (від лат. *competens* – належний, відповідний) – сукупність знань і вмінь, необхідних для ефективної професійної діяльності: вміння аналізувати, передбачати наслідки професійної діяльності, використовувати інформацію [4].

В. Маслов під компетентністю розуміє «систему теоретико-методологічних, нормативних положень, наукових знань, організаційно-методичні й технологічні вміння, які необхідні особистості для виконання посадово-функціональних обов'язків» [5]. І. Зязюн визначає компетентність як «особливий тип організації знань, що забезпечує можливість прийняття ефективних рішень» [6]. Аналіз різних підходів до визначення проблеми компетентності в цілому свідчить, що більшість дослідників пов'язують її з певною галуззю діяльності, з конкретною професією в матеріальній та духовній сферах [7]. Компетентність – це здатність до актуального виконання діяльності [8].

Що стосується поняття «здатність», то воно в більшості випадків трактується як потенційна можливість та задатки, від яких залежить швидкість, якість і рівень сформованості певних компетенцій. Так, Завірюха В.В. стверджує, що «здатність зумовлюється рівнем знань, умінь та навичок стосовно процесів і дій професійного самозростання, а також особистісними факторами впливу: загальними психологічними здібностями, темпераментом і його властивостями, психічними пізнавальними процесами, особливостями емоційно-вольової сфери та рисами характеру» [9].

Таким чином, більшість науковців під компетенціями розуміють характеристики поведінки, домінуючу форму активності особи, сформованість відповідних навичок і вмінь. Основою їх формування виступають здатності, знання, цінності, схильності, що дають можливість встановити зв'язок між знанням і ситуацією, ідентифікувати стан проблеми та успішно вирішити її.

Враховуючи вищесказане, пропонуємо розглядати управлінський потенціал галузі охорони здоров'я як професійну здатність та вміння керівників центральних органів виконавчої влади з питань охорони здоров'я, керівників структурних підрозділів органів державної влади та органів місцевого самоврядування, що займаються питаннями охорони здоров'я, керівників закладів охорони здоров'я різних рівнів та їх структурних підрозділів мобілізувати та ефективно використовувати фінансові, кадрові, інформаційні та інші види ресурсів для забезпечення ефективного функціонування та розвитку галузі охорони здоров'я в цілому та окремих медичних установ зокрема.

Досліджуючи управлінський потенціал галузі охорони здоров'я ми пропонуємо розрізняти:

1) управлінський потенціал центрального органу державної влади в галузі охорони здоров'я (Міністерства охорони здоров'я України);

2) управлінський потенціал структурних підрозділів місцевих органів виконавчої влади, які займаються питаннями охорони здоров'я (департаменти, управління та відділи охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій);

3) управлінський потенціал структурних підрозділів органів місцевого самоврядування (міських, сільських, селищних рад та рад об'єднаної територіальної громади);

4) управлінський потенціал керівників закладів охорони здоров'я.

Управлінський потенціал галузі охорони здоров'я в першу чергу залежить від того, яка модель організації охорони здоров'я існує в країні. Світова практика напрацювала чотири основні моделі організації системи охорони здоров'я: модель приватного фінансування охорони здоров'я, модель Бісмарка, модель Беверіджа та модель Семашка.

Приватна система охорони здоров'я (модель переваги споживачів) – це система охорони здоров'я, яка характеризується децентралізованістю, високим розвитком інфраструктури страхових організацій та відсутністю державного регулювання.

Модель Бісмарка¹¹ (німецька або континентальна модель) – це соціально-орієнтована система організації охорони здоров'я, відповідно до якої лікарі є вільними суб'єктами, що пропонують свої послуги на ринку медичних послуг. При цьому держава зобов'язує працедавців брати участь в оплаті медичної допомоги працівникам через лікарняні каси. Працедавці оплачують тільки частину вартості медичної допомоги, що була надана їх працівникам. Другу частину вартості медичної допомоги сплачують самі працівники.

Модель Беверіджа¹² (універсалістська) – це система організації охорони здоров'я, яка ґрунтується на фінансуванні з державного бюджету і характеризується суттєвим обмеженням ринкових відносин між лікарем та пацієнтом. Медична допомога гарантується державою і надається всім громадянам незалежно від соціального та майнового становища [10].

Модель Семашка¹³ заснована на заміні ринкової організації охорони здоров'я на державно-адміністративну систему. Дана модель орієнтована на централізований механізм формування бюджету галузі, організацію матеріально-технічного та медикаментозного забезпечення на основі держзамовлення та фондового постачання за фіксованими цінами, формування та розвиток лікувальної мережі відповідно до державних нормативів по штатах, ресурсах, заробітній платі тощо.

¹¹ Отто фон Бісмарк (1815-1898) – державний діяч і дипломат Пруссії та Німеччини, перший канцлер Німецької Імперії.

¹² Уильям Генри Беверидж (1879-1963) – англійський економіст, державний діяч.

¹³ Семашко Микола Олександрович (1874-1949) – радянський лікар, партійний і державний діяч, академік Академії медичних наук та академік Академії педагогічних наук.

Фінансування медичного обслуговування відбувається виключно з держбюджету, що не залежить від надходжень з регіонів, тобто існує система єдиного замовника медичної допомоги в особі держави.

Кожна із зазначених моделей має свої переваги та недоліки, які систематизовані в табл. 1.

Таблиця 1

Моделі організації системи охорони здоров'я у світовій практиці			
Назва моделі	Переваги моделі	Недоліки моделі	Країни
Модель переваги споживачів (приватна система охорони здоров'я)	– усі суб'єкти у такій моделі (страхові компанії, надавачі та споживачі медичних послуг) взаємодіють між собою як вільні суб'єкти ринку; – різні страхові компанії мають різні переліки оплачуваних послуг для різних категорій застрахованих.	– приватне страхування – це ненадійний вид страхування, який суперечить системі соціальної солідарності; – страхові внески кожної окремої людини коригуються на фактор ризику, що відображає стан її здоров'я.	США
Модель Бісмарка (німецька або континентальна модель)	– принцип солідарної оплати медичної допомоги; – доступність медичної допомоги для всього населення країни.	– великий адміністративний апарат; – складна система розрахунків з лікувально-профілактичними закладами; – високі витрати на утримання страхової інфраструктури.	Австрія, Бельгія, Франція, Німеччина, Нідерланди, Швейцарія, Ізраїль
Модель Беверіджа (універсалістська або державна модель)	– доступність медичної допомоги для всього населення країни; – відносно проста технологія фінансування лікувально-профілактичних закладів; – відносна проста система оплати праці в галузі.	– відсутність ринкових стимулів економічної ефективності; – слабка мотивація підвищення якості надання медичних послуг; – необхідність значних фінансових ресурсів з державного бюджету на розвиток галузі охорони здоров'я.	Скандинавські країни, Ірландія і Велика Британія, країни Південної Європи – Греція, Португалія та Іспанія

Назва моделі	Переваги моделі	Недоліки моделі	Країни
Модель Семашка (державна модель)	– ефективна при надзвичайних ситуаціях (війни, епідемії); – забезпечення всіх верств населення всіма або основними видами медичної допомоги; – високий коефіцієнт діяльності системи охорони здоров'я до затрачених коштів.	– низькі показники розвитку медичної допомоги; – відсутність мотивації щодо якості надання медичної допомоги; – низький рівень заробітної платні медичних працівників.	Країни Центральної та Східної Європи

Примітка. Складено автором на основі [10; 14]

Протягом всього періоду незалежності вітчизняна система охорони здоров'я була продовженням радянської моделі, яку ще називають моделлю Семашка. За 25 років її існування вона була цілком зруйнована, що поставило нашу державу перед необхідністю розробки нової, адаптованої до вітчизняних реалій, моделі, яка дозволить поєднати вже існуючу медичну інфраструктуру та команду висококваліфікованих фахівців із новими сучасними елементами системи охорони здоров'я, які мають бути розроблені на основі новітніх досягнень медицини та інформаційних технологій. Така ситуація дає нашій державі унікальний шанс не сліпо копіювати вже напрацьовані моделі, які успішно реалізовані в зарубіжних країнах, а розробити власну модель, яка буде побудована на сучасних досягненнях і враховуватиме позитивний досвід успішних країн.

Дослідження специфіки існуючої сьогодні моделі системи охорони здоров'я України засвідчило, що єдиним способом забезпечити якісний медичний захист без фінансового стресу для громадян є перехід до фінансування медицини за страховим принципом. Цей підхід дозволяє розподілити ризики хвороби та витрати на лікування між великою кількістю застрахованих осіб, заздалегідь збираючи посильні внески з великого пулу людей і спрямовуючи зібрані кошти на виплати за страховим випадком у разі хвороби чи іншого розладу здоров'я.

Восени 2016 року Україна розпочала проведення медичної реформи шляхом ухвалення Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» № 1013-р від 30 листопада 2016 року [11]. В основу

реформування вітчизняної системи охорони здоров'я покладено міжнародний досвід та рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).

Зазначена реформа передбачає кардинальні якісні зміни всіх функцій системи охорони здоров'я – управління цією системою, забезпечення її відповідними ресурсами, фінансування та надання вироблених цією системою послуг.

Запорукою успішності та ефективності запланованого реформування є управлінський потенціал керівників органів управління в сфері охорони здоров'я та безпосередніх керівників медичних установ, оскільки сучасна система охорони здоров'я неможлива без організаційного начала, носієм якого є керівна ключова ланка [12-15].

Сьогодні у вітчизняній системі охорони здоров'я спостерігається дефіцит фахових керівників, які мають управлінський потенціал та здатні стати рушійною силою розвитку усієї галузі в цілому та свого закладу зокрема. У складі керівників закладів охорони здоров'я переважають управлінці колишньої формації, що володіють позитивним соціальним самопочуттям і достатнім рівнем професіоналізму, але не опанували, повною мірою, класичні та інноваційні інструменти менеджменту.

В умовах медичної реформи в Україні значення управлінських рішень, що торкаються керівної ланки сфери охорони здоров'я, відіграють роль спускового гачка перетворень, оскільки саме управлінський персонал через низку заходів прямого та опосередкованого впливу сприяє або, навпаки, перешкоджає трансформації галузі [16].

Наразі вітчизняна система охорони здоров'я функціонує за принципом вертикального підпорядкування. Найвищим органом законодавчої влади є Верховна Рада, яка приймає законодавство із питань охорони здоров'я та фінансування, за яким функціонує система [17], а найвищим центральним органом виконавчої влади є Міністерство охорони здоров'я України, яке забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням, забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів і медичних виробів, у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і

прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, а також забезпечує формування державної політики у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення [18].

Медична допомога розподілена на три рівні – первинну, вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану).

На місцевому рівні існують 27 обласних департаментів та управлінь організації надання медичної допомоги, які здійснюють планування роботи та поточне керівництво всіма підпорядкованими, тобто державними чи муніципальними закладами охорони здоров'я на певній території. Також на місцях функціонують приватні медичні заклади, які надають допомогу первинного та вторинного рівня.

Обласні департаменти скеровують діяльність 490 районних адміністрацій, які відповідно здійснюють управління районними госпіталями та первинною ланкою допомоги. Безпосередньо послуги охорони здоров'я надаються санітарно-профілактичними, фізкультурно-оздоровчими, санаторно-курортними, науковими в галузі медицини та іншими закладами.

МОЗ, обласні та районні адміністрації проводять моніторинг діяльності підпорядкованих медичних установ і відповідають за дотримання якості допомоги. Це реалізується за допомогою протоколів лікування, ліцензування діяльності госпіталів та сертифікації лікарів, які в них працюють, акредитації лікувальних установ. При цьому слід зазначити, що вимоги однакові для приватних і державних лікувальних установ.

У складі МОЗ діють багато консультативних і дорадчих органів, кваліфікаційних, наукових та науково-кваліфікаційних комісій. Окремо функціонують підпорядковані безпосередньо МОЗ численні наукові установи з різних питань охорони громадського здоров'я, високоспеціалізованої медичної допомоги.

Згідно зі статтею 32 Закону України «Про місцеве самоврядування», до повноважень місцевого самоврядування належить управління закладами охорони здоров'я, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення, організація медичного обслуговування та харчування в комунальних оздоровчих закладах, забезпечення в межах наданих повноважень доступності і безоплатності медичного обслуговування на відповідній території, а також розвиток усіх видів

медичного обслуговування, зокрема – мережі закладів охорони здоров'я та сприяння підготовці й підвищенню кваліфікації спеціалістів.

Органи місцевого самоврядування стикаються з низкою перешкод для ефективного здійснення зазначених повноважень. Виділення значних коштів із місцевих бюджетів на фінансування медицини вимушено спрямовується на співоплату поточних видатків для надання базових медичних послуг, а не на розвиток комунальних закладів охорони здоров'я та їхнього персоналу.

Запровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я передбачає збереження повноважень органів місцевого самоврядування у цьому секторі та створення можливостей для їх повноцінного виконання. За новою моделлю, з національного рівня фінансуватиметься програма медичних гарантій, тоді як кошти місцевих бюджетів будуть спрямовані на забезпечення роботи системи, а також на запровадження місцевих програм.

Визначальну роль в діяльності закладів охорони здоров'я відіграє керівник. До початку проведення медичної реформи в Україні заклади охорони здоров'я очолювали головні лікарі, які виконували широкий набір функцій: організація господарської та фінансової діяльності закладу охорони здоров'я, забезпечення їх діяльності необхідними ресурсами, робота з кадрами, аналітична робота, ухвалення різного роду управлінських рішень, робота з документацією тощо. Це величезний обсяг роботи, який у багатьох розвинених країнах світу виконує два фахівця – генеральний директор займається ключовими адміністративними питаннями, а медичний директор курирує всі медичні процеси. Такі кадрові рішення вже десятки років ефективно діють у всьому світі, зокрема у багатьох країнах – членах Європейського Союзу [19].

В ході проведення медичної реформи кардинально змінюються підходи до функціонального навантаження керівників медичних установ. Так, автономізація [20] закладів охорони здоров'я, яка відбувається шляхом перетворення лікарень у комунальні некомерційні підприємства, дозволяє розширити права медичних закладів до рівня прав усіх інших суб'єктів господарювання. При цьому передбачено, що очолювати комунальні некомерційні підприємства будуть не головні лікарі, а директора. Так, з 01 січня 2019 року з Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників Випуск 78 «Охорона здоров'я» [21]

вилучено кваліфікаційні характеристики: головний лікар лікувально-профілактичного закладу; головний лікар обласної, центральної міської, міської, центральної районної та районної лікарень; заступник головного лікаря обласної, центральної міської, міської, центральної районної та районної лікарень; заступник головного лікаря з медсестринства.

Одночасно і з вилученням зазначених посад, Наказом Міністерства освіти України № 1977 від 30 жовтня 2018 року «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» [22] до Довідника додали кваліфікаційні характеристики: генерального директора (директора)/начальника (завідувача) закладу охорони здоров'я; заступника генерального директора (директора)/начальника (завідувача) закладу охорони здоров'я; медичного директора; начальника (завідувача, керівника) структурного підрозділу закладу охорони здоров'я.

При цьому зазначеним наказом чітко розмежовано функції директора та медичного директора комунальних некомерційних підприємств: директор закладу займається питаннями господарської діяльності, а медичний директор виключно питаннями медицини.

Згідно з Наказом Міністерства освіти України № 1977 від 30 жовтня 2018 року «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» генеральний директор або директор закладу охорони здоров'я займається питаннями господарської діяльності, керує виробничо-господарською та фінансово-економічною діяльністю закладу. Він займається: стратегічним плануванням, формуванням бюджету, координацією роботи закладу, аналізом економічної ефективності, організацією роботи та ефективної взаємодії всіх структурних підрозділів, забезпеченням залучення коштів на інвестиційні потреби закладу тощо.

До обов'язків генерального директора (завідувача) закладу охорони здоров'я належать: керівництво згідно із чинним законодавством виробничо-господарською та фінансово-економічною діяльністю закладу охорони здоров'я, відповідальність за фінансово-господарські результати його діяльності; організація розроблення та забезпечення реалізації довгострокової стратегії розвитку закладу на основі потреб громади та ринкової ситуації; організація формування та моніторинг виконання операційних планів; забезпечення виконання всіх зобов'язань перед

державним та місцевим бюджетами, державними позабюджетними соціальними фондами, постачальниками, замовниками та кредиторами, а також виконання господарських і трудових договорів; організація роботи та ефективна взаємодія всіх структурних підрозділів, спрямовування їх діяльності на розвиток і вдосконалення з урахуванням соціальних та ринкових пріоритетів, підвищення ефективності роботи закладу охорони здоров'я, якості та конкурентоспроможності послуг, що надаються, забезпечення їх відповідності стандартам надання медичної допомоги та задоволення потреб замовників і споживачів у відповідних видах медичної допомоги; забезпечення залучення коштів на інвестиційні потреби закладу; уживання заходів щодо забезпечення закладу охорони здоров'я кваліфікованими працівниками, а також найкращого використання знань та досвіду працівників; відбір та призначення працівників на вакантні посади закладу; уживання заходів щодо створення безпечних і сприятливих умов праці, додержання вимог законодавства про охорону навколишнього середовища; забезпечення розроблення, укладення та виконання колективного договору; вирішення питань щодо фінансово-економічної та господарської діяльності закладу охорони здоров'я у межах наданих йому прав, доручення виконання окремих організаційно-господарських функцій іншим посадовим особам: заступникам директора, керівникам виробничих підрозділів, функціональних підрозділів закладу охорони здоров'я; здійснення зовнішнього представництва закладу в адміністративних органах, засобах масової інформації тощо; затвердження правил внутрішнього трудового розпорядку, тривалості щоденної роботи та графіків змінності з додержанням установленної тривалості робочого тижня [22].

Досить цікавими є кваліфікаційні вимоги до цієї посади. До 01.01.22 р. – це вища освіта II рівня за ступенем магістра спеціальності галузі знань «Управління та адміністрування», або «Публічне управління та адміністрування», або «Право», або «Соціальні та поведінкові науки», або «Гуманітарні науки», або «Охорона здоров'я» та спеціалізацією «Організація і управління охороною здоров'я». З 01.01.22 р. – вища освіта II рівня за ступенем магістра спеціальності галузі знань «Управління та адміністрування», або «Публічне управління та адміністрування», або «Охорона здоров'я», або «Право», або «Соціальні та поведінкові науки», або «Гуманітарні науки». У разі

освіти в галузі знань «Охорона здоров'я», «Право», «Соціальні та поведінкові науки» або «Гуманітарні науки» вимагається також наявність вищої освіти (магістерський рівень) у галузі знань «Управління та адміністрування» або «Публічне управління та адміністрування» (крім керівників закладів охорони здоров'я, які надають лише первинну медичну допомогу). Стаж роботи на керівних посадах: для закладів національного рівня – не менше 10 років, обласного рівня – 7 років, районного рівня – 5 років. Для керівників закладів охорони здоров'я, які надають тільки первинну медичну допомогу, – не менше 3 років стажу за основою спеціальністю або одного року на керівних посадах. Виходячи з вищезазначеного, можемо зробити висновок, що до 2022 року обіймати посаду директора на конкурсних засадах може претендент із гуманітарною освітою, правознавець, економіст, лікар, управлінець, а з 2022 року претенденти, які не мають управлінської або менеджерської освіти в галузі знань «Управління та адміністрування» або «Публічне управління та адміністрування», повинні будуть додатково здобути її.

До обов'язків медичного директора належать: керівництво закладом охорони здоров'я (крім аптечних закладів) у порядку делегованих йому керівником повноважень із медичних питань, відповідно до чинного законодавства; виконання обов'язків директора за його дорученням у разі його відсутності; організація надання пацієнтоорієнтованих послуг із медобслуговування населення з додержанням галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я; розробка та впровадження в закладі охорони здоров'я системи безперервного вдосконалення якості послуг із метою гарантування безпеки пацієнтів, своєчасності допомоги, економічної ефективності, досягнення найкращих результатів на основі наукових знань та принципів доказової медицини; координація зовнішньої та внутрішньої взаємодії структурних підрозділів закладу охорони здоров'я; організація безперервного професійного розвитку медичного персоналу.

Медичний директор повинен мати наступну кваліфікацію: 1) вищу освіту II рівня за ступенем «магістр» та спеціальністю галузі знань «Охорона здоров'я» з подальшою спеціалізацією з «Організації і управління охороною здоров'я»; 2) стаж роботи: на керівних посадах для закладів національного рівня – не менше 5 років, обласного рівня –

не менше 3 років; для закладів районного рівня – 5 років за основною лікарською спеціальністю; для керівників закладів охорони здоров'я, які надають лише первинну меддопомогу, – не менше 3 років стажу за основною (лікарською) спеціальністю або одного року на керівних посадах.

Заступник генерального директора (директора) / начальника (завідувача) закладу охорони здоров'я здійснює керівництво закладом охорони здоров'я (окрім аптечних закладів) у межах делегованих йому керівником повноважень із питань, безпосередньо не пов'язаних із організацією лікувального процесу, відповідно до чинного законодавства. У разі відсутності керівника за його дорученням виконує його обов'язки.

У межах делегованих йому повноважень і компетенції: організовує адміністративно-господарську та фінансову діяльність закладу, забезпечує взаємодію підрозділів закладу охорони здоров'я; співпрацює з органами державної влади та місцевого самоврядування, закладами охорони здоров'я, підприємствами, установами, організаціями; організовує роботу з добору, розстановки та використання працівників, забезпечує належні умови для досягнення працівниками закладу охорони здоров'я належного професійного рівня, включно з організацією професійного навчання та забезпечення своєчасного підвищення їх кваліфікації; створює належні умови праці, забезпечує додержання працівниками правил внутрішнього трудового розпорядку, охорони праці та протипожежного захисту; аналізує показники роботи закладу, вживає заходів щодо їх оптимізації.

Заступник генерального директора (директора) / начальника (завідувача) закладу охорони здоров'я повинен мати відповідну кваліфікацію: 1) вищу освіту II рівня за ступенем «магістр» спеціальності галузі знань «Управління та адміністрування», або «Публічне управління та адміністрування», або «Право», або за спеціальністю «Економіка» галузі знань «Соціальні та поведінкові науки»; 2) стаж роботи за фахом не менше 5 років.

Відповідно до кваліфікаційної характеристики начальник (завідувач, керівник) структурного підрозділу закладу охорони здоров'я: здійснює керівництво структурним підрозділом закладу охорони здоров'я (крім аптечних закладів), діяльність якого безпосередньо

пов'язана з наданням медичної допомоги (послуг), відповідно до чинного законодавства; організовує лікувально-профілактичну та адміністративно-господарську діяльність підрозділу, співпрацює з іншими підрозділами закладу охорони здоров'я; забезпечує надання якісної медичної допомоги населенню; забезпечує своєчасне отримання та зберігання лікарських засобів, медичних виробів; здійснює заходи щодо забезпечення належних санітарно-гігієнічних умов функціонування підрозділу; здійснює контроль за правильним веденням медичної документації, готує та подає керівникові закладу охорони здоров'я звіти; розробляє та подає керівнику на затвердження графіки роботи працівників структурного підрозділу, здійснює належну розстановку, використання медичних працівників і організовує їх працю; створює належні умови праці, забезпечує додержання працівниками правил внутрішнього трудового розпорядку, охорони праці та протипожежного захисту; забезпечує належні умови для досягнення працівниками закладу охорони здоров'я належного професійного рівня, включаючи організацію професійного навчання та забезпечення своєчасного підвищення їх кваліфікації; аналізує показники роботи.

Начальника (завідувач, керівник) структурного підрозділу закладу охорони здоров'я повинен мати відповідну кваліфікацію: 1) вищу освіту II рівня за ступенем «магістр» у галузі знань «Охорона здоров'я»; 2) проходження інтернатури за однією зі спеціальностей медичного профілю з подальшою спеціалізацією за профілем структурного підрозділу; 3) стаж роботи за фахом не менше 3 років.

Загалом такий розподіл повноважень, коли один з керівників виконує суто управлінсько-господарські функції в керівництві закладом охорони здоров'я, а інший зосереджений і відповідальний за якість і ефективність медичного обслуговування, яке здійснюється закладом охорони здоров'я, має позитивно вплинути на оптимізацію управління закладу охорони здоров'я та на якість і ефективність медичних послуг, які ми з вами можемо отримати в закладах охорони здоров'я в нашій країні.

Оскільки керівники органів управління в сфері охорони здоров'я та безпосередні керівники медичних установ відіграють вирішальну роль у безпосередній реалізації медичної реформи, для них життєво необхідні нові знання та вміння, зокрема: знання особливостей та сучасних

тенденцій функціонування сфери охорони здоров'я; знання, вміння та навички використання класичних та інноваційних інструментів управління, в тому числі фінансового; знання правових засад функціонування сфери охорони здоров'я та вміння використовувати їх у поточній діяльності. Медична реформа буде повноцінно реалізована лише за умови володіння керівниками органів управління в сфері охорони здоров'я та безпосередніми керівниками медичних установ зазначеними знаннями та вміннями.

Лехан В.М., Крячкова Л.В. та Борвінко Е.В. стверджують, що для ефективної управлінської діяльності в сучасних умовах необхідна наявність у керівників закладів охорони здоров'я: 1) галузевих компетенцій (знання системи охорони здоров'я; управління медичними процесами; управління якістю медичної допомоги; збір та аналіз даних; аналітичне мислення); 2) менеджерських (фахових) компетенцій (системне мислення; організування, делегування; стратегічне планування; контроль, прийняття рішень; кадрова робота, лідерство, управління конфліктами); 3) підприємницьких (ділових) компетенцій (управління змінами, ресурсами, витратами; фінансова обізнаність; бюджетування); 4) особистісних та міжособистісних компетенцій (створення команди, мотивація, комунікації; інтелект, етичні цінності; особистісний розвиток) [23].

На нашу думку, управлінський потенціал керівників, які працюють в сфері охорони здоров'я, має ґрунтуватись на наступних компетенціях:

1) професійної (управлінської) компетенції, яка передбачає: знання теорії управління закладами сфери охорони здоров'я; володіння класичними та інноваційними технологіями управління закладом охорони здоров'я; вміння створити сприятливий морально-психологічний клімат в трудовому колективі та забезпечити комфортні умови праці для працівників очолюваного закладу охорони здоров'я; вміння організувати ефективне ресурсне забезпечення функціональної діяльності закладу охорони здоров'я; вміння сформулювати та підтримувати репутацію, авторитет та імідж закладу охорони здоров'я в конкурентному середовищі;

2) інтелектуальної компетентності, яка передбачає здатність до аналітичного мислення і реалізацію системного підходу до виконання своїх посадових обов'язків;

3) ситуативної компетентності, яка передбачає вміння правильно оцінити ситуацію, яка склалася, та своєчасно ухвалити відповідне рішення;

4) часової компетентності, яка передбачає вміння планувати та раціонально використовувати робочий час;

5) соціальної компетентності, яка передбачає наявність комунікаційних та інтеграційних здібностей, уміння підтримувати відносини, впливати, досягати свого, правильно сприймати та інтерпретувати чужі думки та ідеї, конструктивно висловлювати своє ставлення до них.

Ефективне використання управлінського потенціалу керівників, які працюють в сфері охорони здоров'я, доцільно стимулювати шляхом: 1) створення необхідних умов для всебічного розвитку особистісного потенціалу; 2) забезпечення умов для повної мобілізації потенціалу колективу з метою якісного виконання завдань, які стоять перед ним; 3) постійний розвиток професійних якостей керівників відповідно до стратегічних цілей держави.

Критеріями рівня професійного потенціалу керівника слугують якісні характеристики віддачі його фізичних та інтелектуальних сил і творчої енергії у процесі управлінської діяльності. Ця віддача знаходить свій конкретний вияв у творчій активності керівників, які працюють в сфері охорони здоров'я, їх ставленні до роботи як вищої життєвої потреби [24, с. 298-299].

Для успішного завершення медичної реформи в Україні необхідна активізація управлінського потенціалу професіоналів нової генерації, здатних до глибокого розуміння проблем і ключових тенденцій розвитку системи охорони здоров'я, готових до застосування широкого спектра навичок для впровадження змін на організаційному та політичному рівнях.

4.3. Особливості формування кадрової політики в закладі охорони здоров'я

Політичні й соціально-економічні перетворення в українському суспільстві, утвердження демократичних засад, формування нової концепції державного управління в галузі охорони здоров'я вимагають наукового обґрунтування й удосконалення механізмів публічного управління перебудовою галузі відповідно до суспільних потреб та

міжнародних норм і стандартів. Серед невідкладних завдань, що стоять перед вітчизняною системою охорони здоров'я, на перший план виступає вдосконалення кадрової політики.

Кадровий потенціал є найвагомішою складовою ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я. Наявність кадрів, їх кваліфікація та розподіл, умови діяльності, оплата праці, соціальний добробут, матеріально-технічне та технологічне забезпечення трудового процесу обумовлюють належний рівень надання медичної допомоги населенню.

Кадрова політика покликана забезпечити ефективну діяльність медичної галузі. Це підтверджують і міжнародні експерти, які зазначають, що для усунення ризиків на шляху досягнення національних і глобальних цілей у сфері охорони здоров'я необхідно створити контингент кваліфікованих, цілеспрямованих і авторитетних працівників охорони здоров'я.

Ефективна кадрова політика має бути спрямована на покращення результативності діяльності як окремого медичного працівника, так і системи охорони здоров'я в цілому. Стратегія вироблення кадрової політики повинна ґрунтуватися на реальних потребах медичної галузі. Саме тому для забезпечення ефективного впровадження системних змін у медичній сфері особливу увагу слід приділяти кадровому питанню.

Необхідність визначення стану та перспектив розвитку кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні зумовлюється реальними політичними та соціально-економічними процесами, зокрема:

- демократизацією суспільства, інтеграцією України у європейське співтовариство;
- глобальними структурними процесами в економіці;
- зниженням рівня і погіршенням якості життя більшості громадян; критичною демографічною ситуацією;
- незадовільним станом здоров'я населення;
- низькою економічною ефективністю використання ресурсів охорони здоров'я, недосконалою системою оплати праці лікарів та інших працівників сфери охорони здоров'я;
- диспропорціями в розвитку амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної медичної допомоги; незадовільною екологічною ситуацією тощо.

Сьогодні перед більшістю країн світу постали значні проблеми у

сфері охорони здоров'я, що пов'язані з демографічними і епідеміологічними зрушеннями, посиленням соціально-економічних нерівностей, дефіцитом ресурсів, розвитком технологій і запитами населення, які постійно зростають.

Саме тому експерти Європейського регіону ВООЗ закликають керівництва країн до запровадження державних програм щодо покращення здоров'я населення та доступності медичних послуг.

Проблеми, пов'язані з кадровими ресурсами охорони здоров'я, фахівці ВООЗ визначають одними з основних перешкод досягнення цілей тисячоліття в сфері розвитку.

До типових вад кадрового забезпечення системи охорони здоров'я експерти ВООЗ відносять такі [14]:

- зміни демографічних та епідеміологічних характеристик (старіння населення, вплив нових методів діагностики і лікування, зростання процесів мобільності та міграції населення та ін.);
- зберігаються традиційні підходи до підготовки, розподілу та управління кадровими ресурсами, що не задовольняють сучасним вимогам системи охорони здоров'я;
- виражена неоднорідність у географічному розподілі і професійній структурі працівників охорони здоров'я (загальна чисельність медичних кадрів; співвідношення лікарів і медсестер;
- дисбаланс фахівців – загальної практики і вузьких спеціалістів; кадрове забезпечення медичної галузі в місті і селі та ін.);
- відсутність адекватної системи планування та прогнозування потреб у кадрових ресурсах охорони здоров'я;
- недосконала і ненадійна інформаційна та дослідна база з кадрових ресурсів охорони здоров'я.

Що стосується України, кадрове забезпечення вітчизняної сфери охорони здоров'я має певні проблеми, а саме:

- скорочення чисельності медичних працівників (як лікарів, так і працівників середньої ланки) [4, с. 12];
- неукомплектованість посад як лікарів, так і середнього медичного персоналу (відсоток укомплектованості лікарями становив 78,25 % (за даними автоматизованої бази даних МОЗ України), при цьому відсоток укомплектованості лікарями закладів місцевого підпорядкування – 79%, лабораторних центрів МОЗ України – 59%, закладів, безпосередньо

підпорядкованих МОЗ України – 70% [6];

– регіональна диспропорція в кадровому забезпеченні (між різними регіонами країни, а також міською та сільською місцевостями);

– незадовільна ситуація з кадровим забезпеченням управлінської ланки сфери охорони здоров'я, яка характеризується не стільки браком фізичних осіб (управлінців, скільки рівнем їхньої підготовки. В медичній галузі України дуже малий відсоток підготовлених менеджерів з охорони здоров'я, фахівців з державного управління охороною здоров'я, адже управлінські посади у сфері охорони здоров'я повинні займати особи, які пройшли відповідну підготовку з питань економіки, фінансування, державного управління тощо [5];

– значне зниження якості кадрів системи охорони здоров'я України, яке проявляється у низькій конкурентоспроможності випускників вищих медичних навчальних закладів України та збільшенням числа кваліфікованих працівників, які залишають вітчизняну сферу охорони здоров'я за рахунок міжгалузевої та трудової міграції (щорічно з України за кордон виїжджають понад 6 тис. медиків [12].

За даними офіційної статистики МОЗ України, станом на 01.01.2018 року загальна кількість лікарів (усіх спеціальностей) становила 151956 осіб, штатних лікарських посад 194182,75.

Рівень забезпеченості лікарями по Україні, на перший погляд, досить високий – 35,85 на 10 тис. населення, що перевищує середньоєвропейський показник (33 на 10 тис. населення). Проте середньоєвропейський показник вказує забезпеченість лікарями-практиками, тоді як в Україні цей показник включає також організаторів охорони здоров'я, методистів, санітарних лікарів і вчених, і лише 32,62 на 10 тис. – власне забезпеченість лікарями, які безпосередньо надають медичну допомогу населенню, що менше, ніж середньоєвропейський показник. Станом 01.01.2018 року в Україні не вистачало 42,3 тис. лікарів (з них майже 5 тисяч – сімейні лікарі), переважно у центральних, південних та східних регіонах країни. Слід враховувати, що від 2014 року статистична інформація з окупованих територій АР Крим та ОРДЛО недоступна.

З урахуванням усього вищезазначеного, варто зауважити, що проблеми кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я містять у собі низку таких ризиків:

– розпорошення і неадекватне використання державного фінансування;

– відхід від соціально орієнтованих принципів державної політики у сфері охорони здоров'я та повна комерціалізація української медицини;

– погіршення медико-демографічної ситуації в країні.

Тому для досягнення ефективності у реформуванні сфери охорони здоров'я галузева кадрова політика повинна обґрунтовано розроблятися з урахуванням реальних потреб вітчизняної сфери охорони здоров'я та завдань її реформування. Одним із першочергових напрямів оптимізації кадрової політики сфери охорони здоров'я має бути вдосконалення регуляторної бази, виходячи з наявних проблем галузі, умов її розвитку та враховуючи рекомендації та досвід міжнародної практики. Реалізація цього напрямку має починатися з систематизації та узгодженості чинної нормативно-правової бази, що регламентує питання кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні (питання підготовки, розподілу, працевлаштування медичних кадрів, управління кадрами, підвищення мотиваційної складової тощо).

Такий напрям вдосконалення кадрової політики в сфері охорони здоров'я передбачає:

– розробку професійних стандартів фахівців охорони здоров'я, що дозволить сформувати єдині підходи до встановлення нормативів по різних розділах медичної, соціальної, психологічної тощо видів допомоги і сприятиме раціональному використанню кадрових ресурсів охорони здоров'я;

– удосконалення нормативно-правових актів щодо номенклатури спеціальностей і посад працівників сфери охорони здоров'я, кваліфікаційних вимог до посад і характеристик спеціальностей тощо;

– удосконалення обліково-звітної документації кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я, системи моніторингу та критеріїв оцінки якості роботи медичних працівників, вироблення ефективних механізмів підвищення мотивації тощо;

– удосконалення системи збору й обробки вірогідної бази даних (як в регіональному, територіальному (місто – село) розрізі, так і на рівні держави, використовуючи принцип єдиного медичного простору, тобто враховуючи показники як державних, так і відомчих і приватних медичних закладів), що дозволить проводити цілісний аналіз ситуації в

медичній сфері, дозволить вдосконалити механізми прогнозування та планування кадрових ресурсів охорони здоров'я, а також відстежити їхню ефективність.

Крім того, важливими завданнями на шляху вдосконалення кадрової політики в сфері охорони здоров'я є:

- розробка та впровадження ефективних методів та інструментів для реалізації кадрової політики;
- створення національної обсерваторії кадрових ресурсів охорони здоров'я як центру збору даних, моніторингу, аналізу та проведення досліджень для надання рекомендацій з метою прийняття управлінських рішень;
- створення єдиного реєстру медичних працівників;
- продовження підготовки відповідних медичних кадрів (середній медичний персонал, лікарі, управлінці);
- активну співпрацю з міжнародними організаціями, у тому числі з ВООЗ, з питань кадрових ресурсів охорони здоров'я тощо;
- запровадження системи страхування професійної відповідальності на випадок помилки і за наявності ризику у зв'язку з медичним втручанням;
- поетапний перехід на оптимальну систему співвідношення медичних кадрів; досягнення співвідношення чисельності лікарів та середнього медичного персоналу 1 до 4 (7—8) для патронажної служби;
- формування професійного самоврядування у вирішенні питань кадрової та інноваційної політики, розробці єдиних стандартів надання медичної допомоги та оцінці її якості.

Таким чином, вдосконалення кадрової політики в сфері охорони здоров'я повинно бути спрямовано на:

- удосконалення системи кадрового забезпечення галузі з урахуванням сучасних соціально-економічних умов та реальних потреб;
- впровадження в установленому порядку укладення трудового договору на умовах контракту з керівниками закладів охорони здоров'я, а в подальшому – з усіма медичними працівниками;
- реорганізацію системи планування і розподілу кадрового потенціалу у співвідношенні «лікар – медичний працівник середньої ланки» шляхом збільшення кількості працівників середньої ланки;
- реформування ступеневої медичної та фармацевтичної освіти; здійснення підготовки фахівців за новими спеціальностями: медичний

психолог, клінічний фармацевт, економіст охорони здоров'я, фахівець з інформатики охорони здоров'я, фахівець з експлуатації медичної техніки, менеджер охорони здоров'я;

- розширення підготовки сімейних лікарів – лікарів загальної практики;
- розробка нових державних стандартів вищої медичної та фармацевтичної освіти, освітньо-кваліфікаційних характеристик фахівців, освітньо-професійних програм та засобів уніфікованої оцінки рівня знань медичних і фармацевтичних працівників;
- удосконалення системи підготовки медичних сестер тощо.

Кадрова політика безпосередньо закладу охорони здоров'я являє собою інструмент за допомогою якого реалізуються цілі й завдання стратегічного управління персоналом.

Кадрова політика формується з врахуванням впливу зовнішніх та внутрішніх факторів, склад яких подано у табл. 1.

Таблиця 1

Склад факторів, які впливають на формування кадрової політики

Зовнішні фактори впливу	Внутрішні фактори впливу
<ul style="list-style-type: none"> ✓ національне трудове законодавство; ✓ взаємовідношення з профспілкою; ✓ стан економічної кон'юнктури; ✓ стан і перспективи розвитку ринку праці 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ структура, цілі і стратегія організації; ✓ територіальне розміщення; ✓ організаційна культура; ✓ кількісний і якісний склад наявного персоналу і можливі його зміни в перспективі; ✓ фінансові можливості організації, які визначають допустимий рівень витрат на управління персоналом; ✓ існуючий рівень оплати

Примітка. Складено автором за [1, с. 73]

Формування і реалізація кадрової політики приводить трудові ресурси медичного закладу у відповідність зі стратегією організації і, по суті, являє собою сукупність цілей, норм, правил, які визначають напрямки і зміст роботи з персоналом, а також певний набір взаємообумовлених завдань і конкретних заходів, які розробляються та реалізуються з метою досягнення закладом охорони здоров'я можливості реалізації стратегічних цілей в довгостроковій перспективі [11].

Результат кадрової політики залежить від ефективності реалізації складових системи управління кадровою політикою: механізму

управління та організації управління кадровою політикою. Схематична модель системи управління кадровою політикою закладу охорони здоров'я нами подана на рис. 1.

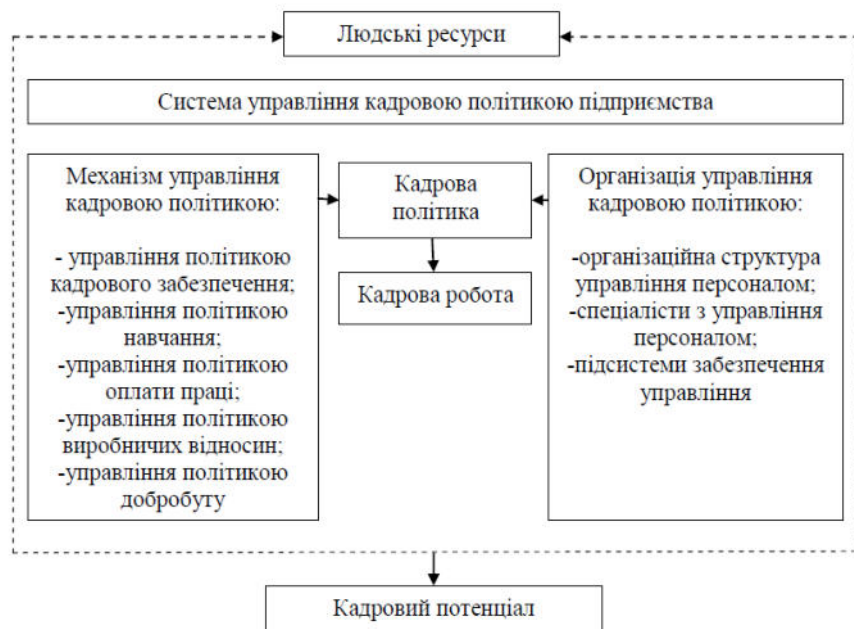


Рис. 1. Модель системи управління кадровою політикою закладу охорони здоров'я

Примітка: складено автором за [8].

Таким чином, від ефективності системи управління кадровою політикою залежить в кінцевому результаті якість кадрового потенціалу працівників медичного закладу. Саме тому механізм управління визначає принципи, методи та функції управління, що безпосередньо розкриваються у кадровій роботі закладів охорони здоров'я та характеризують систему управління кадровою політикою.

Механізм управління кадровою політикою закладів охорони здоров'я представляє собою систему планів, норм і нормативів, організаційних, адміністративних, соціальних, економічних і інших заходів, спрямованих на рішення кадрових проблем і задоволення потреб закладу в персоналі. В реалізації кадрової політики можливі альтернативи, з врахуванням реального стану економіки. І тому її вибір

пов'язаний не тільки з визначенням основної мети, але й вибором засобів, методів та пріоритетів [10, с.13]. Основними різновидами кадрової політики вважаються: політика кадрового забезпечення, політика навчання, політика оплати праці, політика взаємовідносин в організації та політика добробуту (рис. 2).



Рис. 2. Механізм управління кадрами закладу охорони здоров'я

Примітка: складено автором за [10, с. 13].

Сучасні умови діяльності закладів охорони здоров'я вимагають побудови й формування ефективної системи кадрового забезпечення.

Ефективність такої системи, в першу чергу, проявляється у її властивості пристосовуватись до мінливих умов ринкового середовища, цілей та умов роботи закладу, а також у необхідності враховувати перспективи розвитку медичної установи в цілому. Ефективна система кадрового забезпечення покликана створювати умови для мотивації персоналу, більш високої якості його праці та задоволеності роботою.

Кадрове забезпечення – це один із напрямків кадрової політики закладів охорони здоров'я, результатом якого є формування такого складу персоналу, який за своїми характеристиками відповідає тактичним і стратегічним цілям медичної установи та спрямований на

вдосконалення кадрового потенціалу організації.

Механізм управління кадровим забезпеченням являє собою сукупність форм і методів реалізації процесів системи кадрового забезпечення, які дозволяють вирішити завдання щодо формування кадрового складу закладу охорони здоров'я.

Етапи кадрового забезпечення перетворюються у конкретні кадрові процеси, тобто у планомірні дії з формування кадрового складу. До таких етапів можна віднести наступні: планування і прогнозування потреби в персоналі; відбір та набір персоналу; розвиток та навчання персоналу; контроль та оцінка персоналу.

Етап кадрового планування принципово важливий для всієї системи управління кадровим забезпеченням закладу охорони здоров'я. На цьому етапі вирішуються завдання забезпечення персоналом у необхідній кількості та відповідної якості, а також подальшого ефективного її використання. Кадрове планування покликане вирішувати завдання щодо забезпечення закладу необхідним для досягнення цілей персоналом, відповідного рівня кваліфікації персоналу, мотивації тощо [9].

Першим етапом планування персоналу є аналіз та оцінка умов, що базуються на об'єктивних характеристиках праці, переліку завдань, витратах часу, характері зайнятості, системі оплати праці, відповідності робочих місць та інших умовах праці.

Другим етапом планування персоналу є прогнозування, в рамках якого складаються прогнози щодо потреб у персоналі, джерел покриття цих потреб, потреб у професійній підготовці, перепідготовці або підвищенні кваліфікації наявного персоналу, а також прогнозування можливих витрат.

Виявлення реальної потреби в кадрах є основою правильно організованої системи забезпечення організації кадрами. У загальному вигляді ця потреба виявляється шляхом ділення часу, необхідного для обслуговування заданого обсягу пацієнтів, на річний фонд часу.

Етап відбору та набору персоналу також відіграє важливу роль, оскільки на цьому етапі важливим є правильне визначення кадрової потреби та критеріїв відбору, які згодом можуть вплинути на роботу всієї системи кадрового забезпечення.

Етап розвитку та навчання персоналу є невід'ємним елементом управління кадровим забезпеченням та являє собою сукупність

організаційно-економічних заходів у сфері навчання, підвищення кваліфікації та професійної майстерності персоналу.

Етап контролю й оцінки є завершальним та дозволяє закладу охорони здоров'я оцінити сформовану систему кадрового забезпечення та скорегувати її в разі необхідності. Контроль й оцінка результативності праці – це процес порівняння результатів виконання певних завдань із цілями, що стоять перед організацією.

Важливо зауважити, що система управління кадровим забезпеченням повинна носити науковий характер і мати методологічну основу. Відповідно, для досягнення найкращого результату, цим питанням мають займатись відповідні кадрові служби [10, с. 13-15].

Управління політикою навчання – це забезпечення працівників усіма необхідними навчальними потужностями та процедурами, що необхідні для досягнення постійного покращення виконання їхніх результатів. Політика навчання і підвищення кваліфікації передбачають постійне навчання персоналу на всіх рівнях або в рамках самого закладу охорони здоров'я, або в спеціальних навчальних центрах або вищих навчальних закладах. Необхідність навчання з метою підвищення кваліфікації обумовлена в основному високим рівнем науково-технічного прогресу в технологіях надання медичних послуг [2, с.164-165].

Після тренінгів, семінарів, участі у процесі навчання і самовдосконалення найбільш досвідчені, надійні та перспективні співробітники обіймають вищі та більш відповідальні посади. У процесі просування персоналу перевага при призначенні на вищі посади завжди надається заслуженим співробітникам закладу охорони здоров'я. Працівники отримують задоволення потреб у стабільності, безпеці та соціальній захищеності [6, с. 211].

Управління політикою оплати праці – це надання достойної оплати праці у відповідності до освіти, досвіду та рівня кваліфікації працівника. Розмір заробітної плати залежить від складності та умов виконуваної роботи, професійно-ділових якостей працівника, результатів його праці та діяльності медичного закладу в цілому.

Управління політикою взаємовідносин в організації – це створення ефективного стилю керівництва, налагодження відносин з профспілками, а також ефективне вирішення проблем у діяльності закладу охорони здоров'я.

Управління політикою добробуту включає виплату допомоги по хворобі та непрацездатності, пенсій; надання медичних послуг та путівок на оздоровлення; виділення транспорту або житла; підвищення корпоративної культури; надання допомоги у вирішенні особистих проблем тощо.

Зарубіжний досвід свідчить, що в сучасних умовах зростає вплив якості праці кожного працівника на загальні результати діяльності закладу охорони здоров'я. З огляду на це, забезпечення установи професійним персоналом, який відповідає його вимогам, є одним із важливіших завдань управління кадровою політикою. Це завдання неможливо реалізувати без відповідного морального і матеріального стимулювання та соціальних гарантій, які повинні бути основними аспектами кадрової роботи організації [3, с.218].

Ефективне функціонування закладу охорони здоров'я у сучасних умовах залежить від ефективності процесу управління кадровою політикою. Відповідно, удосконалення методів і механізмів формування ефективної кадрової політики організації забезпечить їм стійкі конкурентні позиції на ринку медичних послуг. Однак необхідно відзначити, що більшість вітчизняних закладів охорони здоров'я не приділяє достатньої уваги питанням кадрової політики. На жаль, кадрова політика найчастіше здійснюється на основі інтуїції та досвіду керівників без урахування теоретичних та практичних розробок в даній сфері. Таким чином, система управління кадровою політикою закладу охорони здоров'я повинна бути чітко спланована та носити науковий характер. Також для успішного функціонування зазначеної системи необхідно систематично проводити аналіз використання людських ресурсів закладу, своєчасно визначати кадрові потреби та розглядати систему кадрової політики на стратегічному рівні.

4.4. Лікарське самоврядування як інструмент реалізації кадрової політики в сфері охорони здоров'я

Незважаючи на активний процес реформування, в сфері охорони здоров'я України залишається ряд проблем, пов'язаних з неефективним використанням кадрових ресурсів сфери охорони здоров'я, низькою кваліфікацією медичних працівників, значним старінням медичних кадрів, відсутністю мотивації до ефективної та продуктивної праці тощо.

Одним із шляхів вирішення зазначених проблем є децентралізація управління в сфері охорони здоров'я та впровадження професійного лікарського самоврядування, яке сприятиме здійсненню демократичних перетворень та розвитку громадянського суспільства.

Лікарське самоврядування – це професійне самоврядування в сфері охорони здоров'я, яке забезпечується гарантованим державою правом лікарів самостійно вирішувати питання своєї професійної діяльності й реалізується шляхом створення в порядку, визначеному законом, організацій самоврядування лікарів. Вони перебирають на себе частину важливих регуляторних функцій (сертифікацію навчальних програм, ведення реєстру лікарів, надання та припинення права на професійну діяльність, безперервний професійний розвиток лікарів тощо) [9]. Генеральна асамблея Всесвітньої медичної асоціації наголошує, що без автономії професіоналів у галузі охорони здоров'я (лікарів, медсестер, провізорів) неможливий ефективний захист прав пацієнтів [10]. Надаючи лікарям незалежність і професійну свободу в проведенні медичної діяльності, суспільство створює умови для формування найкращої з можливих систем охорони здоров'я для своїх громадян, що, своєю чергою, забезпечує вагомий внесок у національний розвиток і національну безпеку [10].

До основних переваг лікарського самоврядування варто віднести: 1) звільнення уряду та органів державної влади від вирішення проблем, що стосуються організації надання якісних медичних послуг (якість досягається за рахунок самоконтролю та власної відповідальності); 2) розбудову регіональної мережі самоврядних організацій, яка дозволяє здійснювати підтримку професійної діяльності лікарів на місцевому рівні; 3) розширення можливостей лікарів в сфері обміну досвідом і знаннями з колегами із сусідніх країн в рамках співпраці із міжнародними самоврядними організаціями.

Сьогодні майже у всіх розвинених країнах світу основне місце в організації медичної практики традиційно займають національні самоврядні організації (товариства, асоціації, лікарські палати, комори, колегіуми лікарів тощо), які несуть повну відповідальність перед державою і суспільством за якість медичної допомоги, професійну підготовку лікарів та дотримання норм медичної етики, безпеку і забезпечення прав пацієнтів [8]. У США – це *American Medical Association*

(1847); у Канаді – *The Medical Council of Canada* (1912); у Великобританії – *British Medical Association* (1832); у Німеччині – *Bundesärztekammer* (1947); у Швейцарії – *Federation des medecins suisses* (1867); у Норвегії – *Den Norske Legeforeningen* (1886); у Македонії – *Македонско лекарско друштво* (1945, 1996); у Туреччині – *Türk Tabipleri Birliği* (1973); у Польщі – *Польська палата лікарів і стоматологів* (1892, 1989); у Нігерії – *Nigerian Medical Association* (1998) [12]. Ці організації приймають участь в управлінні системою охорони здоров'я як рівноправні партнери поряд з уповноваженими органами державної влади.

Одночасно з традиційними організаціями лікарського самоврядування, існують і міжнародні медичні об'єднання такі, як: Всесвітня лікарська асоціація (*World Medical Association*), Всесвітня асоціація сімейних лікарів *WONCA (World Organization of National Colleges, Academies)* Європейський союз медичних фахівців (*European Union of Medical Specialists*), Постійний комітет європейських лікарів (*Standing Committee of European Doctors*), Європейська академія викладачів загальної практики-сімейної медицини (*The European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine*), Асоціація шкіл громадського здоров'я в Європейському регіоні (*Association of Schools of Public Health in the European Region*), Європейська мережа з оцінки медичних технологій (*European network for health technology assessment*) тощо. Існування та діяльність цих організацій свідчить про значну активність суспільного руху лікарів та його роль у покращанні здоров'я та розвитку служб охорони здоров'я в світі в цілому та в Європі зокрема [12]. Найавторитетнішою з цих організацій є Всесвітня медична асоціація (ВМА), яка об'єднує 117 національних медичних асоціацій.

На Всесвітніх медичних асамблеях Всесвітньої лікарської асоціації (*World Medical Association*) приймаються важливі рішення щодо запровадження та розвитку лікарського самоврядування в світі.

У жовтні 1987 року на 39-тій Всесвітній медичній асамблеї ухвалено «Мадридську декларацію», в якій наголошується на необхідності самоврядування медичної професії та встановлення професійної автономії [11]. Сформульовані в документі основні принципи лікарського самоврядування спрямовані на якнайширше задоволення потреб пацієнтів та захист прав медичних працівників. Відтак у всіх країнах-членах Європейського Союзу прийнято закони,

відповідно до яких лікарському самоврядуванню делеговано цілий ряд важливих регулятивних функцій системи охорони здоров'я, а також окреслено основні організаційні засади професійної діяльності лікарів.

У 2008 році на 59-тій Всесвітній медичній асамблеї прийнято Сеульську декларацію «Про професійну лікарську автономію і клінічну незалежність», в якій знову підкреслюється «важливість професійної лікарської автономії та незалежності у прийнятті клінічних рішень, що повинні бути збереженими не лише як істотний компонент високоякісної і тому вигідної для пацієнта медичної допомоги, але і як істотний принцип лікарського професіоналізму» [14].

Унаслідок прийняття Сеульської декларації Всесвітньої медичної асамблеї в країнах Європейського Союзу, Північної й Південної Америки, Південної та Східної Азії, значній частині країн Африки прийнято закони, якими держава передала лікарському самоврядуванню регуляторні функції в управлінні системою охорони здоров'я, де окреслено організаційні засади професійної діяльності лікарів [77].

Зарубіжні країни напрацювали значний досвід у сфері лікарського самоврядування. Практично в кожній із країн-членів ЄС створено орган, який регулює основні положення щодо функціонування лікарського самоврядування. Так, в Німеччині лікарське самоврядування здійснюється двома окремими структурами: Палатою лікарів і Палатою стоматологів. Федеральна палата лікарів Німеччини є однією з найпотужніших і найповажніших лікарських спільнот світу. Вона представляє інтереси понад 470 тис. лікарів країни і є центральною організацією в системі лікарського самоврядування країни.

Кожен лікар Німеччини є членом національного лікарського товариства через обов'язкове членство в одній із земельних палат. Останні працюють відповідно до законів федеральних земель про лікарську діяльність, активно взаємодіють між собою, обмінюються досвідом, координують загальні дії. Обов'язкове членство в одній із лікарських палат передбачає сплату членського внеску (близько 0,6% доходу лікаря). Земельні лікарські палати захищають та відстоюють професійні та політичні інтереси лікарів, реєструють їх діяльність і наглядають за нею, забезпечуючи при цьому максимально можливі стандарти медичної етики і науки. Також в сфері їх компетенції перебувають організація, регулювання та підтримка післядипломної

професійної освіти й безперервного професійного розвитку лікарів.

До основних завдань земельних лікарських палат належать: 1) громадські; 2) професійно-політичне представництво лікарів в інших сферах (ЗМІ, експертиза, підтримка державної служби охорони здоров'я, кооперація з міжнародними партнерами й органами охорони здоров'я); 3) соціальні (наприклад, пенсійне забезпечення лікарів).

Ключовими принципом діяльності організацій лікарського самоврядування Німеччини є забезпечення якості надання медичної допомоги, тобто захист інтересів професійної групи, суспільства і пацієнтів. Це звільняє уряд й органи влади від багатьох організаційних клопотів, а товариство є компетентним партнером у забезпеченні якості медичних послуг і сфери охорони здоров'я в цілому (за допомогою самоконтролю та власної відповідальності) [13].

Завдяки членству у самоврядній лікарській організації лікарі Німеччини отримують широкі можливості обміну досвідом і знаннями з колегами із сусідніх країн та співпрацюють з міжнародними самоврядними організаціями.

В Чехії лікарське самоврядування здійснюється трьома медичними коморами: коморою лікарів, коморою стоматологів, коморою фармпрацівників. Вступ в комори для лікарів є обов'язковим.

Особливістю чеської комори є те, що представництво на конференцію, яка обирає керівні органи головної комори, формують як регіональні комори, так і асоціації лікарів за спеціальностями.

До основних завдань діяльності комори належать: 1) забезпечення професійного виконання функцій та дотримання правил етики та порядку палати всіма її членами; 2) гарантування експертизи свої членів та контроль виконання умов для медичної, стоматологічної та фармацевтичної професії у відповідності до спеціальних правил; 3) оцінка та захист прав та професійних інтересів членів; 4) захист професійної цілісності членів; 5) ведення реєстру членів.

Особливістю лікарського самоврядування в Словаччині є те, що структурно представництво в організаціях лікарського самоврядування формується як за територіальним принципом (Словацька лікарська комора та її територіальні підрозділи), так і за принципом створення секцій по напрямках діяльності (Гігієнічно-епідеміологічна секція, Секція клінічної біохімії, Патологічна секція, Секція ядерної медицини, Секція

нейрохірургії, Неонатальна секція, Онкологічна секція, Секція клінічної мікробіології тощо) [13].

Ще однією особливістю словацького лікарського самоврядування є добровільне членство в коморі, членом якої може бути будь-який лікар, що закінчив медичний університет чи факультет. При цьому членами комори можуть стати і лікарі, які не займаються лікарською практикою на території Словаччини. Членом комори можна стати шляхом запису в реєстр лікарів за власним бажанням лікаря.

Основними завданнями комори в Словаччині є: 1) об'єднання лікарів, які є членами комори; 2) захист прав та інтересів членів; 3) надання медичних, юридичних та економічних консультацій членам; 4) посередництво та, при необхідності, представництво в судах, державних органах та місцевих органах влади у питаннях, пов'язаних із здійсненням медичної практики; 5) реєстр лікарів; 6) розгляд скарг громадян на надання медичної допомоги в недержавних медичних установах; 7) медична підготовка; 8) рішення про дисциплінарні заходи та етична оцінка діяльності лікарів; 9) здійснення контролю за дотриманням умов, передбачених законом; 10) співпраця з державними та місцевими органами влади в рамках спеціального регулювання.

В Польщі створена єдина централізована лікарська палата, до якої зобов'язані вступати всі лікарі, що займаються медичною практикою в Польщі. Без погодження з палатою не може бути прийнятий жоден закон в сфері охорони здоров'я. Палата також має право видавати ліцензії лікарям з інших країн, проводити оцінку відповідності медичних дипломів. Палата може забирати ліцензії на лікарську практику.

У США і Канаді відсутня централізована або чітко організована система лікарського самоврядування, натомість існує більше 200 професійних медичних організацій, які мають різну роль та функції. Втім, лише кілька організацій мають відповідний юридичний статус та повноваження. Комітет зв'язків в медичній освіті (The Liaison Committee on Medical Education (LCME)) та Американська астеопатична асоціація (American Osteopathic Association (AOA)) є визнаними Департаментом освіти США як акредитаційні органи медичних освітніх програм для отримання ліцензій доктора медицини (лікаря) та доктора остеопатії (остеопата) відповідно.

Ліцензування лікарської діяльності здійснюють Федерація

медичних рад штатів і медичні ради штатів. Управління боротьби з наркотиками видає дозволи лікарям для виписування підконтрольних лікарських засобів. Фактично ці 4 організації, точніше – 54 (існує 50 медичних рад штатів) і є єдиними органами лікарського самоврядування, які підтримуються та визнаються на федеральному рівні. Всі інші організації забезпечують інформаційну підтримку лікарів, розробляють освітні проекти, надають певну юридичну підтримку, розробляють етичні лікарські норми [13].

Незважаючи на те, що кожна країна має власну специфічну практику організації лікарського самоврядування, їх можна в 4 основні групи:

перша група – це 17 країн Центральної і Східної Європи: Австрія, Люксембург, Німеччина, Словенія, Албанія та інші, де функціонують лікарські палати (ZEVA). Для цих країн характерні моделі, які вперше запровадили в Німеччині та Австрії. Для цих моделей характерно: обов'язкове членство лікарів у палатах, делегування державою самоврядним організаціям практично всіх повноважень, пов'язаних з лікарською професійною діяльністю, спеціальний закон про самоврядування;

друга група – це 17 країн Західної та Південної Європи, серед яких доцільно виділити Францію, Італію та Іспанію, у яких функціонує Європейська рада лікарських орденів (CEOM). Варто зазначити, що частина лікарських самоврядних організацій, наприклад, у Німеччині, Австрії і Румунії, входить до обох об'єднань – ZEVA і CEOM. Таким чином в цих країнах існує деяка конкуренція національних самоврядних організацій. Також певною мірою відрізняються закони, що регулюють сам процес лікарського самоврядування, хоча ці аспекти не мають принципового впливу на суть лікарського самоврядування як такого;

третья група – це Велика Британія, Скандинавські держави, країни Балтії, в яких традиційно сформувалися своєрідні системи регулювання і саморегулювання лікарської діяльності, тобто в них немає загальних об'єднань. Наприклад, у Великій Британії законодавчо не прописане обов'язкове членство у самоврядній лікарській організації (Королівському колегіумі), але якщо лікар не є його членом, він не зможе виконувати свої професійні функції. В країнах Балтії діють лікарські асоціації з певними повноваженнями лікарського

самоврядування. Особливість самоврядних лікарських організацій Скандинавських країн полягає в тому, що вони, поряд із своїми основними функціями, виконують ще й функцію профспілок – відповідають за економічний захист своїх членів [1];

четверта група – це США. Американська система самоврядування відрізняється від європейської кількома функціями, наприклад функцією ліцензування, яка реалізується не через федеративний уряд, а передана в компетенцію штатів. Так, Американська медична асоціація не видає ліцензій на здійснення лікарської практики, проте вона підтверджує безперервний професійний розвиток лікаря, без чого той не може отримати права на діяльність від влади штату. Американська медична асоціація також не передбачає обов'язкового членства, але насправді нею охоплені понад 90% лікарів.

Аналіз світового досвіду засвідчив, що професійне лікарське самоврядування – це надзвичайно потрібна й корисна модель управління сферою охорони здоров'я. Його впровадження має стати одним із невід'ємних компонентів реформування вітчизняної системи охорони здоров'я, складовою державної політики у сфері охорони здоров'я. Важливо при цьому зберегти найкращі традиції вітчизняного корпоративного медичного спілкування та, водночас, запозичити провідний зарубіжний досвід щодо функціонування організацій лікарського самоврядування [18, с. 6].

Проведений аналіз дозволив сформулювати основні завдання лікарського самоврядування: 1) видача дозволів і нагляд за належним та сумлінним здійсненням лікарської практики; 2) інтеграція лікарів у єдиний медичний простір; 3) впровадження політики партнерства між системою охорони здоров'я, лікарями і пацієнтами; 4) встановлення обов'язкових для всіх лікарів етичних і деонтологічних засад лікарської діяльності; 5) вплив на стан здоров'я суспільства, державну політику охорони здоров'я та стимулювання ефективного використання ресурсів системи охорони здоров'я; 6) організація співпраці з науковими товариствами, вітчизняними та зарубіжними вищими навчальними закладами тощо [2].

Вищезазначені завдання лікарське самоврядування виконує шляхом: 1) надання права на здійснення лікарської практики; 2) ведення реєстру лікарів; 3) обговорення умов праці лікарів та її оплати; 4) нагляд

за належним і сумлінним виконанням лікарями своїх професійних обов'язків; 5) визначення чітких критеріїв (індикаторів) якості надання медичної допомоги; 6) притягнення лікарів до дисциплінарної відповідальності; 7) допомога у фаховому удосконаленні лікарів; 8) проведення атестації і сертифікації лікарів, ліцензування видів медичної практики та участі у акредитації закладів охорони здоров'я; 9) участі у проведенні конкурсів на заміщення керівних посад у системі охорони здоров'я; 10) організації експертизи та обговорення нормативних документів органів влади, особливо тих, що стосуються змін у системі надання медичної допомоги та виконання лікарями своїх професійних функцій; 11) здійснення контролю за використанням лікарських засобів і медичною рекламою; 12) ухвалення принципів професійної етики та деонтології, обов'язкових для всіх лікарів, а також контролю за їх дотриманням; 13) визначення меж та контролю за дотриманням лікарської таємниці; 14) організації співпраці з органами влади, політичними організаціями, професійними спілками, а також з іншими громадськими організаціями у справах, що стосуються охорони здоров'я населення та умов виконання лікарями своїх професійних обов'язків; 15) своєчасного забезпечення лікарів необхідною медичною інформацією; 16) розробки національної стратегії інформування суспільства про події в системі охорони здоров'я; 17) визначення кваліфікації лікаря та надання права на медичну практику громадянам інших держав [2].

У країнах країни колишнього Радянського Союзу, які входять до Східного партнерства Європейського Союзу (крім Російської Федерації), зокрема і в Україні, досі не запроваджено лікарського самоврядування. Але є велика кількість громадських організацій, що об'єднують лікарські середовища за спеціалізацією, наприклад: Всеукраїнське лікарське товариство (ВУЛТ), Асоціація медичних сестер України, Асоціація неврологів України, Асоціація неонатологів України, Асоціація педіатрів України, Асоціація працівників швидкої, невідкладної медичної допомоги та медицини катастроф, Асоціація «Серцево-судинних хірургів України», Асоціація бариатричної хірургії, Асоціація радіологів України, Асоціація торакальних хірургів України, Асоціація дитячих оториноларингологів України (АДОУ), Асоціація превентивної та антиейджинг медицини тощо. Проте ці організації не мають юридичних інструментів і важелів характерних для європейських організацій

лікарського самоврядування. Вони розпорозені і вирішують дрібні проблеми в рамках своєї спеціалізації, а не загальні проблеми лікарів.

Всеукраїнське лікарське товариство (ВУЛТ) – це найстаріша і найчисельніша в нашій державі організація, що об'єднує представників медичної професії всіх регіонів України [15]. ВУЛТ вважає себе продовжувачем традицій Українського (Руського) Лікарського Товариства у Львові, заснованого у 1910 році та Всеукраїнської Спілки Лікарів, заснованої в Києві 1917 року.

Основною метою діяльності ВУЛТ є: 1) сприяння охороні і зміцненню здоров'я українського народу; 2) розвиток вітчизняної медичної науки; 3) участь у вирішенні медичних проблем; 4) сприяння професійному росту медичних працівників, їх правовому та соціальному захисту; 5) задоволення своїх законних соціальних, економічних, творчих та інших спільних інтересів.

Завданнями діяльності ВУЛТ є: 1) сприяння моральному, культурному та національному відродженню українського лікарства та всього народу України; 2) піднесення державної та суспільної значимості професії лікаря, сприяння відродженню її авторитету і престижу, сприяння поліпшенню рівня та якості медичної допомоги усім верствам населення; 3) сприяння зростанню професійного рівня українських лікарів шляхом підвищення кваліфікації і практичної майстерності, удосконалення медичної освіти, розвитку творчого потенціалу та реалізації права кожного на інтелектуальну працю та її результати; 4) сприяння формуванню пріоритетних напрямів медичної науки, організація та участь у проведенні наукових досліджень актуальних проблем медицини та охорони здоров'я, впровадження їхніх досягнень у практику; 5) захист інтересів членів ВУЛТ в органах державної влади і державного управління, забезпечення юридичного захисту їхніх громадянських прав, професійних, соціальних та економічних інтересів.

ВУЛТ вже багато років активно працює над запровадження лікарського самоврядування, розвитком професійної автономії та професійної відповідальності лікарів. Оскільки в нашій країні вже розпочате серйозне реформування системи охорони здоров'я, законодавче введення лікарського самоврядування є питанням найближчого часу.

Основною причиною гальмування процесу запровадження

лікарського самоврядування є відсутність відповідної нормативно-правової бази. На розгляд Верховної ради періодично виносяться законопроекти, які мають на меті врегулювати процедуру лікарського самоврядування, але, на жаль, жоден з них ще не був ухвалений. Серед таких законопроектів слід відзначити такі законопроекти: «Про лікарське самоврядування» 24 жовтня 2018 року № 8250 [3], «Про самоврядування медичних професій в Україні» від 14 листопада 2019 року № 2445 [4]; Проект Закону України «Про професійне самоврядування у сфері охорони здоров'я» від 26 листопада 2019 року № 2445-1 [5], «Про професійне самоврядування медичних професій в Україні» від 26 листопада 2019 року № 2445-2 [6], «Про засади та органи медичного самоврядування України» [7]. Кожен із наведених законопроектів має ряд недоліків, які потребують серйозного доопрацювання.

Саме тому сьогодні в Україні відсутній єдиний нормативно-правовий документ, який би окреслював правовий статус організацій лікарського самоврядування, визначав їх місце серед інших суб'єктів публічної політики у сфері охорони здоров'я. У зв'язку з цим особливої актуальності та важливості набуває створення належної нормативно-правової бази для функціонування організацій лікарського самоврядування, яка визначить механізми державної політики захисту прав медичних працівників та створить правове підґрунтя для запровадження цілісної взаємоузгодженої системи соціальних гарантій як для пацієнтів, так і для лікарів.

Запровадження в Україні лікарського самоврядування дозволить значно скоротити тіньовий обіг коштів у охороні здоров'я, позбавить пацієнтів від послуг псевдомедичних організацій, представників нетрадиційної медицини, забезпечить контроль за медичною рекламою, створить умови для надання якісної медичної допомоги, забезпечить практичне обґрунтування доцільності функціонування тих або інших установ охорони здоров'я, визначить потребу в лікарях різних спеціальностей, дозволить сформулювати ефективну систему страхування професійної відповідальності лікарів і медичного страхування громадян, а також допоможе успішно вирішувати інші важливі медичні та соціальні проблеми.

Діяльність громадських та самоврядних організацій є реальним показником процесу становлення громадянського суспільства,

демократизації політичної і соціальної системи держави. І чим результативнішою буде їхня робота, тим досконалішим і міцнішим буде ставати громадянське суспільство.

4.5. Сучасні форми підвищення кваліфікації кадрового складу закладів охорони здоров'я

Сучасні виклики, що постають перед Україною в сфері охорони здоров'я, зумовлюють необхідність пошуку інноваційних підходів до формування ефективної кадрової політики, оскільки від рівня забезпеченості закладів охорони здоров'я медичними працівниками та їх безперервного професійного розвитку залежить якість надання медичної допомоги населенню країни. Разом з тим, ефективна кадрова політика є важливим інструментом реформування галузі охорони здоров'я, яка забезпечить пріоритет інтересів пацієнтів, підвищить задоволеність населення якістю і доступністю медичних послуг.

Кадри закладів охорони здоров'я розглядаються як стратегічний капітал, і 70 % усіх капіталовкладень охорони здоров'я у світі спрямовується саме на кадрове забезпечення [3]. Водночас, проблеми кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я в Україні залишаються не вирішеними і поглиблюються в процесі впровадження реформ. Серед головних проблем закладів охорони здоров'я можна виокремити наступні:

- низька якість кадрового забезпечення системи охорони здоров'я, зокрема: дільничні лікарі, праця яких оплачується за ставками і не залежить від якості їх роботи і обсягу наданих послуг, не зацікавлені в підвищенні своєї кваліфікації;

- негативний кадровий баланс: старіння працівників;

- низька якість підготовки медичних кадрів;

- недостатній приплив в медицину кваліфікованих молодих фахівців;

- непрозорість, суб'єктивізм і формалізм механізмів ліцензування медичної практики, акредитації медичних закладів, атестації медичного персоналу в поєднанні з повільним, а іноді – відсутнім впровадженням процесу стандартизації медичної практики призводить до поглиблення проблеми надання якісних послуг з охорони здоров'я.

Мають місце проблеми щодо: скорочення чисельності медичних

працівників (як лікарів, так і працівників середньої ланки); неуккомплектованість посад як лікарів, так і середнього медичного персоналу (укомплектованість лікарями становить 80,6 %, при цьому укомплектованість лікарями обласних лікарень – 85,1 %, міських – 77,8 %, центральних районних лікарень – 76,2 %, дільничних – 71,3 %, селищних лікарських амбулаторій – 69,2%) [2]; регіональна диспропорція в кадровому забезпеченні (між різними регіонами країни, а також міською та сільською місцевостями); незадовільна ситуація з кадровим забезпеченням управлінської ланки сфери охорони здоров'я, яка характеризується не стільки нестачею управлінців, скільки рівнем їхньої підготовки [11].

Водночас, в контексті проведення медичної реформи найбільш важливими є компетенція працівника, його професійна підготовка, готовність до нововведень та творчого пошуку саме в закладах охорони здоров'я, через те що реформування медичної галузі віднесено до першочергових напрямків реформ, окреслених як у «Стратегії реформ – 2020», Коаліційній угоді, так і в Угоді про асоціацію між Україною та Європейським Союзом. Відтак, актуальним сьогодні є питання формування дієвого кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я, що повинно стати рушійним організаційно-правовим та управлінським засобом впровадження змін в галузі охорони здоров'я.

Трансформаційно-реформістські процеси потребують інноваційних підходів до підготовки кадрового потенціалу у сфері охорони здоров'я, особливо на післядипломному етапі професійного розвитку та підготовки фахівців.

Потреба закладів охорони здоров'я в підвищенні кваліфікації їх кадрового складу обумовлена: змінами зовнішнього і внутрішнього середовища, удосконаленням процесу управління, освоєнням нових видів діяльності. Підвищення кваліфікації медичного персоналу повинно бути комплексним за обсягом, диференційованим за окремими категоріями працівників, неперервним [8, с.137].

Медичний персонал (особливо лікарі) – це ті кадри, які постійно мають підвищувати рівень своєї кваліфікації, підтверджувати ліцензію тощо. Підготовка медичних кадрів спрямована на забезпечення принципу безперервної медичної освіти. Це мають враховувати керівники закладів охорони здоров'я як в кадровій політиці та стратегії,

так і в процесі мотивації, адже методи розвитку кадрів можуть стати дієвим мотиваційним інструментом.

Створення дієвої системи підвищення кваліфікації працівників актуалізується у зв'язку зі зростанням частки лікарів, які отримували базову і післядипломну освіту десятки років тому, та малим «життєвим циклом» спеціальних знань і навичок [15].

Необхідний рівень кваліфікації лікаря-спеціаліста забезпечується поєднанням різних видів навчання, що здійснюється навчальними закладами з післядипломної підготовки лікарів (провізорів), курсами інформації і стажування, систематичною самоосвітою і постійною практичною роботою з отриманої спеціальності [8, с.138].

Особливо важливу роль у розвитку кадрового складу закладів охорони здоров'я відіграє підвищення кваліфікації медичних працівників, які одержують додаткові можливості для планування трудової кар'єри. Заклади охорони здоров'я у своїй діяльності можуть використовувати наступні етапи програми підвищення кваліфікації медичних працівників (рис. 1).

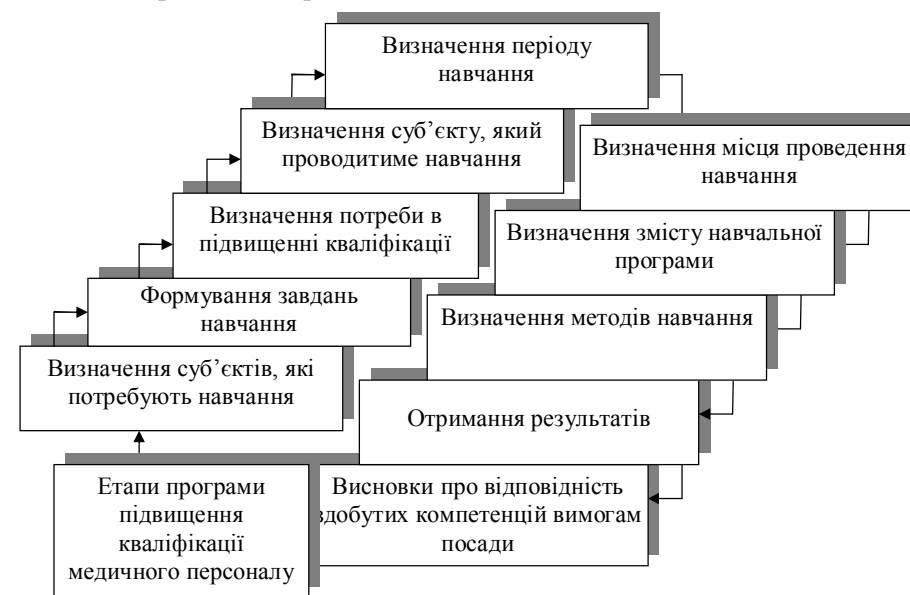


Рис. 1. Етапи програми підвищення кваліфікації медичного персоналу

Основою професійного розвитку кадрового складу закладів охорони здоров'я є оцінювання його професійної компетентності, яке повинно здійснюватися на основі створення моделі компетентності для певної посади. Це, дає змогу реально оцінити потреби у навчанні та професійному розвитку медичних працівників.

Водночас, реформування медичної освіти полягає у впровадженні нової системи відповідно до Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 року № 302 [12]. Основна ідея цього документа – професійний розвиток має тривати протягом усього періоду фахової діяльності лікаря та передбачати самовдосконалення шляхом участі як у формалізованому навчальному процесі, так і у неформальних освітніх програмах.

Безперервний професійний розвиток – нова для України система постійного розвитку компетенцій лікаря і його професійного вдосконалення. Замість формального навчання лікарі мають постійно розвивати свої компетенції. Принцип безперервного навчання фахівців сфери охорони здоров'я давно є поширеною практикою в розвинутих країнах Європи, Америки та Азії, зокрема у США, Чехії, Сінгапурі, Швеції, Великій Британії, Польщі, та інших.

Основними недоліками чинної системи підвищення кваліфікації лікарів є необ'єктивна оцінка кваліфікації, що дає змогу некваліфікованим спеціалістам продовжувати медичну практику; низьку мотивацію лікаря до підвищення професійної кваліфікації; відсутність ефективного механізму реагування на випадки його некомпетентності. Крім того, традиційна система підвищення кваліфікації лікарів не встигає за новітніми розробками, дослідженнями, інноваційними методами лікування. В цьому контексті запровадження широко відомого у світі механізму професійного ліцензування лікарів, який ґрунтуватиметься на безперервному професійному розвитку, стимулюватиме не лише до отримання ліцензії після закінчення навчання, а й трансформацію системи медичної освіти, у тому числі й безперервного професійного розвитку лікаря. Така нова модель витіснить чинні атестаційні цикли: замість атестації буде запроваджено систему професійного ліцензування лікарів, складовими якої стануть освітнє портфоліо фахівця та історія його медичної практики.

Безперервний професійний розвиток принципово відрізняється тим, що з його впровадженням лікарі навчатимуться постійно впродовж життя. Лікарі самі обиратимуть і заходи професійного розвитку. А це дозволить пристосовувати навчання до потреб конкретної медичної практики у конкретному лікувальному закладі і надасть безумовні переваги як для лікарів, так і для пацієнтів. Разом з тим, перевагами безперервного професійного розвитку для лікарів є:

- свобода у виборі теми, форми навчання. Відповідно до нової моделі, має відбутися демонополізація освіти, зокрема, вибір місця чи організації переходить до лікаря;

- постійний розвиток, що дозволить бути конкурентноспроможним у професії;

- можливість інтегруватись у світову медичну спільноту через відвідування акредитованих міжнародними організаціями заходів безперервного професійного розвитку в Україні та за її межами;

- спрощення процедури атестації (подання звіту про професійну діяльність за останні три роки та співбесіда з комісією не передбачені у новому порядку атестації).

В цьому контексті перевагами безперервного професійного розвитку для пацієнтів є кваліфікований та компетентний лікар, який кожного року буде вдосконалювати медичні навички та знання.

Новий підхід скасовує обмеження переліку освітніх провайдерів для лікарів, це фактично демонополізує ринок послуг з післядипломної медичної освіти. Замість преференцій виключно державним провайдерам таких послуг цей ринок відкривається для вільної конкуренції [4]. Відтак, безперервний професійний розвиток фахівців у сфері охорони здоров'я – це безперервний процес навчання та вдосконалення професійних компетентностей фахівців після здобуття ними вищої освіти у сфері охорони здоров'я та післядипломної освіти в інтернатурі, що дозволяє фахівцю підтримувати або покращувати стандарти професійної діяльності відповідно до потреб сфери охорони здоров'я та триває впродовж усього періоду професійної діяльності [12].

Система безперервного професійного розвитку включає періоди підвищення кваліфікації фахівців та підготовки у лікарській резидентурі, аспірантурі, докторантурі, на циклах спеціалізації, тематичного удосконалення, курсах інформації та стажування після отримання

(підтвердження) медичним або фармацевтичним працівником відповідної кваліфікації, а також професійну самоосвіту. Лікарська резидентура проводиться в університетах, академіях, інститутах, наукових установах, закладах охорони здоров'я, визнаних Міністерством охорони здоров'я як бази лікарської резидентури.

Навчання на циклах спеціалізації, тематичного удосконалення, курсах інформації та стажування здійснюється на базі вищих навчальних закладів, закладів післядипломної освіти, науково-дослідних установ, закладів охорони здоров'я.

Положення про навчання в інтернатурі, лікарській резидентурі, на циклах спеціалізації, тематичного удосконалення, курсах інформації та стажування; перелік спеціальностей інтернатури, лікарської резидентури та циклів спеціалізації затверджуються Міністерством охорони здоров'я [10].

Безперервний професійний розвиток включає особисту участь фахівця в різноманітних програмах і заходах формальної, неформальної й інформальної освіти. Неформальна освіта у сфері охорони здоров'я – це поглиблення власних знань і вдосконалення вмій згідно з освітніми програмами, що не передбачає присвоєння визнаних державою освітніх кваліфікацій за рівнями освіти, але може завершуватися присвоєнням професійних або часткових освітніх кваліфікацій. Інформальна освіта (самоосвіта) у сфері охорони здоров'я – самоорганізоване здобуття фахівцями професійних компетентностей під час повсякденної практики, пов'язаної з професійною, громадською або іншою діяльністю.

Інформальна освіта є обов'язковою складовою безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я. Для якої виокремлено основні форми професійної самоосвіти (рис. 2) [12].

Водночас має місце низька доступність таких сучасних форм підвищення кваліфікації як участь у міжнародних наукових форумах, стажування в провідних вітчизняних та зарубіжних клініках [1]. З огляду на вказане, зростає запит на дистанційні форми підвищення кваліфікації медичного персоналу закладів охорони здоров'я. При цьому, особливо важливим є забезпечення віддаленого доступу до інформації для працівників закладів охорони здоров'я сільської місцевості.



Рис. 2. Основні форми інформальної освіти медичних та фармацевтичних працівників у системі безперервного професійного розвитку

Періоди підвищення кваліфікації кадрового складу закладів охорони здоров'я в системі безперервного професійного розвитку, у тому числі у процесі професійної самоосвіти, підлягають обліку, який здійснюється працівником шляхом створення та ведення особистого освітнього портфоліо, а також роботодавцем, вищим навчальним закладом та закладом післядипломної освіти. Водночас, всі періоди підвищення кваліфікації підлягають щорічній оцінці, яка здійснюється вищим навчальним закладом, закладом післядипломної освіти відповідно до балів, які отримав працівник упродовж усіх періодів навчання у системі безперервного професійного розвитку. Кількість балів за різні форми інформальної освіти в процесі безперервного професійного розвитку визначається і затверджується Міністерством охорони здоров'я України та використовується здобувачами освіти для формування індивідуальної освітньої траєкторії.

В Україні щороку проводиться близько 90 освітніх заходів для лікарів та фармацевтів. Це лекції, семінари, конференції, симуляційні тренінги тощо. Заходи проводяться як у виїзному форматі, так і у форматі телемостів, завдяки чому можна одночасно охопити аудиторію в кількох регіонах і задовольнити потребу в отриманні нової інформації та ознайомленні з передовим досвідом. Відтак, тривають пошуки прогресивних методів підвищення професійної кваліфікації лікарів із залученням найсучасніших форм навчання та передових технологій.

Сучасна медична освіта характеризується своєю безперервністю, динамічністю, що вимагає від лікаря постійного підвищення своєї кваліфікації і сприяє збереженню його конкурентоспроможності та реалізується багато в чому завдяки інноваційним веб-технологіям [5]. Зокрема, численні переваги мають дистанційні форми навчання. Впровадження в освітній процес інформаційно-освітніх технологій сприяє безперервному підвищенню кваліфікації лікаря фактично на робочому місці, без відриву від основної діяльності, що складає основу проблемної, практично-орієнтованої післядипломної підготовки, спрямованої на покращення теоретичних і практичних навичок і сприяє поглибленню знань за обраною спеціальністю, обміну досвідом між колегами [9]. Відтак, використання сучасних інформаційно-освітніх веб-технологій в навчальному процесі у поєднанні до традиційних форм дозволяє підвищити якість освіти і дає ряд переваг для безперервного професійного розвитку і підвищення кваліфікації фахівців.

Завдяки впровадженню сучасних інноваційних інтернет-технологій лікар має можливість підвищувати професійну кваліфікацію у зручний для нього час, дистанційно, у тому числі в режимі онлайн.

Зарубіжний досвід свідчить, що такі форми навчання вже давно довели свою ефективність. Зокрема, за даними міжнародних наукових досліджень, лікарі, які беруть участь в інтернет-проектах у рамках безперервної медичної освіти Internet Continuing Medical Education/CME, більш схильні до прийняття клінічних рішень, що відповідають принципам доказової медицини.

Запровадження нової системи безперервного професійного розвитку, з одного боку, надає медикам змогу обирати, в кого навчатися і що вивчати, спрощує процес підтвердження кваліфікації на міжнародному рівні, а з іншого – формує конкурентне поле серед

надавачів освітніх послуг. Останнє, як і будь-яка конкуренція в будь-якій сфері, неминуче приведе до підвищення рівня якості навчального контенту. А від якості освіти лікаря безпосередньо залежить якість надання медичної допомоги пацієнтам.

Водночас, в контексті здійснення медичної реформи підвищуються вимоги до кваліфікації керівників, рівня їх професійних знань, які забезпечують закладу охорони здоров'я перехід до стратегічного управління ним. Відтак, для ефективного управління закладами охорони здоров'я, окрім профільної професійної освіти, сучасний керівник повинен мати високий рівень управлінських компетенцій [7]. Зважаючи на складність управлінської діяльності та стрімкий розвиток науки і практики в цій сфері, самостійно набути такі компетенції здатна лише незначна частина керівників. Тому, для вирішення цього завдання, доцільно використовувати два напрями додаткової професійної підготовки фахівців, що обіймають керівні посади в сфері охорони здоров'я: отримання ними другої вищої освіти з управлінських спеціальностей (переважно в ВНЗ, що здійснюють підготовку фахівців медичного та фармацевтичного профілю); проходження курсів підвищення кваліфікації менеджерського спрямування [113, с. 219].

Разом з тим, постає необхідність удосконалення методології та практики адміністрування діяльності медичних закладів. Відтак, керівники закладів охорони здоров'я повинні володіти ґрунтовними знаннями в сфері бізнесу, щоб належним чином підтримувати рішення щодо управління кадровим потенціалом медичного закладу. Вони повинні застосовувати стратегічне бізнес-мислення для вирішення завдань таким чином, щоб кадрова політика, програми і процедури, які вони розробляють і здійснюють їх управління, узгоджувалися з бізнес-цілями і завданнями усього медичного закладу.

Отже, для ефективного кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи доцільними є:

- удосконалення системи кадрового забезпечення галузі з урахуванням сучасних соціально-економічних умов та реальних потреб;
- реорганізація системи планування і розподілу кадрового потенціалу у співвідношенні «лікар – медичний працівник середньої ланки» шляхом збільшення кількості працівників середньої ланки;
- здійснення підготовки фахівців за новими спеціальностями:

медичний психолог, клінічний фармацевт, економіст охорони здоров'я, фахівець з інформатики охорони здоров'я, фахівець з експлуатації медичної техніки, менеджер охорони здоров'я;

- розширення підготовки сімейних лікарів – лікарів загальної практики;

- удосконалення системи підготовки медичних сестер;

- розробка нових державних стандартів вищої медичної та фармацевтичної освіти, освітньо-кваліфікаційних характеристик фахівців, освітньо-професійних програм та засобів уніфікованої оцінки рівня знань медичних і фармацевтичних працівників;

- удосконалення обліково-звітної документації кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я, системи моніторингу та критеріїв оцінки якості роботи медичних працівників, вироблення ефективних механізмів підвищення мотивації тощо;

- підготовка відповідних медичних кадрів (середній медичний персонал, лікарі, управлінці);

- розробка та впровадження ефективних методів та інструментів для реалізації кадрової політики в закладах охорони здоров'я.

В цьому контексті досягти ефективності кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я можна за допомогою розробки та впровадження єдиних правил безперервного професійного розвитку з курсом на міжнародні стандарти та використання сучасних форм підвищення кваліфікації медичного персоналу, що дозволить підвищити рівень медичних послуг в Україні.

4.6. Розвиток мотиваційного механізму управління персоналом закладу охорони здоров'я

Одним із пріоритетних напрямків кадрової політики закладів охорони здоров'я є якісне кадрове забезпечення та належна мотивація його праці. Мотивація працівників системи охорони здоров'я є інтегрованим результатом управлінських функцій, що реалізуються органами державної влади та безпосередньо закладами охорони здоров'я в частині статусної та фінансової форм мотивації. Тим часом в Україні ще не вдалося досягнути такого рівня мотивації працівників системи охорони здоров'я, який би забезпечував ефективне та якісне її функціонування. За умови такого стану системи охорони здоров'я

неможливо створити конкурентне середовище на ринку праці для медичних працівників. Більше того, посилюються ризики корупційних проявів та низької якості надання медичних послуг населенню.

Усе це обумовлює потребу в дослідженні сучасного стану та перспектив розвитку механізмів забезпечення мотивації працівників системи охорони здоров'я, пошуку дієвих державно-управлінських засобів впливу на стан мотивації працівників різних структурно-функціональних груп медичної галузі для підвищення результативності їх діяльності з орієнтацією на світові стандарти.

Проблема стимулювання медичного персоналу сьогодні займає одну з ключових позицій, оскільки низький рівень оплати праці лікарів значно знижує престижність цієї професії в нашій країні. Сьогодні великий відсоток випускників вищих медичних навчальних закладів покидає медицину і працює в інших сферах, часто навіть не пов'язаних з медициною. Знизити гостроту існуючих в системі охорони здоров'я проблем, на наш погляд, певною мірою можна через залучення всіх факторів мотивації професійної діяльності спрямованої на підвищення продуктивності праці, раціональне використання виробничих ресурсів. У зв'язку з цим, особливо актуальною є проблема пошуку стимулів до праці, формування механізму трудової мотивації, заснованої на відповідності заробітної плати трудовому внеску працівника. Таким чином моніторинг і впровадження стимулювання для медичного персоналу є однією з найперспективніших шляхів покращення стану надання медичної допомоги в Україні.

В сучасних соціально-економічних та політичних реаліях розвитку України галузь охорони здоров'я розглядається як один з пріоритетних напрямів реформування і є ключовою, оскільки управління персоналом будь-якої організації є одним з основних чинників її конкурентоспроможності. Змінюється ідеологія здійснення медичної допомоги, фінансово-господарські та ринкові механізми в галузі охорони здоров'я та сама система охорони здоров'я загалом. Разом з цими змінами має бути впроваджена нова система управління закладами охорони здоров'я, що призводить до зміни парадигми системи управління персоналом цих інституцій. Проблема управління персоналом закладу охорони здоров'я не є дослідженою в національних наукових доробках, оскільки у сучасних керівників закладів охорони

здоров'я та цієї галузі загалом ще не відбулася зміна погляду на формування ринку праці медичних кадрів із сучасних реалій та парадигми управління кадрами інституцій цієї галузі.

Майбутнє вітчизняної системи охорони здоров'я та її сталий розвиток також безпосередньо залежать від фахівців галузі, які використовують свої навички та здібності, прагнуть до самовдосконалення та вмотивовані до успішної професійної діяльності, що є основним завданням системи управління персоналом сучасного закладу охорони здоров'я. Ефективне управління медичним персоналом сприяє вирішенню проблем підвищення якості надання медичної допомоги населенню.

З точки зору менеджменту і управлінців, мотивація як функція управління, пов'язана з процесом спонуки керівником інтересу і бажання у працівників до діяльності для досягнення цілей організації. Це сукупність дій керівника, які спонукають людей робити те, що вважає потрібним керівництво. Успіх – це реалізована мета. Мотивація – сукупність внутрішніх і зовнішніх рушійних сил, які спонукають людину до діяльності і задають спрямованість, межі і форми цієї діяльності, орієнтованої на досягнення певної мети. Таким чином, проблеми і питання мотивації знаходяться у центрі кола інтересів фахівців з різних галузей знань: менеджменту, соціології і психології, які, відповідно до методів і завдань своїх галузей науки, вирішують ці проблеми і питання. Мотивація – це не тільки технології, процедури, документи і регламент, але і спосіб управління персоналом. Внутрішня мотивація персоналу є одним з основних елементів для розуміння організаційної поведінки. Саме вона робить істотний вплив на ефективність роботи персоналу. Мотивація повинна враховувати сукупність потреб працівників і забезпечити задоволення всієї сукупності потреб у разі ефективної роботи. Разом з тим, треба враховувати, що потреби постійно змінюються, тому не слід вважати, що мотивація, котра спрацювала одного разу, виявиться ефективною і в майбутньому. З розвитком особистості розширюються можливості, потреби в самовираженні. Таким чином, процес мотивації шляхом задоволення потреб нескінченний. Забезпечення мотивації працівників у системі охорони здоров'я включає різноманітність механізмів і стратегій законодавчого, виконавчого та контролюючого характеру, що

здійснюється державними установами з метою збереження та зміцнення здоров'я нації. В цьому аспекті основною метою державного управління має бути створення системи мотивації працівників у системі охорони здоров'я, яка б орієнтувалася на вибір ефективніших варіантів використання ресурсів і забезпечення потреб працівників для досягнення найбільш ефективних результатів праці.

Медичний персонал – головний ресурс системи охорони здоров'я, здатний суттєво підвищити ефективність роботи галузі та досягти найкращих клінічних результатів. Результати роботи медичної галузі визначаються, насамперед, трудовою мотивацією медичних працівників. Мотивація лікарів повинна бути заснована не тільки на високих духовних цінностях, її необхідно підкріплювати адекватною репутацією у суспільстві і належною оплатою. Цілком очевидно, що у державному секторі охорони здоров'я неможливо реалізувати підвищення якості медичних послуг без постійної підтримки у лікарів і медичного персоналу високого рівня мотивації та задоволенням своєю роботою.

Невміння керівників визначати потреби своїх підлеглих, користуватися відповідним інструментарієм для реалізації мотиваційних процесів у своїх закладах, оцінювати прямий економічний, соціальний, організаційний вплив на стан системи і ступінь задоволення персоналу, зводить їхню участь у менеджменті нанівець. Разом з тим, без активного залучення керівників установ охорони здоров'я до процесу формування державної політики мотиваційними процесами неможливо привести галузь у відповідність із сучасними тенденціями в суспільстві і державі, і неможливо заохотити персонал на ефективну працю для досягнення цілей організації.

Мотивація, як категорія, передбачає формування особистості «нового», «ефективного» працівника, що вимагає довгострокового стратегічного підходу державної влади. Це – комплексний, багатоаспектний процес, що не має часових меж. Вітчизняна та світова практика налічує значну кількість методів та засобів впливу на мотивацію людини, до того ж кількість їх постійно збільшується. Необхідно зауважити, що способи забезпечення ефективного впливу на мотивацію трудової діяльності не є сталими. Більше того, той самий чинник, який сьогодні спонукає людину до інтенсивної ефективної праці, завтра може сприяти зниженню мотиваційних настанов. Це ще

один доказ принципової важливості вивчення потреб людини, її настанов, бажань, пріоритетів для розробки дійових заходів впливу на поведінку кожного працівника. Виходячи з цього, формування концептуальних підходів до розвитку мотиваційної сфери в системі охорони здоров'я є важливою складовою удосконалення державного управління цим процесом. Стратегія розвитку мотиваційних процесів у системі охорони здоров'я – це сукупність цілей, спрямованих на досягнення мети найбільш ефективної праці персоналу медичної галузі, що включають напрями, завдання та пріоритети розвитку і комплекс відповідних заходів, дій та рішень. Вирішити цю проблему може тільки влада, використовуючи для цього механізми державного управління.

Працівники системи охорони здоров'я – це провідні виконавці основних принципів нового способу управління мотиваційними процесами в галузі охорони здоров'я. Основою підвищення ефективності управління охороною здоров'я є удосконалення забезпечення їх мотивації – сукупності форм, методів і механізмів, за допомогою яких здійснюється організація мотиваційних процесів в системі охорони здоров'я й узгоджується економічна, соціальна, психологічна її доцільність як єдиної системи та саморегулювання і саморозвиток на мікрорівні. Таким чином, механізм виражатиме типову форму поєднання елементів ринкової саморегуляції з елементами демократичного державного управління, властиве сучасному соціально-орієнтованому суспільству. При використанні системи управління трудовою мотивацією працівників необхідно, щоб весь управлінський персонал не тільки на регіональному, а й на державному рівні, чітко розумів і використовував єдині підходи в управлінні мотивацією працівників системи охорони здоров'я. Керівникам всіх рівнів управління важливо і необхідно знати ключові аспекти мотивації персоналу організації для створення оптимальних умов для реалізації потенціалу працівників, а також створення державних механізмів управління мотивацією медичного персоналу.

Процес здійснення механізмів державного регулювання мотивації працівників сфери охорони здоров'я включає в себе комплекс заходів з боку адміністративних органів охорони здоров'я, спеціалізованих чи комплексних програм правових актів та економічної підтримки державних органів. Тому надати пріоритети кожному з механізмів

забезпечення мотивації працівників системи охорони здоров'я не можливо. Але необхідно зазначити, що безпосереднє втілення управлінських факторів з боку державних органів на мотиваційні процеси в системі охорони здоров'я здійснюється через економічні заходи та регіональні програми, а також через організаційні заходи та кадрову політику. Три інші механізми (правовий, культурно-ідеологічний і інформаційний) по суті є своєрідними каталізаторами, без яких впровадження перших двох неможливо.

Система мотивації персоналу в системі охорони здоров'я – це цілісна та комплексна система методів підвищення мотивації з боку системи державного управління та суспільства, які спонукають медичні заклади та їх працівників до підвищення ефективності функціонування.

Для медичної галузі створення системи мотивації дозволяє: забезпечити високу ефективність діяльності медичного персоналу; підвищити авторитет і конкурентоспроможність медичних організацій; наймати і утримувати висококваліфікований персонал; створити команди односторонців; реалізувати цілі медичної галузі і забезпечити високу якість медичних послуг, що надаються; сформувати корпоративну культуру і високу відповідальність персоналу.

Для працівників медичної галузі створення системи мотивації персоналу дає можливість: підвищити зацікавленість медичних працівників і іншого персоналу в безпосередніх результатах праці; підвищити доходи працівників; розширити можливості отримання соціальних благ; підвищити престиж персональної роботи і пошану колег; забезпечити професійне зростання, кваліфікацію і кар'єру; поліпшити умови праці і забезпечити особисту безпеку медичних працівників.

Різноманітні способи покращення мотивації праці можна об'єднати за п'ятьма самостійними напрямками: матеріальне стимулювання, поліпшення якості робочої сили, вдосконалення організації праці, залучення персоналу в процес управління; нематеріальне стимулювання.

Перший напрям відбиває роль мотиваційного механізму оплати праці в системі підвищення продуктивності праці. Він включає як елементи вдосконалення системи заробітної платні, так і надання можливості персоналові брати участь у власності і прибутку організації.

Хоча праця в нашій країні, на відміну від високорозвинутих країн, на сьогоднішній день розглядається, в основному, лише як засіб заробітку,

можна припустити, що потреба в грошах зростатиме до певної межі, залежної від рівня життя, після якого гроші стануть умовою нормального психологічного стану, збереження людської гідності. В цьому випадку як домінуючі можуть виступити інші групи потреб, пов'язані з потребою в творчості, досягненні успіхів та інші. Для керівника дуже важливо вміти розпізнавати потреби працівників. Потреба нижчого рівня повинна задовольнятися перш, ніж потреба наступного рівня стане значнішим чинником, що визначає поведінку людини.

Другий напрям поліпшення мотивації – вдосконалення організації праці – містить постановку цілей, розширення трудових функцій, збагачення праці, виробничу ротацію, застосування гнучких графіків, поліпшення умов праці. Встановлення цілей припускає, що правильно поставлені цілі шляхом формування орієнтації на їх досягнення служать мотивуючим засобом для працівника. Розширення трудових функцій має на увазі внесення різноманітності в роботу персоналу, тобто збільшення числа операцій, виконуваних одним працівником. В результаті подовжується робочий цикл у кожного працівника, зростає інтенсивність праці. Застосування такого методу доцільне у разі неповного виконання обсягів роботи працівниками і власного бажання розширити коло своєї діяльності, інакше це може призвести до різкого опору з боку працівників. Збагачення праці має на увазі надання людині такої роботи, яка б давала можливість зростання, творчості, відповідальності, самоактуалізації, включення в його обов'язки деяких функцій планування і контролю за якістю основної, а іноді і суміжної професії. Для масових професій краще всього використовувати виробничу ротацію, яка припускає зміну видів роботи і виробничих операцій, коли робітники у продовж дня періодично обмінюються робочими місцями, що є характерним переважно для бригадної форми організації праці.

Покращення умов праці – найгостріша проблема сьогодення дня. Сьогодні зростає значущість умов праці як однієї з найважливіших потреб людини. Новий рівень соціальної зрілості індивіда виключає несприятливі умови трудового середовища. Умови праці, виступаючи не тільки потребою, але і мотивом, який спонукає працювати з певною віддачею, можуть бути одночасно чинником і наслідком певної продуктивності праці та його ефективності.

Нематеріальні стимули – це будь-які зовнішні чи внутрішні

чинники, які управляють поведінкою людини. Система заходів для нематеріального мотивування медичного персоналу включає: з'ясування мотивів, потреб та інтересів медичних працівників; з'ясування ступеня задоволеності працею та умовами праці; виявлення ознак демотивації; контроль і підтримка гігієнічних умов праці; забезпечення техніки безпеки та виконання заходів з охорони праці; формування і розвиток корпоративної культури; розвиток фізичної культури, умов відпочинку і відновлення здоров'я; моніторинг зовнішньої мотивації медичних працівників; розвиток творчості та інтересу до роботи; залучення до процесу прийняття рішень та до управлінського процесу; надання більшої самостійності при прийнятті рішень, делегування повноважень; забезпечення професійного зростання та навчання; планування кар'єрного зростання і фахових переміщень.

Особливе місце, як вже було сказано вище, у системі надання медичної допомоги та послуг посідають медичні кадри. Ми бачимо, що сучасні принципи реформування галузі передбачають зміну концепції управління цими кадрами: застосування кадрової політики та стратегії в рамках діяльності закладу охорони здоров'я; впровадження новітніх форм, систем та принципів оплати праці медичних працівників; впровадження мотиваційного механізму та сучасних методів стимулювання діяльності медичного персоналу; впровадження сучасних принципів формування та розвитку кадрів охорони здоров'я; застосування новітніх методів підготовки медичних кадрів, зокрема управлінських; запровадження принципів командної роботи в рамках надання медичної послуги закладами охорони здоров'я.

На сьогодні в рамках наявної моделі організації охорони здоров'я в Україні керівники закладів цієї галузі не вважали за необхідне застосувати основні принципи стратегічного менеджменту персоналу, що засновуються на формуванні кадрової політики та стратегії. Така ситуація призвела до хаотичного управління кадрами закладу охорони здоров'я, коли не було ні концепції, ні філософії управління кадрами, а також не впроваджувались новітні технології управління медичними кадрами.

Кадрова політика є генеральним напрямом роботи з персоналом, який відображає сукупність принципів, методів, систему правил та норм у сфері роботи з персоналом, передбачає формування основних довгострокових напрямів роботи з кадрами організації. Кадрова

стратегія визначається нами як загальний план дій у сфері менеджменту персоналу, який формується на основі кадрової політики та стратегії розвитку організації загалом.

Отже, виходячи з вищезазначеного, вважаємо, що основними завданнями кадрової політики та стратегії є забезпечення оптимального балансу процесів оновлення та збереження кількісного та якісного складу персоналу закладів охорони здоров'я відповідно до потреб закладу, вимог законодавства та стану ринку праці медичної галузі.

Таким чином, формування кадрової політики та стратегії, що відображаються у статуті та філософії закладу, колективному договорі, правилах внутрішнього розпорядку, основних положеннях щодо кадрової роботи закладу, передбачає новий якісний етап формування та розвитку кадрів закладу охорони здоров'я, який спрямований на забезпечення сталого розвитку цього закладу зокрема та підвищення якості медичної допомоги загалом.

Проблема оплати праці працівників сфери охорони здоров'я України є чи не найактуальнішою соціально-економічною проблемою, оскільки професія лікаря є найменш оплачуваною в Україні. Згідно з даними Державної служби статистики України середньомісячна заробітна плата медичного персоналу є найнижчою серед зарплат працівників бюджетної сфери України. Так, у 2018 році вона складала 66,5% середньомісячної заробітної плати по Україні.

Сучасна система охорони здоров'я України працює на принципах тарифної системи та нормування праці, що має низку недоліків. Оплата праці працівників медичних закладів базується на єдиній сітці заробітної плати з урахуванням всіх доплат. Така система оплати праці є фіксованою і не залежить від обсягу та якості наданої медичної допомоги та послуг.

Відповідно до такої системи оплати праці медичному персоналу повинна бути виплачена заробітна плата навіть в тому разі, якщо вони не виконували певний обсяг робіт. Уявіть ситуацію. В однакових умовах працюють два лікарі з однаковим досвідом та кваліфікацією. Один лікар висококваліфікований, якому припадає близько 30 призначень пацієнтів на добу, а інший не працює в повну силу, у нього близько 10-15 пацієнтів на добу. Відповідно до єдиної тарифної системи оплати праці обидва лікарі отримують однакову заробітну плату. Зрештою, перший лікар

змінить характер своєї професійної поведінки, оскільки зрозуміє, що не потрібно перенапружуватись на роботі, тому що рівень його винагороди не зміниться. В наведеній вище ситуації одна з найважливіших функцій системи оплати праці, якою є стимулювання, не працює, тому роботодавець не має можливості ні заохочувати, ні санкціонувати своїх співробітників. Отже, якість медичної допомоги знижується, оскільки зникає прагнення докласти більших зусиль до процесу лікування, надання медичної допомоги чи послуги в медичних кадрах.

Все це призводить до зниження престижу професії медичного працівника в українських реаліях. Таким чином, постає необхідність докорінної зміни форм, систем та принципів оплати праці медичних працівників. Оплата праці медичних кадрів має передбачати встановлення винагороди за досягнуті результати понад встановленого заробітку за тарифною сіткою (наприклад, впровадження погодинно-преміальної системи оплати праці). Таким чином, посилюються відповідальність та особиста зацікавленість працівників у кількісних та якісних характеристиках надання медичної допомоги.

Як було сказано вище, медичний персонал є основним ресурсом системи охорони здоров'я, оскільки лікарі є виробниками медичних послуг. Таким чином, вони створюють якість медичних послуг і надають висококваліфіковану медичну допомогу, тому від них залежить медична та соціальна ефективність всієї системи охорони здоров'я, а їхній результат залежить від якісного механізму мотивації та системи оплати праці, що існує в галузі охорони здоров'я.

Заклад охорони здоров'я, як і будь-яке інше підприємство, може понести значні збитки через неефективне управління фондом заробітної плати, а продуктивність праці працівників може зменшуватися через несправедливу чи непрозору систему компенсацій та стимулів. Це спричиняє необхідність не тільки зміни систем та форм оплати праці, але й впровадження удосконаленого механізму мотивації та стимулювання персоналу закладів охорони здоров'я.

Формування якісного механізму мотивації та стимулювання – це одна з найголовніших функцій будь-якого менеджера чи керівника, оскільки завдяки ньому відбувається вплив на персонал організацій, підприємства чи установи задля активізації їх діяльності, підвищення ефективності та продуктивності. При цьому керівник має розглядати

мотивацію та стимулювання в сукупності, оскільки вони мають різні напрями дії. Так, мотивація є процесом усвідомленого вибору людиною того чи іншого типу поведінки, що визначається комплексним впливом зовнішніх(стимули) та внутрішніх (мотиви) факторів. У процесі трудової діяльності мотивація дає змогу працівникам задовольняти свої основні потреби шляхом виконання своїх трудових обов'язків. Так, запроваджуючи мотиваційний механізм у закладах охорони здоров'я, керівники на основі потреб вибудовують мотивацію трудової діяльності, тобто, враховуючи потреби своїх підлеглих, керівники мають спонукати їх до дії задля досягнення цілей. Причому індивідуальні та загальні цілі організації мають перебувати в підпорядкуванні.

Отже, необхідно трудовий процес та механізм мотивації вибудовувати індивідуально для кожного співробітника з урахуванням дійсних мотивів поведінки співробітників.

Підкріплюють мотиваційний процес стимулюючі інструменти(винагороди). Вони завжди мають здійснюватися лише в сукупності з мотиваційним процесом, адже в такий спосіб вибудовується механізм мотивації та стимулювання в організації. Під стимулюванням персоналу ми розуміємо зовнішнє спонукання до дії, підставою до якої є інтерес (матеріальний, моральний, індивідуальний чи груповий).

Будь-який керівник має завжди справу як з процесом мотивації, так і зі стимулюванням своїх підлеглих. Внутрішню винагороду, під якою ми розуміємо мотивацію, дає сама робота. Це може бути почуття досягнення результату, змістовності чи значущості самої роботи, самоповаги тощо. Таким чином, найбільш простим засобом забезпечення внутрішньої винагороди є створення відповідних умов для діяльності та точна постановка завдання. В межах медичної установи прикладом інструментів забезпечення внутрішньої винагороди є створення належних умов для роботи завдяки забезпеченню необхідного матеріально-технічного оснащення (наприклад, згідно з примірним табелем матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я, затвердженим Наказом МОЗ від 26 січня 2018 року № 148), комп'ютеризації, адекватного навчання медичного персоналу та його розвитку, ротації кадрів тощо.

Зовнішня винагорода не виникає від самої роботи, а надається

організацією. З мотиваційної точки зору її можна визначити як стимулювання праці, спрямоване на більш повну реалізацію наявного трудового потенціалу.

Таким чином, мотивація та стимулювання втілюють стратегію та тактику управління персоналом. Мотивація – це стратегічна лінія, що спрямована на досягнення глобальних цілей, які поставлені перед співробітником та сполучаються із загальними щодо організації. Наприклад, лікар, що прагне ротації чи розширення своїх професійних знань, проходить навчання чи курси підвищення кваліфікації за рахунок медичного закладу, в якому працює, сприяючи його розвитку завдяки набутим знанням та навичкам. Стимулювання – це тактика в мотиваційному механізмі, яка задовольняє певні мотиви співробітників (переважно матеріальні) та дає змогу підвищити продуктивність їх праці. Наприклад, заохочення завдяки преміям, 13-му окладу, подякам за понаднормову роботу, гнучкому графіку роботи.

Таким чином, констатуємо, що мотивація та стимулювання протилежні за своїми спрямуваннями: мотивація передбачає зміну наявного стану в організації, а стимулювання – його закріплення, однак вони доповнюють один одного.

Так, наприклад, у двох медичних установах зі схожими умовами праці діє лише один з представлених вище інструментів: у першій діє мотиваційний механізм (забезпечення необхідного матеріально-технічного оснащення, комп'ютерного забезпечення трудового процесу, гнучкий графік роботи, профілактичні медичні огляди медичних працівників, оцінювання робочих місць), а в другому – лише стимулювання (надбавки до заробітної плати за складні умови праці, надбавки за наднормову роботу, оплата санаторно-профілактичного відпочинку за рахунок медичної установи). У першому випадку вжиття заходів медичної установи спрямоване лише на покращення умов праці та сприяє поліпшенню дійсної ситуації. У другому випадку заходи «закріплюють» наявне положення в установі, «затримуючи» медичний персонал в установі завдяки матеріальному заохоченню. Однак, у будь-який момент за рівних умов у цих установах може виникнути висока плинність кадрів, оскільки такі процеси не враховують інтереси всіх категорій працівників, а є окремими елементами мотиваційного процесу не доповнюючи один одного. Для вирішення проблеми підвищення якості медичних послуг та

ефективності їх надання є необхідним комплексний підхід, який враховує існування таких типів співробітників: співробітники, які орієнтовані на змістовність та суспільну значущість праці; співробітники, які орієнтовані на оплату праці та інші матеріальні цінності; співробітники, в яких значимість різних цінностей збалансована [4].

Сучасні керівники закладів охорони здоров'я, на відміну від представників інших галузей економіки, не розуміють необхідність процесу формування та розвитку кадрів закладів охорони здоров'я, що полягає в професійному плануванні якісного та кількісного складу персоналу, підборі, відборі, розстановці, адаптації, оцінюванні та навчанні персоналу закладу. Так, ці процеси відбуваються в закладах охорони здоров'я, проте вони не пов'язані між собою, не підпорядковуються ні філософії, ні політиці, ні стратегії управління персоналом, що приводить до проблем, які були вище зазначені.

Отже, постає необхідність якісного процесу формування кадрів закладів охорони здоров'я, оскільки цей процес формує базис інноваційного потенціалу закладу, перспективи його подальшого розвитку та конкурентоспроможність, тобто має стати інтегрованою частиною загального процесу стратегічного планування діяльності закладу охорони здоров'я.

Процес формування медичних кадрів має враховувати такі чинники, як організаційна структура закладу, корпоративна культура, ринок праці та медичних послуг, нормативно-законодавча база. Врахування цих чинників у процесі формування кадрів дасть змогу кадровій стратегії закладу охорони здоров'я бути про активною, забезпечувати задоволення потреб персоналу, враховувати інтереси своїх працівників у процесі діяльності.

Проте проблема менеджменту медичного персоналу полягає не тільки у його формуванні, але й в розвитку. Медичний персонал (особливо лікарі) – це ті кадри, які постійно мають підвищувати рівень своєї кваліфікації, підтверджувати ліцензію тощо. Отже, підготовка медичних кадрів спрямована на забезпечення принципу безперервної медичної освіти. Це мають враховувати керівники закладів охорони здоров'я як в кадровій політиці та стратегії, так і в процесі мотивації, адже методи розвитку кадрів можуть стати дієвим мотиваційним інструментом. Наприклад, підвищення кваліфікації, участь у

міжнародних та національних конференціях, перепідготовка можуть здійснюватися за рахунок закладу охорони здоров'я для тих кадрів, які показують найвищі показники діяльності за підсумками атестації кадрів.

Результати розвитку медичного персоналу мають стати підґрунтям управління кар'єрою та службово-посадовим рухом персоналу в рамках закладу охорони здоров'я, як це відбувається на підприємствах провідних галузей економіки.

Надання медичної послуги є командною роботою, отже, одним із завдань керівника закладу охорони здоров'я є забезпечення сприятливого клімату та командного духу закладу охорони здоров'я задля формування згуртованого трудового колективу. Це дасть змогу підвищити медичну ефективність діяльності, отже, соціальну та економічну ефективність закладу охорони здоров'я. Зокрема, мають застосуватися психологічні інструменти побудови робочих команд, методи профілактики емоційного вигорання, методи побудови відносин «лікар – пацієнт», «лікар – середній та молодший персонал», «лікар – керівник».

Таким чином, побудова сучасної парадигми управління персоналом закладу охорони здоров'я, яка враховує механізми стратегічного менеджменту персоналу, психологічні аспекти діяльності, економічні та соціальні методи впливу, має загалом на меті підвищення ефективності діяльності персоналу закладу охорони здоров'я та якості надання медичної допомоги на національному рівні.

Отже, основною проблемою на сьогоднішній день є комплектація медичних закладів медичним персоналом. Відсутність економічних важелів заохочення, низький рівень заробітної плати лікарів, відсутність житла, тощо породжують кадрову проблему.

Проблема браку медичних кадрів та відсутності належної мотивації праці медичних працівників має загальнодержавні масштаби, тому, вочевидь, потребує розв'язання шляхом прийняття відповідних законодавчих та нормативних актів, які б підвищили престижність праці медичних працівників загалом, сприяли б залученню медичних кадрів до роботи в сільській місцевості, створювали б умови для ефективного виконання медичним персоналом покладених на нього завдань. Особливої актуальності це питання набуває для регіонів, де здійснюється реформування медичної галузі, адже цей процес потребує належного ресурсного забезпечення.

Однак, враховуючи нагальність проблем, існує необхідність мобілізації місцевих ресурсів для часткового її подолання. Чинне законодавство України дозволяє розробити ряд заходів, котрі, за наявних умов дозволили б попередити відтік медичних кадрів, залучити нових фахівців, поліпшити умови праці медперсоналу та заохотити його до виконання завдань модернізації галузі.

4.7. Менеджмент міжсекторної співпраці у процесі надання соціально-медичних послуг

Розпочата медична реформа загострила цілий ряд проблем, які стосуються зміни підходів до управління сферою охорони здоров'я, створення конкурентного ринку медичних послуг, автономізації медичних закладів та їх ресурсного забезпечення, запровадження нового механізму фінансування медичних закладів, формування сучасної моделі компетенцій для керівників некомерційних медичних установ, модернізації внутріорганізаційного менеджменту закладів охорони здоров'я [1]. Паралельно із цим, спостерігаємо загострення соціальних проблем в державі і низьку якість надання соціально-медичних послуг у поєднанні з тенденцією нестачі фінансового забезпечення для розв'язання цих проблем. Це зумовлює, передусім, необхідність пошуку шляхів покращення ресурсного забезпечення. вирішення цих проблем. Дієвим інструментом для цього може стати менеджмент міжсекторної співпраці у процесі надання соціально-медичних послуг.

Практика суспільного розвитку не тільки вимагає, але й створює нові передумови для налагодження взаємодії і співпраці між різними групами (органами державної влади, бізнесовими структурами, організаціями сфери охорони здоров'я, громадським сектором економіки тощо), в яких на зміну конкурентним відносинам приходять діалог і партнерство. Налагодження співпраці сьогодні стає одним із найважливіших підходів у діяльності організацій, які представляють різні сектори і галузі економіки, у процесі досягнення ними спільних цілей і проведення змін у суспільстві.

Співпраця є спільною діяльністю декількох сторін з метою досягнення відповідної мети і вирішення необхідних для цього завдань. Вона передбачає об'єднання зусиль, ресурсів, синхронну роботу і спільну відповідальність за результати цієї спільної діяльності. Така

співпраця можлива як між організаціями у межах одного сектору (наприклад, між організаціями сфери охорони здоров'я), – так і між організаціями різних секторів економіки (приміром, громадськими організаціями, органами державної влади, бізнес-структурами, засобами масової інформації). Найважливішим у такій співпраці є те, що вона уможливує, передусім, залучення більшої кількості необхідних ресурсів, а отже і розширення спектру вирішуваних завдань соціального, економічного, інформаційно-комунікаційного та іншого характеру, в тому числі, завдань, пов'язаних із наданням соціально-медичних послуг.

У контексті розгляду питання менеджменту міжсекторної співпраці у процесі надання соціально-медичних послуг, а саме важливості такої співпраці, – скористаємось «витягом» із визначення поняття «системи охорони здоров'я», яке затверджене у 2008р. Талліннською хартією: «Системи охорони здоров'я передбачають... дії щодо забезпечення впливу на політику і діяльність інших секторів з метою приділення необхідної уваги соціальним, екологічним та економічним детермінантам здоров'я» [2].

Про значимість менеджменту міжсекторної співпраці у процесі надання соціально-медичних послуг свідчить теза, наведена у джерелі [1], зокрема: «функціональна діяльність медичних закладів на ринку медичних послуг в сучасних умовах має враховувати виклики ендогенного та екзогенного характеру, пов'язані з проведенням медичної реформи та процесами децентралізації, до яких слід віднести: підвищення рівня використання медичних послуг серед цільових груп, формування ринку медичних послуг з врахуванням міжсекторного партнерства...».

Питання менеджменту міжсекторної співпраці у процесі надання соціально-медичних послуг вимагає розкриття змістового наповнення поняття і процесу надання соціально-медичних послуг.

Визначення поняття «соціально-медичні послуги» наводиться постановою Кабінету Міністрів України від 29.12.2009р. № 1417 «Деякі питання діяльності територіальних центрів соціального обслуговування (надання соціальних послуг)» у межах «Переліку соціальних послуг, умов та порядку їх надання структурними підрозділами територіального центру соціального обслуговування (надання соціальних послуг)»: консультації щодо запобігання виникненню та розвитку можливих органічних розладів, збереження, підтримка здоров'я, здійснення

профілактичних, лікувально-оздоровчих заходів, працетерапія [3].

Соціальні послуги визначаються у Законі України від 19 червня 2003 р. «Про соціальні послуги» як комплекс правових, економічних, психологічних, освітніх, медичних, реабілітаційних, та інших заходів, спрямованих на окремі соціальні групи чи індивідів, які перебувають у складних життєвих обставинах, та потребують сторонньої допомоги з метою поліпшення або відтворення їх життєдіяльності, соціальної адаптації, та повернення до повноцінного життя.

Щодо співвідношення соціальних послуг з державними і публічними, то їх послуги виокремлюють за тією сферою, в якій вони надаються. Це сфери охорони здоров'я, культури, освіти, науки, що само по собі вже вказує на їх загальнозначущу спрямованість і ставить їх в один ряд із публічними послугами. Дійсно, соціальні послуги мають усі ознаки публічних і за своєю суттю є публічними, але критерієм виділення (на відміну від державних послуг) є не коло суб'єктів, що їх надають, а сфера, в якій вони реалізуються. Порядок надання соціальних послуг чітко регламентований законодавством, для них характерна адресна спрямованість, вони надаються лише в межах цільової державної програми, їх фінансування здійснюється за рахунок бюджетних коштів. Отже, для соціальних послуг характерними є, по-перше, суб'єкти, що надають і споживають ці послуги; по-друге, процедура надання і фінансування послуги; по-третє, імперативний метод регулювання правовідносин, що виникають. Обсяг послуги, що надається, визначається не сторонами, а нормативними приписами держави. За ненадання соціальної послуги органи управління несуть відповідальність, також вони несуть відповідальність за неналежний рівень надання такої послуги, проте в умовах відсутності системи стандартизації послуг, а саме чіткого прописання процедури отримання послуги і механізму притягнення до відповідальності таке твердження залишається декларативним [4].

У медико-соціальних дослідженнях при оцінці здоров'я виокремлюють чотири рівні: перший рівень: здоров'я окремої людини (індивідуальне здоров'я); другий рівень: здоров'я соціальних та етнічних груп (групове здоров'я); третій рівень: здоров'я населення адміністративних територій (регіональне здоров'я); четвертий рівень: здоров'я популяції, суспільства в цілому (громадське здоров'я) [5].

У 2016 р. в Україні була прийнята Концепція розвитку громадського здоров'я, затверджена розпорядженням Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я» від 30 листопада 2016 р. № 1002-р. Ця Концепція визначає засади, напрями, завдання, механізми і строки розбудови системи громадського здоров'я з метою формування та реалізації ефективної державної політики для збереження та зміцнення здоров'я населення, збільшення тривалості та покращення якості життя, попередження захворювань, продовження активного, працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства [6].

Засади формування системи громадського здоров'я, визначені Концепцією розвитку системи громадського здоров'я, подані в табл. 1.

Таблиця 1

**Засади (принципи) формування системи громадського здоров'я
(згідно з Концепцією розвитку системи громадського здоров'я)**

Назва принципу	Його зміст
право на здоров'я та охорону здоров'я	є одним із базових прав людини незалежно від її раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, віку, сексуальної орієнтації, гендерної ідентичності, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, мовних або інших ознак, в тому числі стану здоров'я. Суспільство може досягти свого розвитку за умови, що його члени залишатимуться здоровими. Здоров'я населення є одним з основних факторів національної безпеки та благополуччя держави, а стан індивідуального і громадського здоров'я – запорукою гармонійних відносин у суспільстві;
пріоритетності збереження здоров'я населення в усіх напрямках діяльності органів державної влади	передбачає визнання актуальних проблем у галузі охорони здоров'я комплексними і пов'язаними із соціальним детермінантом здоров'я. Соціальний детермінант здоров'я – це умови, в яких люди народжуються, ростуть, живуть та старіють, у тому числі сфери, що впливають на ці умови, зокрема стан економічного розвитку, соціальні норми, державна політика та політична система країни. Реалізація цього принципу передбачає провідну роль Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) як координатора діяльності з проведення та вдосконалення системи охорони здоров'я, впливу на соціальний детермінант здоров'я, запобігання шкідливому впливу навколишнього природного середовища на здоров'я людини;
досягнення справедливості і щодо здоров'я	гарантує створення умов для реалізації кожною людиною права на здоров'я, передбачає вжиття заходів до впливу на такий соціальний детермінант здоров'я, як громадський транспорт, доступ до освіти та медичного обслуговування, доступ до здорового харчування та фізичної культури, економічні можливості. При цьому МОЗ

Назва принципу	Його зміст
	ініціюватиме вжиття заходів та запровадження інноваційних підходів і процесів прийняття рішень, які матимуть позитивний вплив на здоров'я людини;
солідарної відповідальності	визнає взаємну залежність та відповідальність певних територіальних громад, спільнот, сімей та окремих осіб за їх діяльність або бездіяльність щодо досягнення та підтримки найвищого рівня показників здоров'я. Держава зобов'язується залучати суб'єктів підприємницької діяльності, професійних об'єднань та громадянського суспільства для прийняття спільних рішень щодо усунення загальних загроз здоров'ю та покращення благополуччя населення;
доказовості та економічної доцільності	це є базовий принцип прийняття управлінських рішень у системі громадського здоров'я з метою забезпечення права на здоров'я та охорону здоров'я у довгостроковій перспективі. Держава буде використовувати та розвивати наявний потенціал для визначення найбільш оптимальних шляхів розв'язання проблем громадського здоров'я з урахуванням передового міжнародного досвіду та кращої світової практики. Пріоритетність напрямів здійснення заходів у системі громадського здоров'я визначатиметься з урахуванням ефективності витрат;
цілісного підходу до здоров'я	передбачає сукупність його фізичної, психічної, психологічної, духовної і соціальної складових частин.

Примітка: сформовано на основі джерела [6]

Сьогодні загальне управління державними закладами та установами, які надають соціальні послуги, здійснюють відповідні структурні підрозділи Міністерства соціальної політики... Наразі уже здійснено розробку та затвердження відповідних Державних стандартів, які можна застосовувати для організації надання соціальних послуг; оцінки, моніторингу, контролю за якістю соціальної послуги. Крім цього, вже напрацьовані документи, які детально описують механізм визначення тарифу платної соціальної послуги для населення... Для впровадження необхідних змін Міністерством соціальної політики запропоновано для публічного обговорення нову редакцію Закону України «Про соціальні послуги». Проте, на думку не тільки експертів у сфері соціальної роботи, але й державних чиновників необхідно вирішити неузгодженість законодавства у сферах соціального захисту і охорони здоров'я щодо підходів в організації роботи у процесі надання соціально-медичних послуг для вразливих груп (ВІЛ-позитивних, алко- та наркозалежних тощо) [7].

У науковій праці [8] стверджується, що «міжсекторне партнерство на сучасному етапі розвитку України необхідне, оскільки змінилися погляди та підходи до вирішення проблем соціальної сфери, адже раніше відповідальність за соціальний добробут та соціальне забезпечення була прерогативою номенклатурно-партійного апарату. Необхідність міжсекторного партнерства зумовлена тим, що загалом у суспільстві кожна існуюча сила повинна нести відповідальність за добробут у суспільстві. Тобто, кожна суспільна сила повинна брати участь у суспільному житті, забезпечувати певний необхідний рівень його існування, утримувати певний рівень, який би не допускав критичного загострення соціального напруження, що приводить до некерованості ситуації...».

Доповненням вказаного вище є теза, наведена у літературному джерелі [7]: «більшість проблем соціальної сфери пов'язана з постійною зміною системи соціальних послуг в Україні за короткий проміжок часу, що тягне за собою суттєві зміни не тільки для надавачів, але й отримувачів соціальних послуг та управлінських функцій відповідних органів виконавчої влади».

Під взаємодією розуміється процес налагодження контактів і зв'язків між суб'єкт-об'єктами, які зумовлюють їх взаємні зміни... Соціальна взаємодія розглядається як взаємовплив (індивідів, соціальних груп, інститутів та спільно у процесі реалізації їх інтересів; вид безпосередніх чи опосередкованих (зовнішніх чи внутрішніх) відносин, зв'язків, що існують у суспільстві. Соціальна взаємодія виявляється на міжособистісному і суспільному (макросоціальному) рівнях [9]. В контексті окресленої проблематики авторка наукової праці [10] розглядає взаємодію як безпосередню організацію їх взаємних дій, спрямованих на досягнення спільної мети. За змістом соціальна взаємодія є своєрідним обміном діяльністю.

Міжсекторальна взаємодія, на думку С.Копилової, пов'язана з узгодженням діяльності державних, недержавних та бізнес-структур у досягненні спільних цілей. Причому, вона вважає, що при оцінці форм взаємодії державного і недержавного сектору важливо враховувати специфіку останнього. Так, громадські та благодійні організації характеризуються: здатністю гнучко змінювати зміст, форми та методи діяльності, інноваційними підходами до вирішення проблем, готовністю

експериментувати, досліджувати, впроваджувати нові технології, вивчати новий досвід (у тому числі і міжнародний), адаптувати його та впроваджувати нові методики, здатністю більш об'єктивно оцінювати потреби населення у соціальних послугах, швидко реагувати на соціальні проблеми та зміну потреб членів громади. Отже, співпраця з громадськими організаціями дає можливість посилити адресність надання допомоги, впроваджувати нові технології, зменшити протистояння інтересів громадян та влади, активізувати соціальну активність населення. Водночас, участь держави дозволить фінансово підтримати ентузіастів, створити стабільні умови для функціонування неурядових організацій [10].

Концепцією розвитку громадського здоров'я визначено шляхи і способи вирішення проблем забезпечення громадського здоров'я. Міжсекторної співпраці у процесі надання соціально-медичних послуг стосуються такі позиції Концепції: створення багатосекторальної системи громадського здоров'я з координуючою роллю МОЗ; запровадження багатосекторального підходу до розв'язання проблем у сфері громадського здоров'я для раціонального використання наявних людських та матеріальних ресурсів; утворення при МОЗ міжвідомчої координаційної ради з питань формування замовлення на наукову продукцію у сфері громадського здоров'я за кошти державного бюджету з включенням до її складу представників заінтересованих центральних органів виконавчої влади, громадських та професійних об'єднань; забезпечення централізації та децентралізації через передачу визначених функцій у сфері громадського здоров'я та ресурсів органам місцевого самоврядування [6].

Приміром, «низька якість та доступність публічних послуг внаслідок ресурсної неспроможності переважної більшості органів місцевого самоврядування здійснювати власні і делеговані повноваження; неузгодженість місцевої політики щодо соціально-економічного розвитку з реальними інтересами територіальних громад та складна демографічна ситуація у більшості територіальних громад стали підґрунтям для початку реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні» [7]. Для вирішення означених проблем у 2014 р. було прийнято розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції реформування місцевого

самоврядування та територіальної організації влади в Україні» [11]. Основна мета Концепції – визначення напрямів та механізмів ефективного місцевого самоврядування та територіальної організації влади для місцевої громади, створення нової системи для надання якісних та доступних соціальних послуг; сприяння розвитку інститутів громадянського суспільства та узгодження інтересів держави й територіальних громад в залежності від потреб її громадян.

Отже, як показує аналіз нормативно-правової бази, менеджмент міжсекторної співпраці у процесі надання соціально-медичних послуг передбачає співпрацю в таких системах: «державні органи»; «державні органи – громадський сектор економіки»; «організації державного сектору економіки, що надають соціально-медичні послуги»; «організації державного сектору економіки, що надають соціально-медичні послуги – громадський сектор економіки»; «організації державного сектору економіки, що надають соціально-медичні послуги – підприємницький сектор економіки».

Так, Концепція розвитку громадського здоров'я передбачає, що менеджмент міжсекторної співпраці у процесі надання соціально-медичних послуг в системах «державні органи» та «державні органи – громадський сектор економіки» здійснюватиметься через: визначення ефективного механізму співпраці центральних органів виконавчої влади з метою обміну інформацією про фактори, що впливають на стан здоров'я населення; утворення національного та регіональних міжвідомчих колегіальних дорадчих органів з питань громадського здоров'я, залучення до їх роботи представників громадянського суспільства; розроблення органами місцевого самоврядування місцевих і регіональних комплексних та цільових програм з вирішення пріоритетних питань у сфері громадського здоров'я.

У науковому джерелі [12] вказується, що «протягом 2016 року Реанімаційний Пакет Реформ виконував функцію майданчика для дискусій між різними стейкхолдерами та провів низку тематичних обговорень аспектів реформи охорони здоров'я. Активні громадські організації у галузі охорони здоров'я хоча переважно й не володіють всеохопною інформацією, проте є драйверами змін в окремих аспектах реформи – наприклад, закупівля ліків, боротьба зі шкідливим впливом тютюну, зменшення рівня споживання алкоголю».

Менеджмент міжсекторної співпраці у процесі надання соціально-медичних послуг в системі «організації державного сектору економіки, що надають соціально-медичні послуги» передбачає: забезпечення зв'язку із системою первинної медико-санітарної допомоги, зокрема шляхом визначення пріоритетів та проведення спільних заходів; виконання функцій у сфері громадського здоров'я на регіональному рівні шляхом об'єднання та оптимізації наявних ресурсів. Ці заходи мають організаційно-функціональний характер. Разом з тим, сьогодні «головний інтерес працівників державних і комунальних закладів охорони здоров'я полягає у забезпеченні належних умов та оплати праці. Протягом 2016 року представники медичної спільноти проводили окремі заходи та вуличні акції, а також випускали публічні заяви – переважно силами лікарів і лікарських асоціацій. Працівники державних і комунальних закладів охорони здоров'я здебільшого не мають віри в спільність інтересів з органами влади та відзначають недостатність точок дотику для взаємодії в процесі реформи» [12].

Окремим інструментом менеджменту міжсекторної співпраці у процесі надання соціально-медичних послуг має бути стратегічне планування розвитку системи громадського здоров'я. Воно повинно супроводжуватись залученням заінтересованих сторін, що дасть змогу визначити місію, цілі та заходи у сфері громадського здоров'я на національному, регіональному та місцевому рівнях.

Перспективним механізмом співпраці державного і недержавного секторів економіки є соціальний контракт (соціальне замовлення). Українським законодавством передбачається, що місцеві органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування при забезпеченні надання соціальних послуг можуть вдаватися до соціального замовлення (СЗ). Під СЗ розуміється засіб регулювання діяльності у сфері надання соціальних послуг шляхом залучення на договірній основі суб'єктів господарювання для замовлення потреб у соціальних послугах, визначених місцевими органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування. Кабінетом Міністрів України ухвалено відповідний Порядок здійснення соціального замовлення за рахунок бюджетних коштів. Цей порядок визначає, що якщо вартість соціальної послуги, що закуповується, дорівнює або перевищує 200 тис гривень, то соціальне замовлення здійснюється за процедурою, передбаченою

Законом України «Про здійснення державних закупівель». Якщо ж вартість менша за 200 тис грн., то соціальне замовлення здійснюється за окремою процедурою. При чому, серед виконавців соціального замовлення можуть бути виключно недержавні суб'єкти, а, отже, і громадські, благодійні та релігійні організації також [4].

Наприклад, у країнах Європи та СНД найбільш ефективним для підтримки недержавних організацій соціальної сфери у визнане соціальне замовлення. Соціальне замовлення – це комплекс заходів організаційно-правового характеру, спрямованих на реалізацію загальнодержавних та місцевих цільових соціальних програм і соціальних проектів за рахунок бюджетних та інших коштів шляхом укладання соціальних контрактів на конкурсній основі [13].

По суті соціальне замовлення є механізмом виявлення й відбору ефективної, раціональної для розв'язання конкретних соціальних проблем громадської ініціативи та забезпечення її подальшої підтримки на основі контракту. Кошти від держави надають після конкурсного розгляду послуг і спроможності громадської організації щодо вирішення визначених місцевих проблем. Відмінність цього механізму від прямих державних субсидій полягає у цільовому спрямуванні коштів на підтримку послуг організацій. Соціальне замовлення виконують на підставі договору (соціального контракту), укладеного між замовником, яким виступає орган влади, і виконавцем – переважно, некомерційною організацією. Контракт укладається на кілька років і закріплює зобов'язання щодо надання послуг відповідного змісту, обсягу та якості, показники результативності надання послуг. Це дає змогу контролювати якість і оцінити ефективність виконання замовлення. Такий механізм можна вважати поєднанням державних субсидій та закупівлі послуг [14].

Існуюча практика міжсекторної співпраці у процесі надання соціально-медичних послуг в системі «організації державного сектору економіки, що надають соціально-медичні послуги – громадський сектор економіки», а також практика залучення громадськості до вироблення і реалізації політики охорони здоров'я, діяльності організацій сфери охорони здоров'я показує, що воно (залучення) є мінімальним. Причому, як зазначає Т. Семигіна «участі громадськості притаманний більше адвокаційний, конфронтаційний характер, аніж системне впровадження громадських ініціатив. Громадський контроль в

охороні здоров'я не інституціоналізовано, потребують урегулювання стосунки суб'єктів та об'єктів такого контролю» [15].

Зміна практики міжсекторної співпраці у процесі надання соціально-медичних послуг з громадським сектором економіки» у напрямі системного впровадження громадських ініціатив дозволить використовувати такі ресурси, як: волонтерська праця, ініціативність та активність членів громадських організацій, психологічна підтримка на засадах принципу «рівний-рівному», альтернативні матеріальні ресурси у вигляді пожертв, грантів, членських внесків. На місцевому рівні, наприклад, функціональне навантаження громадських організацій у процесі надання соціально-медичних послуг може охоплювати:

- безпосереднє адресне надання соціальних послуг на рівні громади;
- вивчення потреб і очікувань споживачів соціально-медичних послуг;
- збір і акумулювання інформації про існуючий попит на соціально-медичні послуги та зміни у демографічній, соціальній, екологічній ситуаціях, сфері охорони здоров'я у громадах, містах;
- участь у формуванні місцевих програм соціально-медичного характеру (охоплюють питання: збереження, підтримки здоров'я, здійснення профілактичних, лікувально-оздоровчих заходів, працетерапії);
- здійснення громадського контролю за якістю надання соціально-медичних послуг та станом реалізації місцевих програм соціально-медичного характеру.

Більше того, залучення представників громади до вирішення місцевих проблем, сприятиме згуртуванню її членів навколо наявних проблем, запобіганню виникнення нових проблемних питань та ефективному використанню місцевих ресурсів у вигляді надання соціально-медичних послуг необхідних саме громаді (а не стандартних слабо диференційованих послуг, які надаються сьогодні у більшості випадків діючими державними структурами соціальної сфери в Україні). Як стверджується у наукових роботах окремих авторів (О. Онищенко, В. Когута) «саме некомерційний сектор розглядається як організаційна основа громадянського суспільства – такого стану соціально-політичних відносин в державі, при якому громадяни мають достатньо підстав бути впевненими в тому, що уряд діє в їх інтересах і досить ефективно.

Громадські організації в західних суспільствах виступають як каталізатор реалізації механізмів прозорості влади, зворотного зв'язку між жителями і урядом. Це в свою чергу сприяє виникненню у громадян почуття патріотизму та відповідальності, конструктивного спілкування з владою. Наступною стадією таких взаємин є якісно новий рівень самоорганізації та самоврядування, що особливо яскраво проявляється на низовому рівні – у громадах та мікрорайонах» [16-17].

Специфіка надання соціальних послуг недержавними (в т.ч. громадськими) соціальними структурами має такі істотні переваги: «значно нижчий, в порівнянні з державними службами, рівень їх формалізації та бюрократизації, відсутність управлінської вертикалі, самоврядування та залучення до управління самих клієнтів, або їх активної частини, працюють за системою «знизу вгору», тобто свої дії базують на потребах клієнтів, можуть зосередити свої зусилля на наданні тих послуг, які розширюють соціальний мінімум, хоча лише для частини громадян, коло їхніх клієнтів є істотно звуженим через необов'язковість надаваних послуг, комплексність та системність роботи служби, спрямованість її дії не лише на подолання самої первісної проблеми, але й на зміну клієнта, його особистісне зростання, просування позитивних змін як самого клієнта так і соціуму, індивідуалізований підхід до кожного клієнта організації, діють за принципом: «рівний – рівному», а не «державний службовець – прохач», що і стало передумовою більшої довіри між тими, хто надає допомогу, і хто її отримує. Залучення до вирішення проблем все більшої кількості нових учасників, зокрема волонтерів, вищий рівень контрольованості роботи організацій їхніми рядовими членами та самими клієнтами» [18].

Менеджмент міжсекторної співпраці у процесі надання соціально-медичних послуг в системі «організації державного сектору економіки, що надають соціально-медичні послуги – підприємницький сектор економіки» передбачає формування і реалізацію державної політики з урахуванням принципів державно-приватного партнерства (ДПП) для вирішення соціально значимих питань у сфері громадського здоров'я.

Державно-приватне партнерство (ДПП) – співробітництво між державою та територіальними громадами в особі відповідних державних органів та органів місцевого самоврядування (державними партнерами) та юридичними особами, крім державних та комунальних підприємств,

або фізичними особами-підприємцями (приватними партнерами), що здійснюється на основі договору відповідно до порядку, встановленого Законом України «Про державно-приватне партнерство» та іншими законодавчими актами [4; 19; 20].

Так, наприклад, у джерелі [21] вказано, що «партнерські відносини між публічною владою та бізнесом можуть виникати на підставі договорів в рамках публічних закупівель, договорів оренди державного та комунального майна, інвестиційних договорів, договорів про спільну діяльність, концесійних договорів, в рамках приватизаційних відносин тощо. Однак саме проекти державно-приватного партнерства (ДПП) вважаються оптимальним способом довгострокової співпраці, який задовольняє ключові інтереси обох сторін. Окрім того, в рамках відносин ДПП можуть частково комбінуватися інструменти оренди, концесії, спільної діяльності, управління залежно від функцій, які передаються приватному партнеру».

Способи залучення приватного партнера залежать від переліку функцій, які передаються інвестору. Ці способи різняться між собою залежно від типу проектів ДПП [21] (рис. 1).

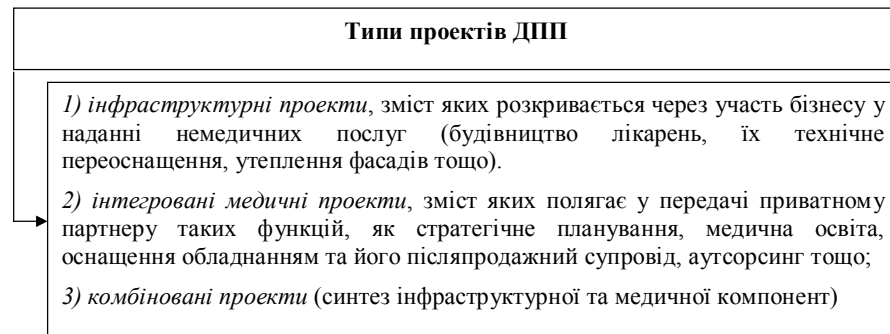


Рис. 1. Типи проектів ДПП

Аналіз практики роботи окремих медичних установ свідчить про переваги для них від ДПП. Наприклад, утеплення фасаду лікарні та заміна вікон у її приміщеннях на енергозберігаючі дозволяє: раціонально використовувати паливно-енергетичні ресурси (екологічний ефект), значно скороти витрати паливно-енергетичних та фінансових ресурсів (екологічний та економічний ефекти), забезпечувати покращення

лікувально-діагностичного процесу згідно стандартів (соціальний ефект).

На відміну від договорів, що укладаються в рамках публічних закупівель, державно-приватне партнерство (ДПП) є співробітництвом між державними та приватними партнерами. З боку державного (публічного) партнера можуть виступати такі партнери (рис. 2) [21].

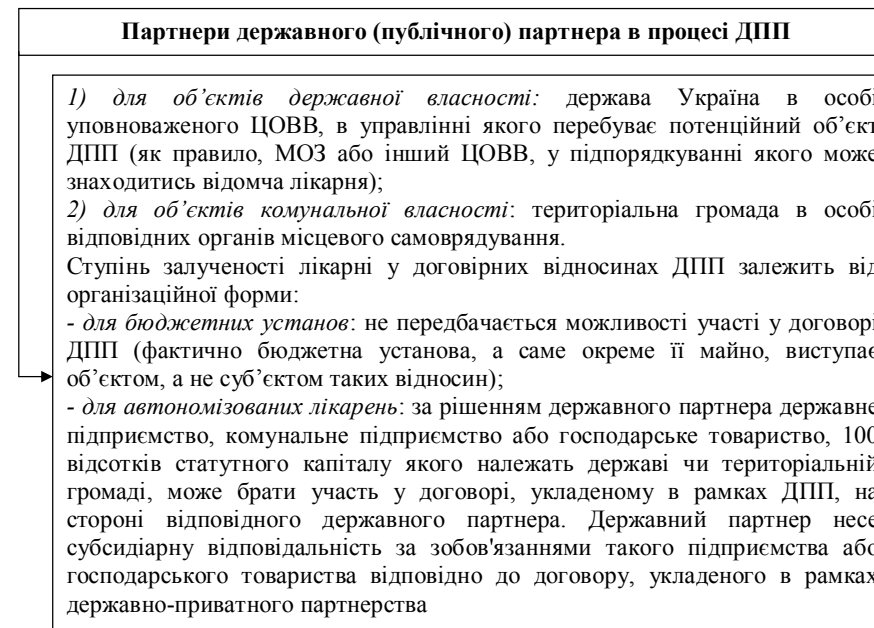


Рис. 2. Партнери державного (публічного) партнера в процесі ДПП

Примітка. чинним законодавством допускається участь на стороні державного партнера декількох суб'єктів

Загалом, використання у діяльності медичних установ механізму державно-приватного партнерства дозволить їм отримати такі переваги: посилити матеріально-технічне забезпечення установ і їх структурних підрозділів (економічний і організаційний ефекти); розширити перелік платних послуг, що надаються медичними установами (соціальний ефект); зміцнити економічний потенціал медичних установ і підвищити економічну і екологічну ефективність їх діяльності (економічний ефект).

Акцентуємо на тому, що менеджмент міжсекторної співпраці у

процесі надання соціально-медичних послуг повинен враховувати основні оперативні функції громадського здоров'я, визначені Всесвітньою організацією охорони здоров'я (Резолюція EUR/RC61/R2) до «Європейського плану дій по зміцненню потенціалу та послуг охорони громадського здоров'я» [22]. Приміром, такі функції як: забезпечення сфери суспільної охорони здоров'я кваліфікованими кадрами достатньої чисельності; забезпечення стійких організаційних структур і фінансування; інформаційно-роз'яснювальна діяльність (адвокація), комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я; сприяння розвитку досліджень у галузі суспільної охорони здоров'я для наукового обґрунтування політики і практики, – є виразним свідченням необхідності налагодження такої міжсекторної співпраці з паралельним чітким визначенням суб'єктів такої співпраці і їх функціонального навантаження.

4.8. Громадський моніторинг та контроль роботи медичних установ

Важливою складовою модернізації публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні є посилення ролі громадського сектору в реалізації медичної реформи в частині громадського моніторингу та контролю якості надання медичних послуг, подолання негативних корупційних проявів та зловживань.

З позиції системного підходу медичні установи є елементами більш масштабної системи, а саме системи охорони здоров'я. Наведемо визначення поняття «системи охорони здоров'я», яке затверджене у 2008 р. Талліннською хартією: «У політичних і інституційних межах кожної країни система охорони здоров'я – це сукупність усіх державних і приватних організацій, установ, структур і ресурсів, призначення яких – покращувати, зберігати або відновлювати здоров'я людей. Системи охорони здоров'я передбачають надання як індивідуальних, так і громадських послуг...» [1].

Власне, процеси покращення, збереження або відновлення здоров'я людей, а також надання як індивідуальних, так і громадських послуг забезпечуються через роботу медичних установ.

Медична установа є соціальною системою, складним організмом, у якому переплітаються інтереси особистостей і груп, нормативні вимоги і неформальні ініціативи, жорстка технологія управління персоналом та її

інноваційні елементи. Тому, перед фахівцями, які працюють на керівних посадах в медичних установах, в процесі реформування сфери охорони здоров'я постають важливі завдання, пов'язані із забезпеченням належної роботи як медичних установ, так і їх персоналу (в частинах: їх регламентації; інформаційно-документаційного та аналітичного забезпечення; контролю виконання працівниками поставлених завдань; інформування громадськості про діяльність установи тощо). Виконання цих завдань сформує базу для покращення діяльності медичних установ, сприятиме підвищенню якості медичної допомоги і медичних послуг, що ними надаються. Ідентифікації ж проблемних питань у роботі медичних установ, виявленню напрямів її покращення сприятимуть громадські моніторинг і контроль.

Для розкриття змісту поняття «громадський контроль» наведемо його визначення як суспільно-політичного явища. Так, за твердженням українського дослідника А. Крупника, громадський контроль є інструментом громадської оцінки виконання органами влади й іншими підконтрольними об'єктами їхніх соціальних завдань. Такий контроль – невід'ємна складова системи публічного управління та незамінний чинник розвитку соціуму в умовах розбудови демократичної, соціальної, правової держави [2].

О. Полтараков визначає громадський контроль як систему відносин громадянського суспільства з державою. Система ґрунтується на підзвітності органів державної виконавчої влади органам державної законодавчої влади (парламентський контроль) і недержавним структурам («третьому сектору» та ЗМІ) [3]. Отже, громадський контроль сприяє утвердженню громадянського суспільства, в якому реально забезпечуються всі права та свободи людини і громадянина, а об'єктом контролю є органи влади.

Поряд із цим, трактування поняття «громадський контроль» О. Полтараковим є дещо звуженим, оскільки об'єктом контролю виступають лише органи влади. Разом з тим, процеси покращення, збереження або відновлення здоров'я людей, а також процес надання як індивідуальних, так і громадських послуг забезпечується через роботу медичних установ. Тому, доцільно, щоб громадський контроль був спрямований і на роботу медичних установ.

Про логічність такого висновку свідчать «погляди деяких

українських фахівців і політиків, котрі намагаються розширити поняття громадського контролю й водночас запровадити досить формалізовані вимоги до його суб'єктів. Так, законопроект «Про громадський контроль», розроблений Всеукраїнською громадською організацією «Громадський контроль», пропонує здійснювати контроль не тільки над органами державної влади та місцевого самоврядування, а й над суб'єктами господарювання незалежно від організаційно-правових форм та форм власності, установами, організаціями, їх посадовими особами» [4].

Громадський контроль «є формою участі громадськості в управлінні для підвищення ефективності діяльності органів публічної влади, підприємств, установ і організацій, що надають соціальні послуги» [5].

Отже, доцільним є здійснення громадського контролю роботи медичних установ. Перевагами проведення громадського контролю стануть:

– усунення і попередження явищ та процесів, які зумовлюють виникнення невідповідностей між завданнями, покладеними на медичні установи, і результатами їх виконання (неефективне виконання завдань, неналежний професійно-кваліфікаційний рівень персоналу, нестача фінансових ресурсів або нецільове використання коштів, корупційні діяння, організація непрозорих тендерних закупівель ліківорганізацію непрозорих тендерних закупівель ліків, ухвалення національних і регіональних програм в інтересах зацікавлених груп, зокрема, фармацевтичних компаній тощо). Приміром, за даними проведених в Україні опитувань, населення вважає медиків однією з найкорумпованіших груп [6]. Фахівці, у свою чергу, наголошують на нерациональному використанні ресурсів у цій галузі, незадовільному стані інфраструктури й обладнання, сумнівній якості ліків, ненадійному інфекційному контролю – чинниках, які істотно підвищують ризики небажаних явищ у вітчизняній медицині [4];

– покращення діяльності медичних установ та їх персоналу у завдяки врахуванню зауважень і пропозицій громадськості.

Громадський контроль роботи медичних установ створить передумови для запровадження механізмів якісного управління медичними установами шляхом «гармонійного поєднання всіх його складових: якості медичного персоналу; якості медичних технологій та

обладнання; якості процесу надання медичної допомоги (починаючи від обстеження пацієнта і встановлення діагнозу, його лікування та проведення реабілітаційних і профілактичних дій); якості лікарських засобів; якості організації медичної практики; якості медичних процедур; якості медичної інформації; якості законодавства в сфері охорони здоров'я» [7].

Під громадським контролем роботи медичних установ розуміємо систему дій, спрямованих на ідентифікацію фактів недотримання медичними установами і їх кадровим складом законодавства щодо забезпечення прав, інтересів і свобод громадян в сфері охорони здоров'я.

Завдяки проведенню громадського контролю роботи медичних установ регулюватимуться суспільні відносини в частинах: забезпечення відкритості і прозорості роботи медичних установ і їх адміністративних служб, їх звітування перед громадськістю, утвердження засад правової держави.

Залучення громадськості до обговорення найгостріших питань у сфері охорони здоров'я, а також до процесу оптимізації діяльності медичних установ є об'єктивно необхідним, оскільки населення безпосередньо долучається до проведення медичної реформи, відстоюючи свої інтереси та сприяючи покращенню роботи медичних установ.

Сьогодні інститути громадянського суспільства не обмежуються вивченням лише результатів проведення медичної реформи, а й цікавляться питаннями модернізації роботи медичних установ, кадровими змінами, станом дотримання законності посадовими особами сфери охорони здоров'я України тощо. Тому, ефективна взаємодія медичних установ з інститутами громадянського суспільства повинна ґрунтуватися на використанні різних форм громадського контролю, зокрема, громадського моніторингу.

Громадський моніторинг має бути системним, комплексним процесом, що здійснюється безперервно. Через це, застосування інститутами громадянського суспільства громадського моніторингу роботи медичних установ набуває особливого значення і змісту, оскільки за допомогою такого моніторингу формується зворотній зв'язок між громадськістю (споживачами медичних послуг, окремими

групами населення певної території тощо), іншими суб'єктами контролю у сфері охорони здоров'я, медичними установами і їх кадровим складом.

Під громадським моніторингом роботи медичних установ розуміємо системний, безперервний процес, який включає спостереження з боку інститутів громадянського суспільства за діяльністю медичних установ і їх кадрового складу з метою визначення якості прийнятих рішень, оцінки стану дотримання працівниками дисципліни і законності, ідентифікації ризиків порушення прав та інтересів споживачів медичних послуг, формування рекомендацій щодо оптимізації діяльності медичних установ та підвищення їх конкурентоспроможності.

Об'єктом громадського моніторингу є діяльність медичних установ і їх кадрового складу.

Суб'єктами громадського моніторингу роботи медичних установ можуть виступати різні інститути громадянського суспільства, діяльність яких регламентується чинним законодавством України, а саме: громадські організації, аналітичні центри, моніторингові комітети, профспілки, політичні партії, громадські ради, засоби масової інформації тощо.

Предметом громадського моніторингу роботи медичних установ є діяльність цих установ і їх кадрового складу, рівень ефективності прийняття та реалізації управлінських рішень у сфері охорони здоров'я, стан дотримання персоналом медичних установ дисципліни і законності тощо.

До основних завдань громадського моніторингу роботи медичних установ можна віднести наступні (рис. 1).

У сучасних ринкових умовах підвищення конкурентоспроможності медичних установ є для них особливо актуальним питанням. Деталізуючи питання конкурентоспроможності медичних установ, скористаємось тезою з літературного джерела [7], автори якого стверджують, що «основними чинниками конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я є: медична ефективність, тобто здатність якнайповніше задовольняти потреби споживачів шляхом надання повного спектру високоякісних медичних послуг, та адміністративна ефективність, передусім ефективність адміністративного, фінансового, кадрового, інформаційного, комунікаційного менеджменту в управлінні

установою, її підрозділами, ресурсами. Менеджмент сучасного медичного закладу повинен працювати на забезпечення максимального синергетичного ефекту від його функціональної діяльності».

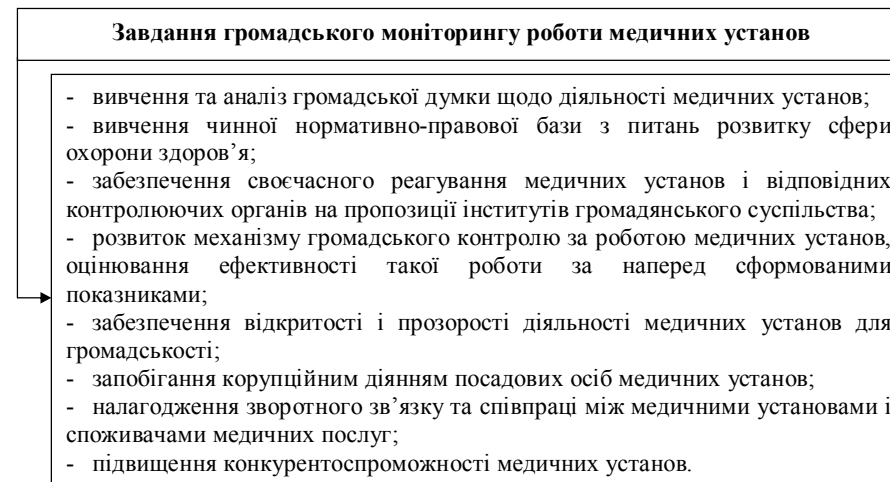


Рис. 1. Завдання громадського моніторингу роботи медичних установ

З урахуванням завдань, які ставляться перед громадським моніторингом роботи медичних установ, а також через те, що медичні установи належать до публічних організацій, – такий моніторинг повинен ґрунтуватися на принципах, наведених на рис. 2 [8].

Доповнюючи рис. 2, слід вказати на те, що громадський моніторинг одночасно виступатиме інструментом громадського контролю, зокрема:

- інформування як інструмент громадського контролю спрямоване на «виведення» певної проблеми у діяльності медичної установи чи її персоналу у інформаційний простір;
- консультування як інструмент громадського контролю спрямоване на вивчення громадської думки, врахування і узгодження позицій різних зацікавлених сторін (стейкхолдерів);
- діалог як інструмент громадського контролю цілеорієнтований на забезпечення обміну думками між зацікавленими сторонами;
- партнерство як інструмент громадського контролю розкривається через спільну відповідальність за прийняті рішення, які стосуються як

роботи медичної установи, зокрема, так і сфери охорони здоров'я, загалом.

Принципи громадського моніторингу роботи медичних установ

- неупередженість та об'єктивність – отримання, узагальнення, систематизація, аналіз даних, доведення результатів моніторингу роботи медичних установ до органів публічної влади;
- громадська активність – передбачає активну та добровільну участь громадськості, експертів у здійсненні моніторингу роботи медичних установ, виробленні державної політики в сфері охорони здоров'я;
- соціальне партнерство – конструктивна взаємодія між медичними установами та інститутами громадянського суспільства щодо вирішення питань діяльності цих установ і надання ними медичних послуг;
- невтручання медичних установ у процес здійснення інститутами громадянського суспільства моніторингу (за винятком випадків, установлених законом);
- інформаційна відкритість як обов'язковий вільний спосіб надання інститутам громадянського суспільства об'єктивної інформації від медичних установ (за винятком тієї, що відповідно до законодавства є державною таємницею);
- прозоре і доступне спілкування медичних установ з громадськістю, популяризація через засоби масової інформації політики їх співробітництва;
- відповідальність, яка полягає в усвідомленні інститутами громадянського суспільства, медичними установами спільної відповідальності за рівень співпраці;
- зворотний зв'язок як обов'язкова реакція медичних установ на результати громадського моніторингу;
- ефективність, яка полягає в досягненні запланованих медичними установами цілей і завдань діяльності, отриманні максимального позитивного результату, що відповідає інтересам держави і суспільства в цілому;
- незалежність, яка розкривається у тому, що діяльність інститутів громадянського суспільства здійснюється в межах чинного законодавства і є незалежною від будь-яких сторін (політичних сил, інтересів стейкхолдерів)

Рис. 2. Принципи громадського моніторингу роботи медичних установ

Результати проведення громадського моніторингу роботи медичних установ повинні бути враховані в процесі внесення необхідних змін і коректив у роботу цих установ і їх персоналу, використанні в ході стратегічного управління і стратегічного планування діяльності медичних установ і їх кадрового складу. Тому як вказують автори наукової праці [9] результати громадського моніторингу завжди доносяться до громадськості в цілому та тих груп, які можуть вплинути на вирішення проблеми.

Отже, активне здійснення громадського моніторингу та контролю роботи медичних установ стане свідченням переходу від моделі централізованого державного управління сферою охорони здоров'я до моделі співпраці. За цієї моделі управління сферою охорони здоров'я стане продуктом спільної діяльності широкого кола суб'єктів (держави через відповідні державні органи, громадських організацій, засобів масової інформації, окремих громадян), а її результатом – створення національної моделі охорони здоров'я, у результаті реалізації якої задовольнятимуться суспільні потреби.

4.9. Підвищення ролі сімейного лікаря та залучення молоді до роботи в закладах охорони здоров'я в сільській мережі

Основи сімейної медицини у світі почали формуватися з V ст. нашої ери, коли виникла лікарська діяльність, подібна до роботи лікаря загальної практики – сімейного лікаря. У подальшому надання медичної допомоги здійснювалось переважно сімейними, приватно практикуючими лікарями. В XIX столітті, після введення земського самоврядування, почалась діяльність земських лікарів, які є прототипом сучасних сімейних лікарів. З кінця XIX початку XX століття в Україні відбувся процес розвитку системи охорони здоров'я за багаторівневою системою. М.О. Семашко, ідея якої – наблизити різнопрофільних спеціалістів до населення. Недоліком цієї системи стало нівелювання ролі дільничного терапевта, як координатора медичної допомоги, безвідповідальність лікарів-спеціалістів за здоров'я пацієнта та населення в цілому, значні витрати системи охорони здоров'я.

Відповідно до даної системи розпочався розвиток великої кількості вузьких спеціалістів. Пік цієї хвилі припав на другу половину XX століття, коли в медицині з'явилися десятки нових вузьких спеціальностей. Склалася ситуація, що не було лікаря, який би відповідав за стан здоров'я пацієнта в цілому. Поза увагою вузькоспеціалізованого фахівця залишалася ціла низка соціальних факторів, в тому числі потужний вплив на людину особливостей внутрішньо-сімейних стосунків. Різко зросла потреба в лікарі, здатному розібратися в початкових проявах захворювання і тільки тоді за необхідності скерувати на консультацію до вузького спеціаліста, а вже потім лікувати хворого як єдиний організм з урахуванням певних рекомендацій.

На думку вітчизняних науковців вузька спеціалізація спричинило свого часу апаратну медицину, втрату лікарем відчуття поваги до власного лікарського мислення. Склалася ситуація за якою суспільство поступово усвідомлювало, що в найближчому оточенні у хворого немає лікаря, відповідального за здоров'я пацієнта і членів його сім'ї протягом усього життя. У зв'язку з цим виникла необхідність появи нового спеціаліста ЛЗП – СП (лікаря загальної практики – сімейного лікаря), до повноважень якого входило б вирішення більшості медичних питань одночасно з наданням кваліфікованих рекомендацій з питань соціальної, правової, профілактичної та реабілітаційної допомоги.

В країнах світу на той час система охорони здоров'я базувалась за різними моделями, найбільш відомі з них – система Беверіджа, система Бісмарка, приватна система охорони здоров'я. У 60-70 роках ХХ століття у країнах світу почався перехід до моделі системи охорони здоров'я заснованих на принципах ЗПСМ – загальної практики сімейної медицини. У 1972 р. була створена всесвітня асоціація сімейних лікарів WONCA, а в 1978 р. відбулася Алма-Атинська конференція, резолюцією якої стало затвердження декларації щодо розвитку ПМД – первинної медичної допомоги. Після цього ВООЗ у 1979 р. затвердила Алма-Атинську декларацію і визначила глобальну стратегію досягнення здоров'я для всіх за допомогою ПМД (1981р.). Відтак у більшості країн світу розпочався активний перехід системи охорони здоров'я населення з орієнтацією на ПМД та розвиток ЗПСМ (загальної практики сімейної медицини) [7, с.12].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я на сучасному етапі в жодній країні світу не створено ідеальної системи охорони здоров'я, проте сімейна медицина визнана такою, що здатна найповніше задовольняти населення у медичній допомозі та є економічно доцільно для держави. Саме розвиток сімейної медицини допоміг багатьом країнам світу подолати важкі кризові часи в медицині. Доведено, що сімейний лікар може найповніше впливати на стан здоров'я населення. Одним з критерієм європейського вибору України є реформування первинної медико-санітарної допомоги у відповідності до світових стандартів охорони здоров'я.

Відомо, що без здорової нації, не можливо збудувати успішну державу, зміцнити економіку, вдосконалити та розвинути ряд інших сфер життєдіяльності. Тому, завдання надання якісної медичної

допомоги стоїть в центрі уваги уряду України в рамках реформування всієї системи охорони здоров'я. Головною метою Загальнодержавної Програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги є забезпечення зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення шляхом ефективного функціонування загальної практики сімейної медицини, підвищення ролі сімейного лікаря.

З досвіду розвинутих країн відомо, що 80% проблем із здоров'ям людини можна розв'язати на первинному рівні охорони здоров'я. На сьогодні первинна медична допомога є основою будь-якої системи охорони здоров'я, задовольняє майже 80-90 % потреб населення в медичній допомозі, а також вважається раціональною з огляду економіки, потребуючи лише до 30% ресурсів галузі охорони здоров'я в цілому [7,с.13].

Всесвітня організація охорони здоров'я в головному стратегічному документі «Здоров'я для всіх у 20-му столітті» визначила розвиток первинної медико-санітарної допомоги на принципах сімейної медицини одним із важливих завдань для європейських країн і відповідно цього підкреслила зростаючу роль сімейного лікаря. Нині в більшості держав світу частка лікарів загальної практики – сімейної медицини серед лікарів становить від 30% до 50% [7,с.13].

Сімейна медицина і СЛ є основними ланками надання ПМД. Сімейний лікар – це фахівець із вищою медичною освітою, який має право надавати медичну допомогу, виступати інтегратором оцінки здоров'я пацієнтів, брати участь у розробці планів лікувально-оздоровчого характеру, координувати їх реалізацію та оцінювати ефективність. Він забезпечує корекцію способу життя, є адвокатом і провідником пацієнта в складній системі охорони здоров'я, медико-санітарного, фармацевтичного та соціального забезпечення. Кваліфікований сімейний лікар, який має практичний досвід роботи за спеціальністю ЗПСМ може самостійно діагностувати та ефективно лікувати за сучасними стандартами до 80 відсотків захворювань [2,с.74].

Сімейний лікар, відповідно до своєї компетентності, здійснює управління первинною медичною допомогою, це допомога тривала, безперервна, він орієнтується на пацієнта і його сім'ю, вирішуючи специфічні проблеми (як з гострих, так із хронічних проблем здоров'я, враховує широкий спектр скарг і хвороб, супутні захворювання). Він

здійснює всебічний підхід (профілактика, лікування, догляд), цілісний підхід (вирішує проблеми здоров'я від їхніх біомедичних, психологічних, спеціальних, культурних аспектів). В новій системі охорони здоров'я сімейний лікар – це перепустка для отримання безоплатних медичних послуг в закладах охорони здоров'я, можливість потрапити на прийом до вузького спеціаліста також неможливо без направлення сімейного лікаря.

Іманентними ознаками сімейного лікаря в умовах проведення медичної реформи є:

1) надання медичної допомоги. Крім призначення курсу лікування, він забезпечує всебічну профілактичну та реабілітаційну допомогу;

2) прийняття рішень. Лікар загальної сімейної медицини повинен приймати рішення з надання всіх видів медичної допомоги, виходячи з принципів ефективності заходів та їхньої фінансової оптимальності. З усіх можливих способів лікування конкретної хвороби лікар загальної практики повинен вибрати найбільш прийнятний у даній ситуації;

3) проведення просвітницької компанії здорового способу життя. Лікар загальної (сімейної медицини) повинен вміти переконувати людей у їх відповідальності за зміцнення і збереження здоров'я;

4) організаційна функція. Лікар загальної (сімейної) практики повинен знати потреби і проблеми суспільства, він зобов'язаний не тільки лікувати а й організувати заходи з охорони здоров'я населення;

5) керівництво. Щоб успішно виконувати наведені вище функції, лікар загальної (сімейної) практики повинен володіти управлінськими навичками.

Перелік функцій лікаря загальної практики показує, що даний лікар: проводить лікування та реабілітаційні заходи в обсязі своєї компетенції; здійснює профілактичну роботу, спрямовану на виявлення ранніх і прихованих форм захворювань, соціально значущих хвороб і факторів ризику; здійснює диспансерний нагляд за станом здоров'я пацієнтів з проведенням необхідних обстежень, лікування та оздоровлення; надає необхідну медичну допомогу хворим вдома при гострих і загостренні хронічних захворювань, визначає тактику надання подальшої медичної допомоги; консулює і госпіталізує хворих; проводить роботу з гігієнічного виховання населення, пропаганди здорового способу життя, попередження розвитку захворювань; проводить лікування у денному

стаціонарі; проводить експертизу тимчасової непрацездатності пацієнтів, направляє в бюро медико-соціальної експертизи, проводить обов'язкові попередні або періодичні медичні огляди; організовує медико-соціальну допомогу спільно з органами соціального захисту самотнім, людям похилого віку, інвалідам, хронічно хворим; надає консультативну допомогу; направляє на санаторно-курортне лікування; організовує протиепідеміологічні заходи; веде облікову та звітну документацію, планує роботу, є членом різними громадських і професійних організацій.

Із запровадженням сімейної медицини змінюється філософія лікування. Сімейний лікар має розглядати проблеми пацієнтів з огляду на родинні звички, спадкові хвороби, психологічні стосунки. Медицина повинна впливати на всю сім'ю і таким чином розширювати свій вплив на збереження здоров'я людини. Сімейний лікар, (якщо він добре навчений) у своєму кабінеті (якщо він добре оснащений) може розв'язати основні проблеми пацієнта. Він, починаючи з вузького погляду на хворого, йде до узагальнення, до пошуку правильного рішення щодо лікування.

В людини часто буває декілька хронічних хвороб і кожен спеціаліст призначає своє лікування, а як стверджує відомий канадський лікар Ганс Сельє, щоб прийти до розуміння хворого потрібно, щоб усі дані про нього були в одній голові. Лише сімейний лікар, який володіє основами різних медичних фахів, здатен реалізувати інтегральний підхід до пацієнта. Лікар первинної допомоги – це спеціаліст, який має всю інформацію про здоров'я пацієнта. Завдяки цьому він бачить взаємозв'язки та може визначити на якій стадії потрібно втручання профільного спеціаліста. Тобто, він діагностує серйозне захворювання на ранній стадії, контролює медичні ризики. Сімейний лікар – лікар загальної практики – сімейної медицини – лікар, який отримав спеціалізовану багатопрофільну підготовку з надання первинної медико-санітарної допомоги членам родини будь-якого віку та статі.

Початок історії сімейної медицини в Україні відносять до останніх років існування Радянського Союзу, коли фахівці з організації охорони здоров'я отримали можливість вивчати досвід медицини розвинутих країн. Ще в 1987 р. МОЗ УРСР започаткувало експеримент у Львівській області, коли у Дрогобичі відкрили першу амбулаторію загальної практики сімейної медицини. А з 1995 р. розпочато підготовку сімейних

лікарів за програмою затвердженою міністерством охорони здоров'я України. В 1998 р. відкрито першу кафедру сімейної медицини у Львові. Посаду сімейного лікаря міг зайняти лікар, який пройшов підготовку в інтернатурі за спеціальністю загальна практика сімейної медицини, або лікарі за спеціальністю лікувальна справа, педіатрія, що пройшли підготовку у вищих медичних закладах післядипломної освіти за спеціалізацією із сімейної медицини.

Термін «сімейна медицина» в нормативних актах державного управління України вперше зустрічається в наказі Міністерства охорони здоров'я України за №168 від 21 листопада 1991 року, за яким у номенклатуру лікарських спеціальностей було введено спеціальність «Загальна практика – сімейна медицина» Наказом Міністерства охорони здоров'я України за №68 від 24 березня 1999 р. «Про затвердження програми підготовки медичних кадрів для сільської місцевості» було затверджено «Програму підготовки лікарів зі спеціальності загальна практика сімейної медицини і підготовка кадрів для роботи в закладах охорони здоров'я в сільській місцевості». У 2000 р. Кабінетом Міністрів України було прийнято постанову за №989 від 20 червня 2000 року «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в охорону здоров'я».

За визначенням всесвітньої організації сімейних лікарів (WONCA), сімейний лікар – це спеціаліст з унікальних проблем популяції пацієнтів. У всіх ключових документах WONCA виокремлено значну і важливу соціальну роль та відповідальність сімейного лікаря. Водночас і пацієнти і суспільство очікують і вимагають від сімейних лікарів вирішення багатьох проблем, лише частка з яких є повністю медичними. Вчені вважають, що профілактика захворювань, обумовлених погіршенням екологічної ситуації, і корекція здоров'я членів сім'ї у цих рамках має бути пріоритетною в роботі ЛЗП-СЛ шляхом проведення комплексних профілактичних заходів. Проте ці заходи можуть мати позитивний ефект лише за умов поліпшення навколишнього середовища. Від негативних факторів зовнішнього середовища і рівня медичне обслуговування залежить понад 70% життєвих ресурсів людини [4].

Матеріальне забезпечення сімейних лікарів шляхом достатньої заробітні плати має визначальне значення. На сьогодні в Україні це питання є проблемним. Натомість в розвинутих країнах світу робота

сімейних лікарів оцінюється відповідно до їх навантаження за унормованими індикаторами. Наприклад, умови праці сімейного лікаря і зарплата в Австралії і Великій Британії значно відрізняється від таких в Україні, де навантаження на сімейного лікаря становить 800 – 1000 осіб, заробітна плата близько 10 -20 тис. доларів США (євро), у них хороше обладнання, робоче місце оснащено Інтернетом, до амбулаторій проходять у хорошому стані дороги, тому сімейні лікарі працюють, тривалий час на одному робочому місці і добре знають своїх хворих [8].

Відповідно до медичної реформи первинна медична допомога на селі повинна стати доступною і якісною. Вирішити проблему критичного стану первинної медичної допомоги на селі, підвищити якість медичних послуг для сільських мешканців покликаний Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування в сільській місцевості». Цим законом фактично дано старт реформи сільської медицини при залученні органів місцевого самоврядування в реалізації державної політики в цій сфері. Основна ціль – забезпечити якісну диспансеризацію у сільській місцевості, вчасне виявлення захворювань, насамперед генетичних на ранніх стадіях, системний нагляд за певними групами хворих, проведення профілактичних і оздоровчих заходів. Даним законом формується дієва модель первинної медицини. Це здійснюється насамперед, через формування амбулаторних дільниць – мережі первинної ланки сільських медичних закладів, впровадження сучасних технічних рішень і мотиваційних переваг для лікарів, особливо через залучення до роботи на селі молодих спеціалістів [6].

Даний Закон передбачає вирішення кадрових проблем медичних працівників на селі, створення ефективної системи мотивації лікарів, залучення молоді. Стаття 4 даного Закону проголошує запровадження дієвих механізмів залучення до медичного обслуговування у сільській місцевості кваліфікованих медичних працівників, зокрема шляхом створення для таких працівників додаткових гарантій оплати праці та належних умов праці, включаючи забезпечення необхідним медичним обладнанням та спеціальним транспортом, розроблення та реалізація мотиваційних пакетів, в тому числі надання службового житла, транспорту, мобільного зв'язку, пільгових кредитів на будівництво або придбання житла, компенсації плати за житлово-комунальні послуги,

інших заохочуючих заходів, а також сприяння підвищення рівня професійних знань та навичок таких працівників [6].

В останні десятиліття прозвучало багато ідей про залучення випускників медичних закладів до роботи на селі – від примусового розподілу лікарів у сільську місцевість і зобов'язання відпрацювати там впродовж 3-х років або сплатити витрачені державою кошти на навчання, до усвідомлення важливості матеріального заохочення. Першим кроком такого заохочення стало рішення держави виплатити кожному лікарю (за умови, якщо лікар поїде працювати в сільську місцевість щонайменше на 3 роки) підйомні у розмірі 5 мінімальних зарплат. Слідуючим кроком стали програми «Місцевих стимулів» для медичних працівників, запровадження яких передбачено національним планом дій. Спочатку такі практики приймали пілотні регіони – місцева влада зобов'язувалася надавати лікарям житло, спеціалізований транспорт, надбавки до зарплати, обслуговувати послуги мобільного зв'язку, забезпечувати відпочинок, тощо.

Згодом подібну ініціативу було рекомендовано поширювати скрізь, де громада дбає про здоров'я своїх членів і забезпечення закладів охорони здоров'я лікарськими кадрами. Для заохочення молоді до роботи лікарем загальної практики, особливо у сільській місцевості, стали реалізовуватися програми «Місцевих стимулів». Дані програми передбачали здійснення комплексу заходів спрямованих на підвищення ефективності охорони здоров'я в цілому і зокрема омолодження кадрового потенціалу, підвищення статусу сімейного лікаря. Фінансове забезпечення даних програм здійснюється відповідно до законодавства України за рахунок коштів галузі охорони здоров'я, бюджету об'єднаних територіальних громад та інших джерел.

Первинна медична допомога є однією із головних функцій, делегованих державою об'єднаним територіальним громадам. За рахунок медичної субвенції, яку держава передає на місця, громади повинні надавати цю послугу 100-відсотково. Тому місцеве самоврядування зацікавлене в тому, щоб медична послуга була наявною і якісною.

З метою покращення кадрової ситуації в медичній галузі в усіх районах Тернопільської області затверджені програми «Місцеві стимули», якими передбачено заходи заохочення для молодих лікарів.

Ці: забезпечення житлом, земельними ділянками, надання пільгових кредитів, навчання в медичних закладах за кошти місцевих бюджетів, введення місцевих надбавок до заробітної плати, забезпечення пільговим проїздом, преміювання, виділення коштів на мобільний зв'язок, відшкодування житлово-комунальних послуг і інше.

В рамках програми «Місцеві стимули» в Новомиргородському районі Кропивницької області діє десятирічна програма «Лікар». Відповідно до неї, жителі району, які навчалися в медичних закладах, могли укласти угоду з районною владою й одержувати протягом періоду навчання додаткову стипендію з районного бюджету, розмір якої залежить від успішності студента. Студентам, які навчалися за цією програмою, оплачувалась також інтернатура. Якщо фахівець з якихось причин відмовляється приїжджати на роботу в район, то кошти витрачені на його навчання він повертає.

«Місцеві стимули» – це неабияка мотивація для роботи сімейним лікарем на селі, це спосіб посилити соціальний захист медиків, фінансова підтримка медичних працівників, тобто, це дуже важливі моменти, які працюють на підвищення престижу лікаря і залучення молоді до роботи в сільській місцевості. Проте, практика місцевого стимулювання лише частково може розв'язати кадрову проблему. Підхід має бути комплексний. Програма «Місцеві стимули» буде успішною за умови її державної підтримки. Медичні кадри – стратегічний капітал. Стан кадрового забезпечення галузі в Україні залишається складним і потребує дієвого вирішення в процесі впровадження медичної реформи. В ідеалі програму «Місцеві стимули» слід не тільки підтримувати, а й усіляко розширювати.

Отже, щоб залучити молодих спеціалістів до роботи в мережі закладів охорони здоров'я на селі, слід забезпечити низку умов. Насамперед надати житло, створити гідні умови праці з належним оснащенням робочого місця, забезпечити транспортом, гідною заробітної платою, а також вирішити питання соціальної інфраструктури сільської місцевості. Оскільки обласний бюджет немає можливості виділяти кошти на придбання житла і повноважень надавати земельні ділянки під забудову, зробити це можуть об'єднані територіальні громади, які в процесі децентралізації отримали змогу самостійно обирати галузі в які вони можуть інвестувати.

Таким чином, у рамках проведення реформи охорони здоров'я в першу чергу значна увага приділена первинному рівню медичної допомоги і відповідно підвищення ролі сімейного лікаря, який має бути вмотивованим укладати декларації з пацієнтом, і представників місцевої влади, які мають створити належні умови і можливості для надання якісної медичної допомоги, вирішуючи кадрові питання, особливо залучаючи молодих лікарів для роботи в сільській місцевості. Для ефективної діяльності первинної медичної допомоги важливо, щоб медичні працівники, організатори охорони здоров'я, економісти, політики, суспільство в цілому усвідомили ключову роль сімейного лікаря у системі охорони здоров'я і складність поставлених на нього завдань.

РОЗДІЛ 5

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНОЇ УСТАНОВИ

5.1. Інноваційні підходи в управлінні закладами охорони здоров'я

Забезпечити конкурентне позиціонування ринку медичних послуг неможливо, не спираючись на інновації в управлінні закладами охорони здоров'я, в формах та методах лікування. Найбільш гостро питання інновацій постає в періоди економічних криз та в сучасних умовах глобальної пандемії коронавірусу.

Проблеми інноваційних підходів до управління системою охорони здоров'я, розробки та реалізації сучасних інноваційних технологій в цій сфері у вітчизняній літературі досліджуються недостатньо.

У дореформений період в економічній літературі інноваційні технології управління взагалі не розглядалися як об'єкт дослідження. І тільки в роки ринкових перетворень проблеми інноваційного розвитку систем управління, пошуку шляхів подолання організаційно-управлінської відсталості в різних галузях і сферах економіки стали предметом особливої уваги економістів.

Вперше з цих позицій американський економіст Л.М. Спенсер визначає інноваційний процес, як «єдиний в своєму роді процес, що поєднує науку, техніку, економіку, підприємництво і управління...» [1].

В економічній літературі, що досліджує проблеми інноваційної діяльності, зустрічається кілька підходів до визначення сутності інновації. Найбільш придатними, з нашої точки зору, для цілей проведеного дослідження можна виділити дві точки зору:

- нововведення представляється як результат творчого процесу у вигляді нової продукції (техніки), технології, методу і т.д.;
- нововведення представляється як процес введення нових виробів, елементів, підходів, принципів, замість діючих.

В.Я. Брич в своїх дослідженнях розділяє поняття «нововведення» та «інновація», так як, на його думку, не кожне нововведення стає чимось особливим. «Інновація, – пише В.Я. Брич, – кінцевий результат впровадження нововведення з метою зміни об'єкта, управління і отримання економічного, соціального, екологічного, науково-технічного

або іншого виду ефекту. А процес перетворення нововведення в інновацію або основну продукцію становить сутність інноваційної діяльності» [2].

Найбільш комплексне тлумачення інноваційного економічного процесу призводить О.Баєва, визначаючи його «як комплексний процес створення, поширення і використання нового практичного засобу (нововведення) для нової або для кращого задоволення вже відомої потреби людей; одночасно це є процес сполучених з введенням даного нововведення змін в тій же соціальній та речовій середовищі, в якій відбувається його життєвий цикл»[3].

Незважаючи на великий розкид думок з даної проблематики, нам представляється найбільш підходящим визначення інновацій, наведене в працях В.А.Огнев, який вважає, що «інновація – це комерційне використання результатів творчої діяльності, спрямованої на розробку, створення і поширення нових конкурентоспроможних видів продукції, технологій, форм і методів управління, основу яких складають об'єкти інтелектуальної власності»[7].

В контексті цілей нашого дослідження під інноваційними технологіями управління слід розуміти, як нам представляється, результат використання наукових досліджень і розробок, спрямованих на вдосконалення економічних і управлінських відносин в процесі виробництва медичних послуг. Цей термін може мати різні значення в різних контекстах, однак їх вибір залежить від конкретних цілей вимірювання або аналізу. В даному випадку Інновація – це кінцевий результат інноваційної діяльності, що одержав реалізацію у вигляді удосконаленої управлінської складової процесу надання медичної послуги, що реалізується на ринку медичних послуг.

На жаль навіть в «Концепції інноваційної політики України на 2010-2020 роки» ці види Інновацій не знайшли свого відображення і розглядаються тільки як «кінцевий результат інноваційної діяльності, отримавши й реалізацію у вигляді нового або вдосконаленого продукту, який реалізується на ринку, нового або вдосконаленого технологічного процесу, використовуваного в практичній діяльності».

За своїм основним ознаками найважливішим властивістю інновацій та інноваційної діяльності є їх відносно тривалий і витратний в порівнянні з виробництвом, реалізацією та інвестуванням процес життєвого циклу нововведень.

По-друге, інновації відрізняються від інших стадій життєвого циклу нововведень підвищеним рівнем невизначеності, високими ризиками, низькою передбачуваністю результатів і, отже, проблематичною і ймовірнісною віддачею. Однак в системі охорони здоров'я рівень передбачуваності результатів інноваційних проектів є досить високим і ефективність його досить передбачувана і визначена.

Третє внутрішньо властиве інновацій властивість обумовлена їх прикладним характером і практичним призначенням.. Успішні інноваційні технології управління можуть істотно вплинути на стан лікувального закладу, систему охорони здоров'я в цілому, його структуру і ефективність.

Таким чином, можна зробити висновок, що на відміну від традиційних технічних і технологічних інновацій інноваційні технології управління в медичній установі характеризуються високим ступенем передбачуваності, визначеності та ефективності.

Методологія системного опису інновацій в умовах ринкової економіки базується на міжнародних стандартах, розроблених стосовно до технологічних інновацій і охоплюють нові продукти і процеси, а також їх значні технологічні зміни. Інновація в медичній установі вважається здійсненою в тому випадку, якщо вона впроваджена на ринку медичних послуг або в процесі їх надання (управлінські, організаційні та економічні). Відповідно розрізняються два типи технологічних інноваційної: продуктові і процесні.

Процесні інновації в медичній установі – це освоєння нових або значно вдосконалених медичних послуг, а також організації процесу їх надання. При цьому надання цих послуг неможливо при використанні наявного обладнання або застосовуваних методів їх надання.

Всі існуючі визначення інновацій в економічній літературі класифікуються за п'ятьма основними підходами: об'єктному (у вітчизняній літературі в цьому випадку в якості визначається терміна часто виступає термін «нововведення»); процесного; об'єктно-утилітарному; процесно-утилітарного; процесно-фінансовому.

В рамках процесного підходу під інноваційними технологіями управління стосовно до медичної установи розуміється комплексний процес, що включає розробку і впровадження нових організаційно-економічних і управлінських технологій процесу надання медичних

послуг, а не їх виробництва.

Об'єктно-утилітарний підхід до визначення терміна «інновація» характеризується двома основними моментами.

По-перше, в якості інновації розуміється об'єкт – нова споживча вартість, заснована на досягненнях науки і техніки.

По-друге, акцент робиться на утилітарною стороні нововведення – здатності задовольнити суспільні потреби в медичних послугах з великим корисним ефектом. На відміну від об'єктно-утилітарного процесно-утилітарний підхід до визначення терміна «інновація» полягає в тому, що в даному випадку інновація представляється як комплексний процес створення, поширення і використання нового практичного засобу.

В рамках процесно-фінансового підходу під інноваційними технологіями управління в медичній установі слід розуміти процес управління інвестиціями в новації, реалізації механізму вкладення коштів у розробку нових управлінських і організаційно-економічних форм надання медичних послуг.

У всіх наведених визначеннях термін «інновація» трактується стосовно конкретної формальної ситуації. Однак в цих підходах не розкривається економічна сутність інновації, немає чітких критеріїв визначення інновації з позицій її економічних результатів. Внаслідок цього будь-яке нововведення, в тому числі менш прогресивне, неефективне нововведення, можна трактувати як інновацію.

Саме інновації стають головною «дійовою особою» теоретичних сценаріїв і практичної реалізації – сучасної науково-технічної революції, кілька відтіснивши інвестиції, панівні багато років в якості головного чинника економічного зростання. До сих пір в теоріях, як правило, українських економістів, що стосуються розширеного відтворення, нарощування обсягу капітальних вкладень й розглядається як основна умова НТП і економічного розвитку взагалі, і в системі охорони здоров'я зокрема. Це в більшості випадків пов'язано з тим, що характер відтворення в нашій країні, в тому числі і в медичній установі, продовжує носити явні риси екстенсивного розвитку, але головне полягає в тому, що в цих теоретичних побудовах ніколи не було місця інноваційним технологіям управління.

Однак принципова підвищення ролі нововведень викликано в першу чергу зміною ринкової ситуації: характером конкуренції,

переходом від звичної статичної до динамічної конкуренції. Ця обставина багато в чому визначило особливості взаємодії інновацій і ринку на сучасному етапі.

Таким чином, управлінська інноваційна продукція в медичній установі повинна розглядатися як результат впровадження процесних (управлінсько-технологічних) інновацій, нові (знову запроваджені) або зазнали удосконалення управлінські та організаційно-економічні форми процесу надання медичних послуг, виробництво яких засновано на нових або значно вдосконалених методах (інша інноваційна продукція). При цьому інша інноваційна продукція є результатом впровадження процесних інновацій. Вона включає послуги, вироблені на базі передового досвіду при впровадженні нових або вдосконалених методів управління процесом їх надання, реалізованих раніше в медичній практиці інших країн або лікувально-профілактичних установах і які розповсюджуються шляхом технологічного обміну (безпатентні ліцензії, ноу-хау, інжиніринг).

Інноваційний управлінський процес в медичній установі можна визначити як процес перетворення медико-технологічного, організаційно-економічного та управлінського знання в інновацію, і який можна уявити як послідовний ланцюг управлінських рішень, в ході яких інновація визріває від ідеї до конкретного продукту, організаційно-управлінської технології або послуги і поширюється при практичному використанні. В даному випадку інноваційний процес не закінчується впровадженням, тобто першою появою на ринку нового продукту, послуги або нової управлінської технології. Цей процес не переривається і після впровадження, бо в міру поширення (дифузії) нововведення вдосконалюється, робиться більш ефективним, набуває раніше невідомі споживчі властивості. Це відкриває для нього нові області застосування і ринки, а, отже, і нових споживачів, які сприймають дану управлінську технологію як нову саме для себе.

Таким чином, цей процес спрямований на створення необхідних ринком технологій або послуг і здійснюється в тісній єдності із середовищем, а його спрямованість, темпи, цілі залежать від соціально-економічного середовища, в якій він функціонує і розвивається. Основою інноваційного управлінського процесу в медичній установі є процес освоєння нової техніки і засобів комунікації, як сукупності

речових факторів виробництва, в яких матеріалізовані нові знання і вміння людини.

Тому під інноваційної управлінською діяльністю в медичній установі ми розуміємо діяльність, спрямовану на використання результатів наукових досліджень і розробок для вдосконалення організаційно-економічних і управлінських технологій, що ведуть до підвищення ефективності функціонування всієї системи охорони здоров'я в цілому. Інноваційна управлінська діяльність в медичній установі передбачає цілий комплекс наукових, технологічних, – організаційних, економічних, фінансових і комерційних заходів, які у своїй сукупності призводять до інновацій і тісним чином пов'язані з безпосередньою медичною діяльністю лікувального закладу. Процес інноваційної управлінської діяльності в даному випадку являє собою єдність медико-технологічної, управлінської та економічної складових процесу створення нововведення.

У розрізі даного визначення різновидами основних видів інноваційної діяльності в медичній установі можуть бути:

а) підготовка і організація процесу виробництва медичної послуги, що охоплюють придбання медичного та комунікаційного обладнання та інструменту, зміни в них, а також в процедурах, методах і стандартах виробництва і контролю якості медичної допомоги, необхідних для створення нового медико-технологічного процесу;

б) розробки, що включають модифікації технологічного, управлінського і організаційно-економічного процесів, перепідготовки медичного, економічного та управлінського персоналу для застосування нових технологій і обладнання;

в) маркетинг нових видів управлінських технологій, що передбачає види діяльності, пов'язані з випуском нової управлінської технології на ринок, включаючи попереднє дослідження ринку, адаптацію продукту до різного типу ринків, рекламну кампанію;

г) придбання технології з боку у формі патентів, ліцензій, розкриття ноу-хау, торгових марок, конструкцій, моделей і послуг технологічного змісту;

д) придбання медичного та комунікаційного обладнання, за своїм технологічним змістом пов'язаних з впровадженням процесних інновацій;

е) виробниче проектування, що включає підготовку планів і графіків для визначення медико-виробничих організаційно-технологічних процедур, технічних специфікацій.

Інноваційні технології управління в медичній установі можна класифікувати по ряду ознак. Так, за ступенем радикальності, їх значимості в соціально-економічному розвитку інноваційні технології управління можна поділити на базисні, поліпшуючі і псевдоінновації (раціоналізують). В системі управління охороною здоров'я створюються, як правило, поліпшують (так звані природні) інновації, пов'язані з поліпшенням властивостей існуючих процесів надання медичних послуг та вдосконалення їх організаційно-економічних форм.

По спрямованості результатів інноваційні технології управління діляться на інновації в якості наукового інструментарію, інновацій-процеси та інновації-продукти. Існують і інші класифікації інновацій відповідно до тієї роллю, яку вони відіграють у розвитку тієї чи іншої господарської системи, якою є охорона здоров'я. Класифікація інноваційних технологій управління за ступенем новизни передбачає розподіл сукупності інновацій на однорідні за рівнем новизни групи з метою оцінки їх значимості. Поняття новизни інновації може ставитися як до продукту або технологічного процесу в цілому в разі його абсолютної новизни або тільки до деяких його елементів, що змінює функції і характеристики існуючого продукту або процесу, що адекватно інноваційним процесам в організаційно-економічній системі охорони здоров'я. З цих позицій представляється можливим виділяти поліпшують інновації, що стосуються значного удосконалення існуючих продуктів, а також інновації, пов'язані з впровадженням нових або в значній мірі вдосконалених методів управління процесом надання послуг в медичній установі.

Класифікацію інноваційних технологій управління в медичній установі за ступенем новизни можна здійснювати як за технологічними параметрами, так і – з ринкових позицій. З точки зору технологічних параметрів інновації підрозділяються на:

а) продуктові, які передбачають застосування нових організаційно-економічних і управлінських функцій (принципово нові послуги і продукти);

б) процесні, що передбачають нову технологію організації

управлінських процесів в медичній установі, більш високий рівень автоматизації, нові методи організації роботи економічних служб.

Комплексний характер інноваційних технологій управління, їх різносторонність і різноманітність областей і способів використання вимагають подальшої розробки їх класифікації. Найбільш повно розкрити сутність, місце і роль інноваційних технологій управління в медичній установі може допомогти класифікація інновацій за різними ознаками, запропонована І.М. Солоненко [5]. Нами пропонується власна трактування класифікації інноваційних технологій управління, використання якої дозволить оцінювати їх конкретніше, повніше, об'єктивніше, комплексно визначати їх результативність і напрямки інноваційного процесу, що вимагають коректування або підтримки, а також виявляти неоднорідність інновацій і підбирати методи управління кожної з них, адекватні особливостям кожного інноваційного процесу:

– управлінсько-технологічні, що виникають при застосуванні поліпшених, більш досконаліх способів організації і управління процесами надання медичних послуг;

– організаційно-управлінські пов'язані, перш за все, з процесами оптимальної організації лікувально-діагностичного процесу;

– інформаційно-управлінські, властиві вирішення завдання організації раціональних інформаційних потоків в процесі надання медичної допомоги, підвищення достовірності і оперативності отримання інформації.

Різні види інноваційних технологій управління знаходяться в тісному взаємозв'язку і пред'являють специфічні вимоги до інноваційного механізму. Так, технічні та технологічні інновації, впливаючи на зміст виробничих процесів, одночасно створюють умови для інноваційних технологій управління, оскільки вносять зміни в організацію процесу виробництва та надання медичних послуг.

Наведені класифікації свідчать про те, що процеси нововведень різноманітні і різні за своїм характером. Отже, форми організації нововведень, масштаби і способи впливу на економіку, а також методи оцінки їх ефективності теж повинні відрізнятися різноманітністю. Використовуючи відомі підходи до класифікації інновацій, можна побудувати класифікатор, який має практичне значення для створення системи управління інноваціями.

Таким чином, в даний час інноваційні медичні та організаційно-управлінські технології в охороні здоров'я можуть стати основою не тільки розвитку, але і виживання лікувально-діагностичних установ.

Тільки на базі інноваційних управлінських технологій можна успішно розвиватися в умовах запеклої конкурентної боротьби між учасниками ринку медичних послуг. Умови діяльності лікувальних установ ускладнюються тим, що зовнішнє середовище динамічно змінюється, зростають фактори ризику. Керівникам медичних організацій та установ доводиться працювати в умовах невизначеності, пристосовуватися до несприятливих факторів, що діють в галузі. У цих складних умовах можуть вижити і успішно розвиватися тільки ті лікувальні та діагностичні заклади, які орієнтуються на використання передових медичних і організаційно-управлінських технологій. Така організація діяльності найбільш надійно захищає їх від несприятливих факторів ринку.

5.2. Завдання і функції інноваційного менеджменту в медичній установі

Інноваційні процеси представляють собою досить специфічний, масштабний, складний і різноманітний за своїм змістом об'єкт управління, який для ефективного розвитку потребує використання спеціальних форм і методів управлінського впливу. В сучасних умовах докорінного реформування економічної організаційної та управлінської системи охорони здоров'я, коли нововведення – стали неодмінним елементом усіх структур від органів державного управління охороною здоров'я до великих і дрібних лікувально-профілактичних установ, використання наукових методів інноваційного менеджменту стає важливим фактором їх виживання на ринку медичних послуг.

Цей найбільш відповідальний і часто повторюваний елемент менеджменту становить суть діяльності управлінців в інноваційній сфері. Так, менеджмент в лікувально-профілактичному закладі передбачає встановлення відповідно до протоколу лікування хворого певних вимог до рівня обґрунтованості прийнятих управлінських (як медико-технологічних, так і організаційно-економічних) рішень, методів і процедур їх підготовки, прийняття та реалізації. У той же час як вид діяльності інноваційний менеджмент в медичній установі передбачає

розподіл завдань і закріплення процедур за їх конкретними виконавцями – лікарями, завідуючими відділеннями, заступниками головного-лікаря, головними лікарями, керівниками різного рівня міністерства охорони здоров'я території.

Інноваційний менеджмент в медичній установі представляє галузь економічної науки і професійної діяльності, пов'язану з формуванням і забезпеченням досягнення лікувально-профілактичними установами або територіальними системами охорони здоров'я інноваційних цілей шляхом раціонального використання матеріальних, трудових, фінансових та інформаційних ресурсів. При цьому інноваційний менеджмент в системі охорони здоров'я є однією з різновидів функціонального, безпосереднім об'єктом якого виступають інноваційні процеси в усьому їх різноманітті, здійснювані в медичній установі. Одним з найважливіших видів ресурсів системи охорони здоров'я є інформація, від своєчасного і повноцінного використання якої залежить здоров'я, як окремого індивіда, так і населення регіону в цілому.

Інноваційний менеджмент як апарат управління інноваціями передбачає структурне оформлення інноваційної діяльності. Інноваційна діяльність здійснюється, як правило, в охороні здоров'я певними групами людей, свідомо координують свою діяльність для досягнення певних цілей.

Поняття менеджменту як апарату управління інноваціями в охороні здоров'я сьогодні практично не використовується. По-перше, лікувальні установи не в змозі за своїм функціональним призначенням формувати інституціональний напрям управління інноваціями, що володіє ієрархічною структурою і складається зі спеціалізованих органів управління. По-друге, інститут менеджерів в охороні здоров'я на рівні лікувальних установ практично відсутня. Однак даний напрямок сьогодні починає формуватися на рівні органів управління охорони здоров'я, керівників різних рівнів, які виступають об'єктами управління, наділених обмеженими повноваженнями в прийнятті реалізації управлінських рішень і володіють певною відповідальністю за результати інноваційної діяльності в медичній установі.

При цьому в процесі моделювання для управління інноваційними процесами в медичній установі, як правило, використовуються статистичні факторні моделі, побудовані на основі кореляційних і

регресійних залежностей. При цьому функціональна концепція розглядає інноваційний менеджмент як сукупність управлінських функцій і процесів прийняття управлінських рішень.

Існують різні класифікації функцій управління інноваціями, засновані на різноманітних принципах. При цьому під функцією управління розуміються відносно відособлені напрямки управлінської діяльності, що дозволяють здійснювати певні дії, що управляють на інноваційний процес, планування, організація і контроль інновацій, а також прогнозування. Функціональна концепція базується на раціональному розподілі праці в управлінні інноваціями, спеціалізації управлінських ланок тільки на рівні територіальних органів управління охороною здоров'я та оптимізації кожного прийнятого управлінського рішення. При цьому характерно ретельне регламентування процедурних аспектів управління інноваціями на основі спеціальних положень про відділи та служби, посадових інструкцій, делегування повноважень і обов'язків. В рамках функціональної концепції найбільший розвиток отримало економіко-математичне моделювання процесів прийняття рішень в кожній з функцій управління. У практиці управління інноваційною діяльністю широко використовуються оптимізаційні моделі формування тематичних планів інноваційної діяльності, календарного планування робіт, в тому числі мережні методи планування, моделі оптимізації організаційної структури інноваційних організацій. Найчастіше ці моделі не носять системного характеру і дозволяють знаходити локальні оптимізаційні рішення для окремої функції управління інноваціями.

Системний підхід до інноваційного менеджменту передбачає розгляд інноваційної організації як складної організаційної системи, що складається із сукупності взаємообумовлених елементів, орієнтованих на досягнення певних цілей розвитку з урахуванням ендегенних (внутрішніх) і екзогенних (зовнішніх) чинників розвитку. Системний підхід забезпечує динамічний облік всієї множини впливають на управлінське рішення чинників і розгляд їх у взаємній зв'язку з зовнішніми і внутрішніми тенденціями розвитку інноваційного середовища.

Сучасна ситуація в інноваційній сфері вимагає істотної трансформації традиційних поглядів на інноваційний менеджмент, особливо в медичній установі, так як значні зміни зазнає сам об'єкт

управління. Інноваційні процеси набувають безперервний характер, підвищується комплексність розв'язуваних проблем і їх залежність від швидко мінливих зовнішніх факторів. Принципова схема аналізу сучасної ситуації в інноваційній сфері і пов'язана з цим трансформація поглядів на інноваційний менеджмент представлена на рис. 1.



Рис. 1. Аналіз ситуації сучасного інноваційного менеджменту в медичній установі

Трансформація уявлень про проблеми інновацій в сучасних умовах визначила виникнення ситуаційного підходу до інноваційного менеджменту, який найбільшою мірою відповідає завданням моделювання інноваційних технологій управління в медичній установі.

Такий підхід синтезує досягнення кожної з перерахованих концепцій для конкретних інноваційних ситуацій як сукупності значень факторів, що впливають на функціонування або розвиток певного інноваційного проекту в конкретний період часу.

Ситуаційний підхід передбачає можливість аналізу зовнішніх і внутрішніх факторів успіху інновацій, систематизації можливих варіантів оптимальних для ситуації, що склалася управлінських рішень. Значним внеском цієї управлінської концепції в теорію інноваційного менеджменту є те, що вона містить рекомендації щодо застосування конкретних методів для прийняття рішень в певних ситуаціях. Для менеджера ситуаційний підхід відкриває значні можливості творчого використання різноманітного інструментарію, накладаючи при цьому велику відповідальність за вибір адекватних ситуації прийомів управління.

Кінцева мета інноваційного менеджменту в медичній установі полягає в забезпеченні ефективного функціонування управлінських процесів, покликаних підвищити керованість системи охорони здоров'я як на рівні лікувального закладу, так і на рівні території в цілому. Інакше кажучи, необхідно розглядати управління системою охорони здоров'я як об'єкт інноваційної діяльності, тоді і критеріями ефективності організації інноваційних процесів в організаційно-економічній системі охорони здоров'я в сучасних умовах виступатимуть також економічні параметри, що дозволяють порівнювати витрати на створення інноваційної моделі управління і отриманий економічний і соціальний ефект в наслідок її впровадження.

Скорочення управлінських витрат на надання медичної допомоги, прибутковість інноваційних технологій управління виступають при цьому не як мета, а як найважливіша умова і результат здійснення ефективної медичної діяльності. При цьому менеджмент покликаний забезпечити ефективне і узгоджене функціонування всіх зовнішніх і внутрішніх елементів процесу управління. Такий стан інноваційної системи називається гармонією. Гармонізація інноваційної моделі управлінського процесу і становить основну цільову завдання інноваційного менеджменту, який сам по собі змушений підлаштовуватися під нову, інноваційну модель управління.

Завдання управлінської гармонізації по відношенню до організаційно-економічної інновації має ендогенний і екзогенний

аспекти. Ендогенна управлінська гармонізація в медичній установі передбачає узгодження всіх внутрішніх структурних елементів системи, її підсистем і, перш за все, клінічних, фінансових, організаційно-структурних, управлінських та інших. Для її забезпечення необхідно створення спеціальної системи внутрішнього управління, в якій вирішуються такі завдання як вироблення стратегічної інноваційно-управлінської концепції, визначення тематичних напрямків діяльності і формування інноваційних проектів і програм, побудова організаційної структури та структури управління інноваційної моделі, інтеграція медико-виробничих і організаційно-управлінських процесів та інноваційної технології, підбір і розстановка кадрів, календарний розподіл робіт і контроль за їх виконанням, створення творчої атмосфери і високої мотивації інтелектуальної праці.

Екзогенна управлінська гармонізація передбачає узгодження інноваційного управлінського процесу системами зовнішнього середовища і реалізується через спеціальні процедури цільової орієнтації інноваційної діяльності та врахування обмежень цього середовища. В інноваційному менеджменті екзогенна гармонізація передбачає вирішення завдань з формування довго- і короткострокових цілей інноваційної управлінської моделі, з урахуванням особливостей системи охорони здоров'я в цілому, організації та проведення маркетингових досліджень, організації та залучення необхідних джерел фінансування, оцінці і використанню прогресивного досвіду і передових досягнень конкурентів, організації кооперації в інноваційних програмах.

За своїм змістом і за часом гармонізація інноваційна модель управління в охороні здоров'я також має стратегічну та оперативну форми. Стратегічна форма гармонізації сприяє довгостроковому вимогу інноваційної моделі управління як продукту і забезпечується стратегічним менеджментом, спрямованим на формування стратегічних інноваційних цілей і проектів. Оперативна гармонізація виступає засобом реалізації обраної стратегії розвитку і забезпечується системами оперативного менеджменту інноваційної діяльністю. Так, якщо з точки зору стратегічних цілей інноваційна діяльність в медичній установі спрямована на підвищення керованості всієї системи охорони здоров'я, то з точки зору-оперативного менеджменту його завданням є розробка і реалізація організаційно-управлінських технологій.

Зміст інноваційного менеджменту визначається складом функцій і процесів управління, здійснення в ході підготовки і проведення інноваційних заходів. Під функціями менеджменту, як уже зазначалося, прийнято розуміти склад загальних завдань управління, що вирішуються при здійсненні інновацій. Йдеться про такі завдання управління, склад і зміст яких в мінімальному ступені залежать від специфіки конкретного інноваційного проекту (його масштабів, галузевої приналежності, призначення і т.п.) і становлять зміст будь-якого процесу управління. Різноманіття інноваційних процесів, їх складність і різноманітність умов здійснення надзвичайно ускладнюють будь-яку спробу типізації процесів управління ними або їх регламентації.

У теоретичних роботах і в практичній діяльності використовуються різні систематизації функцій інноваційного менеджменту. Нам видається правильним виділяти дві групи функцій інноваційного менеджменту: основні (предметні) і забезпечуючі.

Предметні функції менеджменту є найбільш загальними для всіх видів і будь-яких умов здійснення інновацій. Ці функції менеджменту відображають зміст основних стадій процесу управління інноваційною діяльністю і виділяють предметні області управлінської діяльності на всіх ієрархічних рівнях. Інноваційний менеджмент в медичній установі передбачає здійснення наступних основних (предметних) функцій: формування цілей, планування, організація і контроль (див. рис. 2).

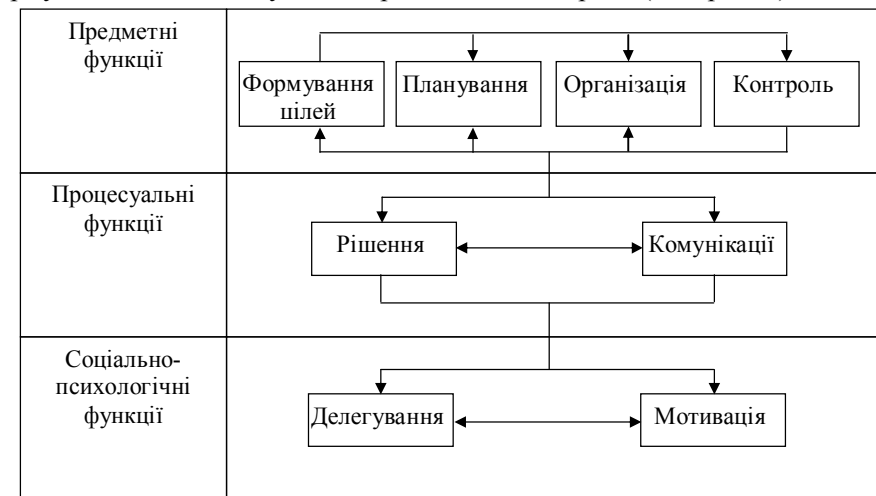


Рис. 2. Функції інноваційного менеджменту в медичній установі

Щоб забезпечити функції інноваційного менеджменту включають управлінські процеси і інструменти, що сприяють ефективному здійсненню предметних функцій управління інноваційною діяльністю. До них можна віднести соціально-психологічні та технологічні, або процесуальні, функції менеджменту. Соціально-психологічні функції менеджменту пов'язані в основному з характером виробничих відносин в колективі і містять два різновиди функцій: делегування і мотивацію. Головна передумова успішного менеджменту в інноваціях полягає в гармонізації відносин між людьми – учасниками інноваційних процесів, в створенні і підтримці сприятливого виробничого і психологічного клімату в організації. Це в значній мірі досягається способами раціонального делегування повноважень і мотивації праці виконавців.

З процесуальних функцій менеджменту виділяється два види діяльності, які складають зміст праці менеджера будь-якого рівня ієрархії: рішення і комунікації. За сутністю процесуальні функції менеджменту є основними засобами реалізації предметних і соціально-психологічних функцій в процесі інноваційної діяльності в системах.

Функція комунікації в інноваційному менеджменті полягає в підготовці, отриманні, переробці і передачі інформації для успішного просування інновацій. Так як інновації практично завжди пов'язані з новою інформацією, комунікаційна функція управління має особливо велике значення і є специфічним елементом інноваційного менеджменту, а в розглянутому дослідженні і предметом інноваційної діяльності в медичній установі. Інноваційна діяльність передбачає в даному випадку, в тому числі розробку і впровадження інноваційної моделі управління інформаційними потоками в медичній установі.

Вся поточна діяльність в інноваційній сфері пов'язана із здійсненням саме комунікаційної функції, що полягає у формуванні механізму збору і обробки клінічної та організаційно-економічної та управлінської інформації, передачею її вищим і підлеглим співробітникам, встановленням контактів і розподілом завдань виконавцям, координації їх діяльності та ін. Ця функція інноваційного менеджменту пов'язана із застосуванням особливих методів та інструментів і вимагає створення спеціальних інформаційних структур, так їх як інформаційно-аналітичні системи.

Слід зауважити, що предметні, соціально-психологічні та процесуальні аспекти управління, взаємно доповнюючи один одного, створюють цілісну систему основних функцій інноваційного менеджменту, що дозволяє диференціювати методи і прийоми управлінського впливу на інноваційну діяльність.

Предметні функції менеджменту визначають зміст процесу управління інноваціями і включають формування цілей інноваційної діяльності, планування інновацій, організацію робіт та контроль за здійсненням інновацій. Взаємозв'язок і логічна послідовність здійснення основних функцій в процесі управління інноваціями представлені на рис. 3.

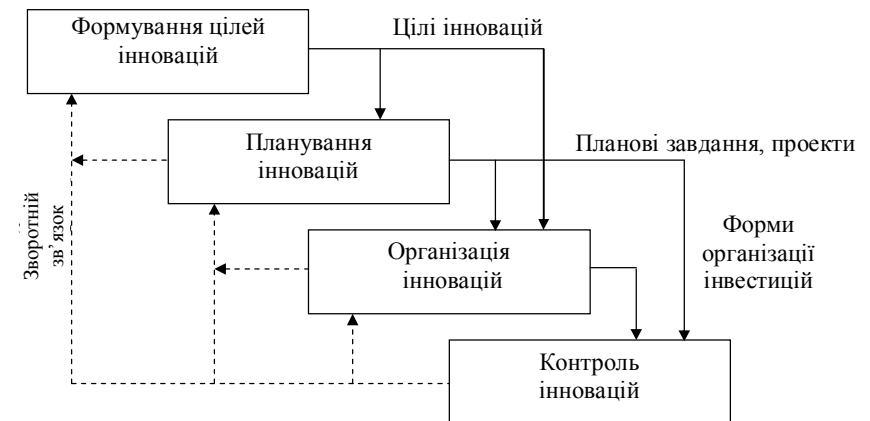


Рис. 3. Взаємозв'язок і логічна послідовність здійснення основних функцій в процесі управління інноваціями

Формування цілей інноваційної діяльності як процес управління відповідно до принципової схемою починається з формування системи цілей і завдань інноваційної діяльності (або проекту) на певний період часу. Мета в інноваційному менеджменті – це необхідний або бажаний стан інноваційної – системи в-планованому-періоді, – виражене сукупністю характеристик. Мета організації або діяльності повинна встановлювати певні орієнтири їх розвитку на задані періоди часу. Таким чином, мета організації, з одного боку, є результатом прогнозів і оцінки ситуації, а з іншого боку, виступає обмеженням для планованих інноваційних заходів. Процес формування цілей становить одну з найважливіших процедур інноваційного менеджменту, що є

складовою частиною і вихідним пунктом всіх планових розрахунків в інноваційній сфері.

Планування як функція інноваційного менеджменту передбачає формування основних напрямків і пропорцій інноваційної діяльності відповідно до встановлених цілей розвитку системи охорони здоров'я, можливостями її ресурсного забезпечення та наявними потребами в них. Значення планування інновацій полягає в тому, що в ході планових розрахунків забезпечується:

- деталізація цілей інноваційної діяльності і доведення їх до окремих структурних ланок і виконавців;
- встановлення складу реалізованих проектів;
- розподіл завдань по учасниках інноваційних проектів;
- визначення складу необхідних ресурсів, узгодження черговості та термінів реалізації окремими х робіт і створення умов для виконання завдань, встановлених на кожен період часу.

Необхідність планування інновацій в сучасних умовах зв'язана з розширенням масштабів і ускладненням інноваційних проектів; багатоваріантністю і імовірнісним характером інноваційних процесів; розвитком спеціалізації і розширенням кооперації в інноваційній сфері; розширенням господарської самостійності лікувальних установ і підвищенням їх економічної відповідальності за результати впровадження інноваційних технологій управління. Все перераховане об'єктивно вимагає проведення ретельної планової опрацювання управлінських рішень в інноваціях. В рамках цілісної системи інноваційного менеджменту планування виконує такі основні завдання [1]:

- структурування цілей інноваційної діяльності і доведення їх до окремих виконавців;
 - формування програм заходів, наукових, технічних і виробничих завдань, вирішення яких забезпечить досягнення встановлених цілей розвитку;
 - тимчасову і просторову взаємозв'язок окремих цілей, підцілей, заходів і виконавців;
 - оцінку матеріальних, трудових, фінансових та інформаційних ресурсів, необхідних для реалізації прийнятих інноваційних програм;
 - регулювання ходу виконання робіт за інноваційними проектами.
- Структура і методи планування інновацій повинні враховувати такі

специфічні риси цієї сфери діяльності, як імовірнісний характер змісту і результатів інновацій, масштабність наслідків їх реалізації в медичній установі, перспективність і довготривалий характер наслідків інновацій, тривалий цикл робіт, велике число учасників і висока складність робіт. Різноманіття завдань планування в інноваційному менеджменті визначає необхідність формування в територіальних системах охорони здоров'я спеціалізованих структур планування, які об'єднують різні види планів в єдиний комплекс.

Види планів розрізняються по цілях, предмету, рівнями, змістом і періодами планування. Реалізація планових завдань вимагає створення певних організаційних структур, залучення виконавців, організації їх узгодженої діяльності. Сутність функції організації полягає в забезпеченні виконання планових завдань з метою реалізації прийнятої стратегії. Для цього слід встановити склад необхідних ресурсів і виконавців, розподілити завдання, скоординувати роботу виконавців у часі, налагодити кооперацію учасників, забезпечити контроль і взаємну інформацію тощо [2].

Організація інновацій становить одну з найважливіших функцій інноваційного менеджменту, здійснення якої є найбільш істотною частиною діяльності керівників всіх рівнів. Організація в інноваційному менеджменті забезпечує раціональне поєднання в часі і в просторі всіх елементів інноваційного процесу з метою найбільш ефективного виконання прийнятих планових рішень. На цій посаді організація інновацій виступає засобом виконання планових завдань і визначає умови, в яких вони будуть здійснюватися. Це положення є дуже важливим, так як воно вимагає гнучкої організації і динамічного зміни її в залежності від змісту тематики робіт.

Контроль як предметна функція менеджменту завершує управлінський цикл в інноваціях і, таким чином, гарантує ефективність здійснення всіх інших функцій. Сутність контролю в інноваційному менеджменті полягає в тому, що він забезпечує виконання встановлених планових завдань, спрямованих на безумовне досягнення прийнятих цілей розвитку в завданні, організаційних умовах.

До завдань контролю входять: збір і систематизація інформації про стан інноваційної системи і її результати; оцінка стану та отриманих результатів діяльності; аналіз причин відхилень і факторів, що

впливають на результати діяльності; підготовка і реалізація рішень, спрямованих на досягнення намічених цілей розвитку.

У системному поданні контроль виконує функцію зворотного зв'язку в процесі інноваційної моделі управління в медичній установі, коли інформаційні потоки в ньому спрямовані від об'єкта до суб'єкта управління, від лікаря до завідувача відділенням, потім до головного лікаря і міністерству.

Наявність зворотного зв'язку виступає обов'язковою умовою завершеності системи управління. Контроль в ній формується як цілісна підсистема, що має своє організаційне побудова, виконавчі органи, методи здійснення оцінки, аналізу і вироблення рішень, а також свою інформаційну базу. Відповідно до вимог ефективного менеджменту система контролю передбачає здійснення різних видів контрольної діяльності.

5.3. Комунікації як інструмент впровадження інноваційних технологій в медичній установі

Як відомо, технологія і методи інноваційного менеджменту складають зміст процесуальних функцій управління інноваціями. Вони відображають найбільш загальні елементи управління, які не залежать від характеру здійснюваних інновацій, масштабів інноваційної діяльності або галузі національної економіки. По суті процесуальні функції виражають єдину технологію реалізації всіх основних функцій управління в медичній установі, починаючи від формування цілей і планування інновацій і закінчуючи організацією і контролем інноваційних процесів. Процесуальні функції містять два головні компоненти інноваційного менеджменту: комунікації та рішення.

Практична діяльність менеджера будь-якого рівня в усіх сферах діяльності, тим більше в медичній установі, виражається в спілкуванні з людьми і полягає в отриманні, переробці, використанні та передачі інформації. Так керівник будь-якого рівня, в медичній установі починаючи від лікаря і закінчуючи міністром від 50 до 90% свого часу витрачає на роботу з інформацією. Інформація, таким чином, становить один з центральних елементів управлінської діяльності в медичній установі. При цьому під інформацією в менеджменті розуміються цілеспрямовані знання, які використовуються для аналізу ситуації і

прийняття управлінських рішень [1, 2].

Обсяг і зміст інформації в медичній установі залежать від масштабів і характеру здійснюваної управлінської діяльності. Сучасні медичні установи змушені використовувати в своїй діяльності величезні обсяги різноманітної медичної, науково-технічної, технологічної, виробничої та економічної інформації, що становить зміст внутрішньогалузевої інформаційної системи. Рівень інформаційного забезпечення, якість інформаційної системи, її повнота, оперативність і гнучкість мають життєво важливе значення, як для пацієнтів, так і для системи охорони здоров'я в цілому. Однак не менш важливе значення мають і способи використання інформації для управління галузевої системою.

Зміст кожної конкретної інформації визначається потребами використовує її управлінської ланки і характером прийнятого управлінського рішення. У процесі здійснення медичної діяльності кожна особу, яка приймає рішення, концентрує у себе певну інформацію. Для підготовки і подальшої реалізації управлінського рішення керівник (завідувач відділенням, головний лікар, міністр) має зібрати, узагальнити і передати відповідну інформацію іншій особі або декільком особам. Обмін інформацією (медичної, юридичної, економічної) між учасниками медичної діяльності з метою ефективної організації лікувального процесу і становить сутність функції комунікації.

Елементарною ланкою комунікаційного процесу виступає комунікаційний осередок, що складається з комунікатора (передавача), комуніканта (приймача) і комунікаційного каналу. Як комунікатора може виступати будь-яка ланка структури, починаючи від пацієнта і закінчуючи лікарем, які приймають управлінське рішення. Саме у нього виникає змістовна ідея про предмет комунікації. Комунікатор як ініціатор інформаційного контакту визначає склад комунікантів (лікувально-діагностичних, які обслуговують і економічних служб) і вибирає форму комунікаційного каналу. Комунікант може представляти як елементи зовнішнього середовища і внутрішні ланки організації. По якості зовнішнього комуніканта в системі охорони здоров'я виступають органи управління охороною здоров'я, бюджети різних рівнів, інформаційні фонди і т.п. Внутрішні комуніканти визначаються вертикальними і горизонтальними зв'язками в середині лікувального

закладу, так і органу управління охороною здоров'я.

Активне і істотне значення для ефективності комунікації має правильний вибір комунікаційного каналу. В якості комунікаційного каналу використовується велика різноманітність носіїв інформації. Вибір конкретного носія залежить від характеру інформації, сталості, інтенсивності та періодичності використання каналу. В інноваційному менеджменті форма комунікаційного каналу повинна враховувати і емоційні аспекти, можливості аргументації, переконання, мобілізації виконавців. Поряд з технічними засобами передачі інформації в інноваційному менеджменті доцільно передбачати в якості комунікаційних каналів наради, конференції, семінари, активні форми вироблення рішень типу «мозкової атаки», та ін. Вибір комунікаційного каналу залежить і від того, чи є комунікація тимчасової, разової або відноситься до штатних форм діяльності менеджера. Постійні комунікаційні канали об'єднуються в комунікаційні мережі, які складаються з пунктів і зв'язків. У пунктах комунікаційні партнери виступають і як передавачі, і як приймачі інформації. Зв'язки визначають комунікаційні канали. Залежно від структури розрізняють зіркоподібні, кільцеподібні і повні комунікаційні мережі в менеджменті.

При зіркоподібній мережі, що використовується переважно в централізованих структурах організацій, комунікатор А має найкоротшу форму зв'язку з усіма комунікантами від Б до Е. В свою чергу всі комуніканти від Б до Е можуть зв'язуватися один з одним тільки через А. Даний тип комунікаційних зв'язків найбільш характерний на рівні відділення лікувально-профілактичного закладу.

При кільцевій структурі встановлюються стійкі комунікаційні зв'язки всіх суміжних партнерів. Найбільші можливості для комунікацій в системі охорони здоров'я надає повна структура мережі, при якій кожен з партнерів забезпечений прямим комунікаційним каналом. Слід мати на увазі, що це і найбільш дорога, складна і найменш Перешкодостійка структура. обов'язковим елементом первинної комунікаційної осередки виступає канал зворотного зв'язку, без якого немислимий дієвий обмін інформацією, контроль повноти і правильності засвоєння інформації, що передається. За твердженням фахівців, до другого рівня ієрархії керівників доходить зазвичай лише 63% переданої інформації, до третього рівня – 40, до четвертого – 20% [2]. Якісно змінити подібне

співвідношення в великих структурних підрозділах системи охорони здоров'я зі складною структурою можливо тільки при ретельній організації зворотних комунікаційних зв'язків.

Інноваційна модель управління інформацією в медичній установі покликана забезпечити раціональну організацію інформаційних потоків з метою забезпечення ефективного управління структурним підрозділом. Основними завданнями комунікацій є: визначення і планування потреби в інформації для кожного ланки управління; організація інформаційного забезпечення системи управління; формування раціональних способів і процедур підготовки та реалізації управлінських рішень; розробка і впровадження прогресивних інформаційних технологій в управлінні; координація і контроль управлінських рішень, забезпечення виконавської дисципліни; розробка і реалізація єдиної технічної політики в галузі інформаційних технологій в управлінні.

Незважаючи на істотне значення технічних засобів в інформаційному забезпеченні інноваційних управлінських процесів, слід мати на увазі, що комунікаційна функція менеджменту має значно ширше коло завдань. Вона виступає сполучною ланкою між формуванням цілей, плануванням, організацією і контролем інновацій та забезпечує їх якісне виконання.

Спеціалізація і формування лікувально-діагностичних закладів, які надають високотехнологічну медичну допомогу, поряд з постійно ускладнюється їх організаційною структурою, призводить до розширення розмаїття видів і форм комунікацій в управлінській діяльності. У теорії менеджменту і на практиці вироблені досить загальні рекомендації щодо способів та прийомів організації ефективної системи комунікацій в тій чи іншій сфері діяльності. В основу таких рекомендацій закладається, як правило, облік специфічних властивостей керованих об'єктів, складу учасників і характеру розв'язуваних спільно проблем.

Особливості інноваційних управлінських процесів, безумовно, пред'являють специфічні вимоги до організації комунікаційних відносин в медичній установі. Необхідно тут враховувати високий освітній та інтелектуальний рівень учасників інноваційної моделі управління, відносно високий рівень визначеності очікуваних результатів і пов'язану з ним невисокий ступінь ризику, багатоваріантність можливих рішень проблем і часто недостатність використання лише економічних критеріїв для їх оцінки.

Певну складність в організації комунікацій в інноваційних моделях управління становить і фактор перспективної орієнтації інноваційних проектів, прогнозний характер очікуваних наслідків у зовнішньому середовищі, різноманіття партнерів з різних галузей науки, техніки і виробництва, що особливо характерно для охорони здоров'я. Всі перераховані особливості інноваційної моделі управління повинні враховуватися при формуванні складу і видів комунікацій в системі охорони здоров'я. Принципове значення при диференціації комунікацій мають наступні ознаки: напрямок, сфера використання, спосіб і форма комунікаційних відносин. Залежно від напрямку розрізняють змістовні і процесуальні комунікації.

Змістовні комунікації фахівців пов'язані з виконанням ними специфічних функціональних обов'язків, що впливають із реалізованих інноваційних управлінських програм і мають професійний характер.

Процесуальні комунікації, часто звані організаційними і характерні більшою мірою для керівників різного рівня, мають регламентовану форму, періодичність і спрямовані на підтримку ефективного менеджменту

Ефективність комунікацій, як і будь-якого процесу, залежить від рівня їх організації. Головна мета організації комунікаційного процесу в медичній установі полягає в забезпеченні повноцінного, адекватного і доступного використання інформації, що передається при мінімальних витратах на менеджмент.

Як будь-яка організаційна завдання, проектування інноваційних управлінських комунікаційних процесів передбачає три основні фази робіт: – формування комунікаційної проблеми; пошук варіантів її вирішення; прийняття управлінського комунікаційного рішення (рис. 1).

Виходячи з алгоритму формування інноваційної моделі формування комунікаційної проблеми здійснюється після проектування її організаційної структури або при будь-яких змінах в ній відповідно до нових інноваційними програмами. Аналіз інформаційних втрат і розрахунок потреби в інформації виробляються на всіх ієрархічних рівнях і в усіх структурних підрозділах системи охорони здоров'я. Варіанти побудови формальних комунікаційних мереж формуються на основі альтернативних рішень в області структури інформаційних потоків, типу використовуваних комунікаційних каналів, встановлених

процедур. Альтернативні рішення проектуються для кожної групи лікарів, економістів ЛПУ, господарників в, управлінців і керівників як типові регламентні процедури комунікацій; Комунікаційне рішення, що містить регламент комунікаційних процедур для конкретного керівника, має прийматися з урахуванням мінімізації витрат на його реалізацію.



Рис. 1. Процес проектування інноваційної управлінської моделі в медичній установі

Процедура прийняття рішень в інноваційному менеджменті являє собою циклічний процес, в якому вихідна інформація трансформується в спрямовані впливу на об'єкт управління з метою приведення його у бажане або необхідний стан. У цьому процесі виділяють три відносно самостійні фази: – визначення проблеми рішення; формування альтернатив; прийняття і реалізація рішення (рис. 2).

Оцінка ситуації передбачає процедури зіставлення фактичного стану інноваційної проблеми з необхідним або передбаченим відповідним планом. Наявність розбіжностей означає появу загрози виникнення проблеми, що вимагає управлінського рішення. Під проблемою в даному випадку треба розуміти оцінку функціонування керованого об'єкта при скрутні досягнення поставлених цілей в сьогоденні або майбутньому. Оцінка ситуації повинна не тільки виявити наявність або відсутність відхилень, але і в разі існування останніх визначити ступінь їх небезпеки для функціонування медичної організації.

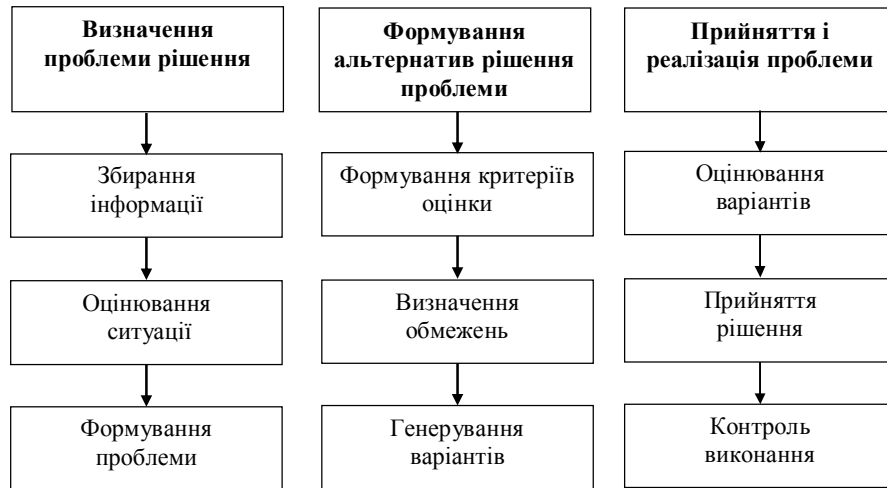


Рис. 2. Процес прийняття рішень в алгоритмі формування інноваційної моделі управління

Багато з поточних відхилень можуть бути компенсовані менеджером в оперативному порядку, без спеціальних управлінських рішень. Оцінка ситуації повинна не тільки виявити наявність проблеми, але і визначити необхідний ієрархічний рівень її рішення в менеджменті. Для цього в ході оцінки ситуації з'ясовуються конкретні причини, що викликали виникли відхилення, визначаються можливі сфери та наслідки їх впливу на діяльність, а складність ідентифікації проблеми в інноваціях посилюється недостатністю релевантної інформації та імовірнісним характером проведень між інноваційної діяльності.

Інноваційний менеджмент в кожній з його функцій і процедур передбачає використання різноманітних специфічних прийомів і методів, що забезпечують обґрунтування і прийняття раціональних управлінських рішень. Сукупність цих методів і прийомів, специфічних для різних функцій управління, становить методологію та методичний апарат інноваційного менеджменту. Методи інноваційного менеджменту в медичній установі є сукупністю правил і процедур виконання різних завдань управління інноваціями з метою вироблення раціональних з економічної точки зору управлінських рішень. Методи менеджменту вносять певну впорядкованість, обґрунтованість і ефективну організацію в побудову систем управління інноваційної діяльності.

Інноваційний менеджмент використовує як загальні методи менеджменту, що застосовуються в усіх сферах діяльності (виробництві, торгівлі, освіті, культурі та ін.), Так і спеціальні, що відображають специфіку інноваційної сфери в системі охорони здоров'я. Системна орієнтація менеджменту передбачає розгляд інноваційної діяльності як складної відкритої системи, що складається з взаємозв'язаних елементів і активно взаємодіє з навколишнім середовищем. Системна орієнтація дозволяє структурувати управлінські завдання і впорядковувати методи їх вирішення в рамках цілісної системи інноваційного менеджменту в охороні здоров'я і ефективно використовувати практичне моделювання в ньому інноваційних процесів.

Моделювання в останні десятиліття стало основною концепцією ефективних систем інноваційного менеджменту. Будь-яка приватна чи комплексна задача управління інноваціями має сьогодні ряд модельних варіантів її вирішення. Моделі дозволяють спростити складні інноваційні процеси, виділити в них найбільш значущі компоненти і зв'язку, провести експериментальну розробку управлінських ситуацій і здійснювати прогностичні розрахунки в умовах високої невизначеності і великої глибини попередження. В інноваційному менеджменті використовуються три базових типи моделей: фізичні, аналогові і математичні. Прикладом широко застосовуваних у практиці фізичних моделей можуть служити просторові планування комунікаційних мереж в лікувальних установах, які використовуються для розміщення комунікаційного та медичного обладнання і робочих місць співробітників.

Інтеграція всіх інноваційних завдань як фундаментальної основи підвищення ефективності системи охорони здоров'я в єдину інноваційну концепцію повинна припускати, що всі співробітники розуміють прийняту інноваційну концепцію розвитку системи охорони здоров'я і дотримуються її. При цьому всі сфери діяльності системи охорони здоров'я ефективно взаємодіють і узгоджено розвиваються в рамках цієї концепції, управлінські інноваційні проблеми орієнтовані на обмежені ресурси галузі, а інноваційний потенціал зосереджений в єдиному інформаційному просторі.

Процес створення і стимулювання плідного інноваційного клімату в системі охорони здоров'я передбачає розвиток міждисциплінарного і

позавідомчого мислення у розробників, розвиток критичного ставлення до досягнутих результатів в інноваціях, стимулювання інноваційної активності в системі охорони здоров'я.

Таким чином, в завершенні першого розділу дослідження можна зробити ряд теоретичних висновків щодо розгляду інноваційних технологій управління в медичній установі як предмета дослідження:

– проблеми інноваційних підходів до управління медичною установою, розробки та реалізації сучасних інноваційних технологій управління в цій сфері вітчизняній літературі досліджуються сучасними економістами вкрай недостатньо;

– під інноваційними технологіями управління слід розуміти, як нам представляється, результат використання наукових досліджень і розробок, спрямованих на вдосконалення економічних і управлінських відносин в процесі виробництва медичних послуг;

– інновація в контексті нашого дослідження є кінцевий результат інноваційної діяльності, що одержав реалізацію у вигляді удосконаленої управлінської складової процесу надання медичної послуги, що реалізується на ринку медичних послуг;

– на відміну від традиційних технічних і технологічних інновацій інноваційні технології управління в медичній установі характеризуються високим ступенем передбачуваності, визначеності та ефективності;

– інноваційний управлінський процес в медичній установі можна визначити як процес перетворення медико-технологічного, організаційно-економічного та управлінського знання в інновацію, і який можна уявити як послідовний ланцюг управлінських рішень, в ході яких інновація визріває від ідеї до конкретного продукту, організаційно-управлінської технології або послуги і поширюється при практичному використанні;

– під інноваційною управлінською діяльністю в медичній установі ми розуміємо діяльність, спрямовану на використання результатів наукових досліджень і розробок для вдосконалення організаційно-економічних і управлінських технологій, що ведуть до підвищення ефективності функціонування всієї системи охорони здоров'я в цілому;

– пропонується власна трактування класифікації інноваційних технологій управління, використання якої дозволить оцінювати їх конкретніше, повніше, об'єктивніше, комплексно визначити їх

результативність і напрямки інноваційного процесу, що вимагають коригування або підтримки, а також виявляти неоднорідність інновацій і підбирати методи управління кожної з них, адекватні особливостям кожного інноваційного процесу:

а) управлінсько-технологічні, що виникають при застосуванні поліпшених, більш досконалих способів організації і управління процесами надання медичних послуг;

б) організаційно-управлінські пов'язані, перш за все, з процесами оптимальної організації лікувально-діагностичного процесу;

в) інформаційно-управлінські, властиві вирішення завдання організації раціональних інформаційних потоків в процесі надання медичної допомоги, підвищення достовірності і оперативності отримання інформації;

– в даний час інновації медичні та організаційні управлінські технології в охороні здоров'я можуть стати основою не тільки розвитку, але і виживання лікувально-діагностичних установ. Тільки на базі інноваційних управлінських технологій можна успішно розвиватися в умовах запеклої конкурентної боротьби між учасниками ринку медичних послуг;

– інноваційний менеджмент як вид діяльності і процес прийняття, управлінських рішень, що і є предметом нашого дослідження, ми пропонуємо розглядати як сукупність відносно нових або щодо нового поєднання відомих процедур, складових нову загальну технологічну схему управління діяльністю медичної організації;

– поняття менеджменту як апарату управління інноваціями в охороні здоров'я сьогодні практично не використовується. По-перше, лікувальні установи не в змозі за своїм функціональним призначенням формувати інституціональний напрям управління інноваціями, що володіє ієрархічною структурою і складається зі спеціалізованих органів управління. По-друге, інститут менеджер в охороні здоров'я на рівні лікувальних установ практично відсутня. Однак даний напрямок сьогодні починає формуватися на рівні органів управління охорони здоров'я, керівників різних рівнів, які виступають суб'єктами управління, наділених обмеженими повноваженнями в прийнятті та реалізації управлінських рішень і володіють певною відповідальністю за результати інноваційної діяльності в медичній установі;

– необхідно розглядати управління системою охорони здоров'я як об'єкт інноваційної діяльності, тоді і критеріями ефективності організації інноваційних процесів в організаційно-економічній медичній установі в сучасних умовах виступатимуть також економічні параметри, що дозволяють порівнювати витрати на створення інноваційної моделі управління і отриманий економічний і соціальний ефект в результаті її впровадження;

– рівень інформаційного забезпечення, якість інформаційної системи, її повнота, оперативність і гнучкість мають, на відміну від інших господарських систем, життєво важливе значення, як для пацієнтів, так і для системи охорони здоров'я в цілому;

– особливості інноваційної моделі управління повинні враховуватися при формуванні складу і видів комунікацій в системі охорони здоров'я такі чинники, як високий освітній та інтелектуальний рівень учасників інноваційної моделі управління, відносно високий рівень визначеності очікуваних результатів і пов'язану з ним невисокий ступінь ризику, обмеженість варіантів можливих рішень проблем і про недостатність використання лише економічних критеріїв для їх оцінки, – різноманіття партнерів з різних галузей науки, техніки і виробництва, що особливо характерно для охорони здоров'я.

5.4. Інноваційний менеджмент у розвитку середнього медичного персоналу закладів охорони здоров'я

Успіх будь-якої організації багато в чому залежить від стратегії розвитку та інноваційного управління. Інновації у царині розвитку персоналу визначають роль людини в системі управління (HR-менеджмент). Глобальні зміни у модернізації української охорони здоров'я залежать від компетентності медичних працівників, зокрема медичних сестер. Інноваційна діяльність в сестринській справі розглядається як основа щоденного догляду за пацієнтами, спрямована на підвищення якості медичних послуг. Потреба в інноваційних рішеннях дуже висока, оскільки саме сьогодні важлива роль в реформуванні охорони здоров'я, забезпеченні доступності і якості лікувально-профілактичної допомоги населенню належить сестринському персоналу.

Інноваційною системою менеджменту персоналу закладів охорони

здоров'я є гнучка система менеджменту, яка враховує і формує потреби в роботі персоналу, здатного впроваджувати і широко використовувати інновації. Для реалізації останніх необхідні фахівці, котрі зуміють генерувати інноваційні ідеї. Технології менеджменту персоналу, які найбільше спрямовані на те, щоб застосовувати інновації, можуть бути об'єднані у блоки, з виконанням функцій, представлених в табл. 1.

Таблиця 1

Функції менеджменту персоналу в медичних закладах		
№ з/п	Підсистеми менеджменту персоналу	Функції менеджменту персоналу у закладах охорони здоров'я
1.	Планування персоналу	Передбачає роботу зі створення системи інноваційної діяльності, в царині розроблення кадрової політики і стратегії менеджменту персоналу, аналізу кадрового потенціалу, аналізу ринку праці, організації планування і прогнозування потреби в персоналі;
2.	Розвитку персоналу	Охоплює освітню діяльність як усередині, так і за межами медичного закладу, спрямовану на професійний розвиток співробітників, формування у всіх працівників особистого усвідомлення того, що і як вони повинні робити, щоб інновація була реалізована в організації. У цій підсистемі реалізують навчання, перепідготовку і підвищення кваліфікації, обмін знаннями, введення у посаду і адаптацію нових працівників, оцінку кандидатів на вакантну посаду, поточне періодичне оцінювання медперсоналу, реалізацію ділової кар'єри і службово-професійного просування, організацію роботи з кадровим резервом тощо.
3.	Мотивації та стимулювання персоналу	Виконує завдання управління мотивацією трудової діяльності, розроблення систем оплати праці, форм участі персоналу в прибутках медичних закладів, морального заохочення персоналу, організації нормативно-методичного забезпечення системи менеджменту персоналу. Найважливіше значення в царині мотивації належить матеріальному стимулюванню працівників, насамперед, системі оплати праці та преміювання, але важливого значення в сучасних умовах набувають і додаткові форми мотивації – не грошової і моральної тощо.
4.	Організації інноваційної діяльності персоналу	Реалізує встановлення взаємозв'язків і розподіл функцій між медичними працівниками, які зайняті інноваційною діяльністю, надання прав і встановлення відповідальності між ними, безперервне порівняння фактично отриманих результатів інноваційної діяльності із запланованими, подальше його

№ з/п	Підсистеми менеджменту персоналу	Функції менеджменту персоналу у закладах охорони здоров'я
		коригування. Ця підсистема спрямована на отримання інноваційних знань, які сформулюють здатність застосовувати новітні технології у наданні медичних послуг, високоякісній медичній допомозі пацієнтам.

Перелічені вище напрями впровадження інновацій у сфері менеджменту персоналу припускають розроблення відповідних інноваційних концепцій, що мають практичну спрямованість. Дієвість впровадження інноваційних технологій на основі цих концепцій безпосередньо залежить від правильності оцінки перспектив організаційних змін, системності впровадження інновацій і коректності оцінки економічної та соціальної ефективності від нововведень.

До числа перспективних інноваційних розробок, що ми вже виклали у чотирьох блоках системи менеджменту персоналу, можна запропонувати наступні проекти:

«Корпоративний університет» – це продумана система навчання персоналу, в рамках якої для досягнення цілей закладу використовують усі традиційні форми бізнес-освіти. Крім безпосереднього навчання співробітників, основне завдання корпоративного університету – узагальнення досвіду і знань, що накопичив заклад.

«Кар'єрний портал» – інтернет-ресурс, що є професійним співтовариством, інтегрованим із соціальними мережами. Будь-який користувач, котрий опинився у соціальних мережах, може спробувати себе у веб-тестах і веб-іграх, розміщених на ресурсі, й стати потенційним кандидатом на перспективні позиції в закладі. Для різних категорій користувачів можуть бути створені інформаційні розділи, блоги тощо.

«Віртуальна школа» – внутрішній портал у закладі, завдяки якому будь-який співробітник зможе в режимі онлайн ознайомлюватися з лекціями фахівців у царині медицини, вчитися за дистанційними програмами, брати участь в ділових іграх і вебінарах.

«Соціальна карта медпрацівника» – програма немонетарної мотивації співробітників, у рамках якої в кожного співробітника формується віртуальний рахунок у соціальному бюджеті закладу, на нього виділяють певний норматив засобів, величина якого залежить від категорії

посади співробітника і його досягнень за звітний період. Упродовж року співробітник може вибирати найактуальніші для нього пільги з урахуванням заздалегідь установленної диференціації їх вартості тощо.

Стосовно системи менеджменту персоналу інноваційні технології є новими методами, спрямованими на вдосконалення усіх видів «кадрової» активності, які сприяють формуванню успішної професійної команди, орієнтованої на досягнення цільових індикаторів закладів охорони здоров'я.

У сучасних умовах телекомунікаційного ринку заклади охорони здоров'я мають розробляти корпоративні стратегії, спрямовані на розвиток людського капіталу, що передбачає, насамперед, нарощування цифрових компетенцій співробітників, розвиток нових підходів до розвитку і добору персоналу, вдосконалення моделей взаємодії усередині колективу, розробку цільових мотиваційних систем. Це припускає впровадження інноваційних технологій у сфері менеджменту персоналу, спрямованих на успішну трансформацію організаційної і корпоративної структури з урахуванням технологічних особливостей медичної галузі.

Для задоволення потреб роботодавців на сучасному етапі цифрові компетенції майбутніх фахівців повинні мати такі складові: пошук і перегляд інформації; оцінювання та зберігання інформації; спілкування за допомогою цифрових засобів; поширення інформації та контенту; праця за підтримки цифрової технології; захист персональних даних. Цими навичками та цифровими компетенціями повинен володіти сучасний випускник вищих навчальних закладів. Основні напрямки цифрової грамотності, які характеризують різні аспекти цифрової компетенції, можуть бути виміряні шляхом анкетувань і тестувань [2, с. 200]. Медичні заклади ставлять своєю метою сформувати внутрішнє середовище, в якому всі співробітники зможуть максимально ефективно виконувати поставлені перед ними складні завдання, приймати якісні рішення. Використання системи ключових показників ефективності, адаптованих під певну організацію, є дієвим інструментом для визначення стану останньої, запуску конкретного мотиваційного механізму і оцінки реалізації вибраної стратегії.

У медичних закладах варто розробляти індивідуальні та колективні заходи, що спрямовані не лише на інтелектуальний розвиток колективу,

а й на емоційний, духовний і моральний розвиток персоналу, на формування творчої спрямованості особи; заходи з формування інноваційної організаційної культури, інноваційної сприйнятливості до нововведень усередині колективу шляхом дискусійних клубів, «круглих столів», навчання за принципом «закладу, що навчається».

Основною метою цих заходів має бути розвиток у медперсоналу навичок ризикової поведінки; створення, поповнення і використання у стратегічному управлінні «банку ідей» закладу; проведення різних заходів, що об'єднують персонал; заохочення ініціативи стосовно нововведень.

Так, засоби управління можуть розрізнятися залежно від рівня суб'єкта, але в комплексі використовуються для успішної практики впровадження інновацій, формування інноваційної сприйнятливості та інноваційної організаційної культури як в окремих закладах охорони здоров'я, так і підвищення інноваційної культури суспільства в цілому.

Ми радимо розробити в закладі охорони здоров'я Тернопільська міська дитяча комунальна лікарня (надалі ТМДКЛ) програму інноваційних технологій, що містить систему оцінювання – вибір конкретних оціночних критеріїв у діяльності середнього медичного персоналу. Для цього побудуємо модель компетенцій, яка охоплює насамперед корпоративні компетенції, що безпосередньо залежать від цінностей медичного закладу та є універсальними для сестринського персоналу; також необхідні для виконання обов'язків і досягнення результатів з надання медичної допомоги. Обов'язково введемо до моделі особисто-поведінкові компетенції, адже медсестри, маючи однаковий кваліфікаційний рівень за освітнім ступенем, обіймаючи ту ж саму посаду, завдяки своїм природним здібностям, мотивам, особливостям характеру та, відповідно, поведінки на робочому місці можуть досягати різних результатів у роботі. Головними також є професійні компетенції, які визначаються здатністю персоналу кваліфіковано виконувати певні трудові функції, надавати високоякісну медичну допомогу тощо.

У таблиці 2 представлено набір найважливіших компетенцій середнього медичного персоналу.

Варто зазначити, що ваговий коефіцієнт визначається один раз – його коригування можливе лише за умови зміни стратегії медичного закладу.

Таблиця 2

Перелік компетенцій сестринського медичного персоналу КНП «ТМДКЛ»

Корпоративні	<ul style="list-style-type: none"> - лікарська таємниця - внутрішня культура поведінки - надання високоякісних медичних послуг - орієнтація на результат
Особистісно-поведінкові	<ul style="list-style-type: none"> - доброзичливість - субординація та взаємоповага - відповідальність - гуманність - милосердя - вимогливість до себе та довколишніх - наполегливість - дисциплінованість
Фахові	<ul style="list-style-type: none"> - вміння працювати з пацієнтом - вміння оформляти медичну документацію - вміння організувати маніпуляції відповідно до профілю роботи - вміння оцінювати фармакологічну дію найпоширеніших медичних препаратів, їх сумісність, дозування, методику введення - швидкість орієнтування при наданні медичної допомоги - застосування навичок медсестринства у внутрішній медицині - правила безпеки під час роботи з медичним інструментарієм і обладнанням - основні принципи лікувального харчування

Надалі визначають кількість рівнів прояву конкретної компетенції, що обумовлені якісними розбіжностями у виконанні завдань. Ми будемо використовувати чотирирівневу модель, адже збільшення кількості рівнів ускладнює застосування моделі з метою оцінювання компетенції персоналу. Кожний з рівнів прояву має бути описаний відповідно до кожної конкретної компетенції і наділений певною кількістю балів (табл. 3).

Наступний крок оцінювання компетентності медичних сестер передбачає визначення вагомості запропонованих компетенцій у межах групи, що встановлює ступінь важливості кожної для ефективного виконання намічених завдань та досягнення загальних цілей закладу охорони здоров'я. Вагомість кожної компетенції (ai) доцільно визначати експертним шляхом за формулою:

$$a_i = \frac{\sum_{j=1}^N W_{ij}}{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^N W_{ij}} \quad (1)$$

де W_{ij} – дана j -м експертом оцінка вагомості i -ої компетенції у групі, бал;
 N – кількість експертів;
 n – кількість компетенцій у групі.

Таблиця 3

Шкала оцінки прояву компетенцій у КНП «ТМДКЛ»

Рівень вираження компетенції	Шкала оцінки
Початковий (недостатній) рівень	1-2
Перший (базовий) рівень	3-5
Другий (достатній) рівень	6-8
Третій (рівень професійності)	9-10

На завершальному етапі визначаємо підсумкову оцінку загальної компетентності медичної сестри (формула 1.2), що безпосередньо впливає на формування окремих напрямків мотиваційної стратегії менеджменту персоналу медичного закладу:

$$K = \sum_{j=1}^n \sum_{i=1}^m a_i X_{jk} \quad (2.)$$

де K – комплексна оцінка компетентності медичної сестри, бал;
де W_{ij} – дана j -м експертом оцінка вагомості i -ої компетенції у групі, бал;
 N – кількість експертів;
 n – кількість компетенцій у групі.

Запропоновану модель оцінювання компетенцій персоналу медичного закладу ми подали в таблиці 4.

Враховуючи шкалу оцінювання рівнів прояву компетенцій та моделі оцінювання компетенцій доцільно складати карти компетенцій медичної сестри, що дадуть змогу з'ясувати межі певних компетенцій (недопустиму, допустиму, позитивну та зону, що унеможливило прояв компетенцій) та сформулювати у разі необхідності як програми розвитку окремих з них, так і напрямки винагороди медичних сестер за максимальну відповідність еталонному співробітникові.

Представимо дану систему оцінювання на прикладі головної медичної сестри «ТМДКЛ». За корпоративні компетенції головна медична сестра отримала 8,7 бала, за професійні компетенції – 8,06 бала і за особисто-поведінкові компетенції – 8,73 бала. Загальна оцінка – 8,46 бала (табл.5).

Таблиця 4

Модель оцінювання компетенцій персоналу КНП «ТМДКЛ»

Групи компетенцій (j)	Перелік компетенцій у групі (i=1,2,3...)	Вагомість компетенції у межах групи (ai)	Рівні прояву (виразу) компетенції у співробітника (κ=1,2,3...)*	Оцінка компетенції у співробітника (Xik), балів
Корпоративні	лікарська таємниця	a1.1	– початковий; – перший; – другий; – третій	X1.1.1 X1.1.2 X1.1.3 X1.1.4
	внутрішня культура поведінки	a1.2	– початковий; – перший; – другий; – третій	X 1.2.1 X 1.2.2 X 1.2.3 X 1.2.4
	надання високоякісних медичних послуг	a1.3	– початковий; – перший; – другий; – третій	X 1.3.1 X 1.3.2 X 1.3.3 X 1.3.4
	орієнтація на результат	a1.4	– початковий; – перший; – другий; – третій	X 1.4.1 X 1.4.2 X 1.4.3 X 1.4.4
		Σai = 1		
Особистісно-поведінкові	доброзичливість	a 2.1	– початковий; – перший; – другий; – третій	X 2.1.1 X 2.1.2 X 2.1.3 X 2.1.4
	субординація та взаємоповага	a 2.2	– початковий; – перший; – другий; – третій	X 2.2.1 X 2.2.2 X 2.2.3 X 2.2.4
	відповідальність	a 2.3	– початковий; – перший; – другий; – третій	X 2.3.1 X 2.3.2 X 2.3.3 X 2.3.4
	гуманність	a 2.4	– початковий; – перший; – другий; – третій	X 2.3.1 X 2.3.2 X 2.3.3 X 2.3.4
	милосердя	a 2.5	– початковий; – перший; – другий; – третій	X 2.4.1 X 2.4.2 X 2.4.3 X 2.4.4
	вимогливість до себе та	a 2.5	– початковий; – перший;	X 2.5.1 X 2.5.2

Групи компетенцій (j)	Перелік компетенцій у групі (i=1,2,3...)	Вагомість компетенції у межах групи (ai)	Рівні прояву (виразу) компетенції у співробітника (κ=1,2,3...)*	Оцінка компетенції у співробітника (Xik), балів
	довколишніх		– другий; – третій	X 2.5.3 X 2.5.4
	наполегливість	a 2.6	– початковий; – перший; – другий; – третій	X 2.6.1 X 2.6.2 X 2.6.3 X 2.6.4
	дисциплінованість	a 2.7	– початковий; – перший; – другий; – третій	X 2.7.1 X 2.7.2 X 2.7.3 X 2.7.4
		$\Sigma a_i = 1$		
Фахові	вміння працювати з пацієнтом	a 3.1	– початковий; – перший; – другий; – третій	X 3.1.1 X 3.1.2 X 3.1.3 X 3.1.4
	вміння оформляти медичну документацію	a 3.2	– початковий; – перший; – другий; – третій	X 3.2.1 X 3.2.2 X 3.2.3 X 3.2.4
	вміння організувати маніпуляції у відповідно до профілем роботи	a 3.3	– початковий; – перший; – другий; – третій	X 3.3.1 X 3.3.2 X 3.3.3 X 3.3.4
	вміння оцінювати фармакологічну дію найпоширеніших медичних препаратів, їх сумісність, дозування, методику введення	a 3.4	– початковий; – перший; – другий; – третій	X 3.4.1 X 3.4.2 X 3.4.3 X 3.4.4
	швидкість орієнтування при наданні медичної допомоги	a 3.5	– початковий; – перший; – другий; – третій	X 3.5.1 X 3.5.2 X 3.5.3 X 3.5.4
	застосування навичок медсестринства у внутрішній медицині	a 3.6	– початковий; – перший; – другий; – третій	X 3.6.1 X 3.6.2 X 3.6.3 X 3.6.4

Групи компетенцій (j)	Перелік компетенцій у групі (i=1,2,3...)	Вагомість компетенції у межах групи (ai)	Рівні прояву (виразу) компетенції у співробітника (κ=1,2,3...)*	Оцінка компетенції у співробітника (Xik), балів
	правила безпеки під час роботи з медичним інструментарієм і обладнанням	a 3.7	– початковий; – перший; – другий; – третій	X 3.7.1 X 3.7.2 X 3.7.3 X 3.7.4
	основні принципи лікувального харчування	a 3.8	– початковий; – перший; – другий; – третій	X 3.8.1 X 3.8.2 X 3.8.3 X 3.8.4
		$\Sigma a_i = 1$		

Таблиця 5

Система оцінювання за компетенціями головної медичної сестри «ТМДКЛ»

Групи компетенцій (j)	Перелік компетенцій у групі (i=1,2,3...)	Вагомість компетенції у межах групи (ai)	Рівні прояву (виразу) компетенції у співробітника (κ=1,2,3...)*	Оцінка компетенції співробітника (Xik), балів
Корпоративні	Лікарська таємниця	0,15	8	1,2
	Внутрішня культура поведінки	0,15	8	1,2
	Надання високоякісних медичних послуг	0,4	9	3,6
	Орієнтація на результат	0,3	9	2,7
		$\Sigma a_i = 1$		
Особистісно-поведінкові	Добррозичливість	0,1	8	0,8
	Субординація і взаємоповага	0,08	8	0,64
	Відповідальність	0,25	9	2,25
	Гуманність	0,14	9	1,26
	Милосердя	0,11	9	0,99
	Вимогливість до себе та довколишніх	0,12	9	1,08

Групи компетенцій (j)	Перелік компетенцій у групі (i=1,2,3...)	Вагомість компетенції у межах групи (ai)	Рівні прояву (виразу) компетенції у співробітника (k=1,2,3...)*	Оцінка компетенції співробітника (Xik), балів
	Наполегливість	0,09	8	0,72
	Дисциплінованість	0,11	9	0,99
		$\Sigma a_i = 1$		8,73
Фахові	вміння працювати з пацієнтом	0,1	10	0,1
	вміння оформляти медичну документацію	0,08	8	0,64
	вміння організувати маніпуляції відповідно до профілю роботи	0,18	9	1,62
	вміння оцінювати фармакологічну дію найпоширеніших медичних препаратів, їх сумісність, дозування, методику введення	0,25	10	2,25
	швидкість орієнтування при наданні медичної допомоги	0,16	9	1,44
	застосування навичок медсестринства у внутрішній медицині	0,08	9	0,72
	правила безпеки під час роботи з медичним інструментарієм і обладнанням	0,06	8	0,48
	основні принципи лікувального харчування	0,9	8	0,72
		$\Sigma a_i = 1$		8,06

Модель, яку ми розробили і навели вище, допоможе насамперед середньому медичному персоналу отримати чіткіше уявлення про мотиви та властивості, характерні для висококваліфікованих фахівців, використовувати процеси самоаналізу і працю в команді, розробляти плани заходів, спрямованих на удосконалення та розвиток певних компетенцій. План розвитку компетенцій послужить підґрунтям для формування чіткішої стратегії менеджменту персоналу та мотиваційних програм розвитку необхідних компетенцій, що сприятимуть підвищенню ефективної діяльності кожного медичного працівника.

Дослідники нової економіки цілком правильно вважають, що в такій економіці першочергову роль відіграють інформація та інновації. Основу інформаційних та інноваційних ресурсів становлять знання, тому неоекономіку ще називають економікою, ґрунтованою на знаннях. Носій знань – людина, тож людський капітал є основним чинником економічного зростання як на макро-, мезо- і мікрорівнях в умовах нової економіки. Це дає змогу виділити ряд виокремлених особливостей економіки знань від традиційної економіки. Метою економіки знань є не просто отримання максимальної віддачі від вкладеного капіталу, а формування творчої, інноваційно-інтелектуальної особи.

В умовах економіки знань кожна медична установа хоче бути успішною, застосовувати у лікувальній діяльності новітні технології, відповідно до цього середній медичний персонал повинен постійно розвиватися. Для виконання останнього завдання має бути розроблений індивідуальний план розвитку (надалі ІПР) працівника. ІПР – це документ, в якому прописано програму особистого розвитку середнього медичного персоналу з метою досягнення стратегії лікувальної установи. До ІПР мають бути віднесені цілі розвитку медичної сестри, оцінка результатів роботи, інструменти персональної системи розвитку (кар'єра, навчання, мотивація) (рис. 1).

Цілі медичного персоналу впливають з місії установи, реалізації стратегії розвитку. Кожний фахівець має підтримувати інноваційний розвиток у межах своєї компетенції. ІПР необхідний як інструмент професійного розвитку, в якому співробітник чітко визначає свої потреби, цілі, очікування, щоб знати як, розвиватися, правильно спланувати кроки та необхідні заходи для досягнення цілей [3, с.112].



Рис. 1. Інноваційні технології розвитку середнього медичного персоналу в «ТМДКЛ»

Оцінювання за результатами роботи медичної сестри здійснює керівництво лікувальної установи за такими напрямками: виконання стандартів сестринського (медичного) догляду, психологічна підтримка пацієнта; індивідуальний підхід до пацієнта; отримання згоди пацієнта на сестринський (медичний) догляд; навчання пацієнта навичкам самообслуговування або навчання родичів пацієнта правилам догляду за ним (медсестринська педагогіка); правильність ведення медсестринської документації процедурного кабінету; виконання вимог наказів МОЗ України щодо правил отримання, обліку, зберігання, використання лікарських засобів; ведення відповідної медичної документації згідно із затвердженими формами; забезпечення вимог протиінфекційної безпеки і дотримання санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режимів; дотримання внутрішнього трудового розпорядку в закладі; підвищення професійної компетенції, освоєння суміжних методик за посадою, обсяги санітарно-освітньої роботи серед пацієнтів. ІПР у межах оцінки за результатами роботи дає змогу визначити професійну компетентність

медичної сестри, врахувати можливості та потреби, а також зумовлює додаткові можливості для досягнення намічених цілей.

Далі розглянемо індивідуальний план розвитку як інструмент побудови кар'єри співробітника. В індивідуальному плані розвитку можна врахувати як очікування організації від співробітника, так і особисті спрямування людини. Окрім цього, розроблення індивідуального плану показує співробітнику, яких можливостей у розвитку і навчанні може досягти сам співробітник; при цьому ці можливості не обмежуються тим, що надає організація, але їх може і сам працівник відкрити для себе, якщо він прагне до чогось більшого і до зростання кар'єрними «сходами». Складання та здійснення індивідуального плану розвитку, як вважають багато вчених, покладають відповідальність за розвиток і навчання з установи на співробітника.

При управлінні професійною кар'єрою медичних сестер необхідно враховувати специфіку сфери охорони здоров'я, постійне зростання вимог до якості медичних послуг, впровадження нових медичних технологій тощо.

Індивідуальний план розвитку розглядають як складову індивідуальної освітньої програми, спрямовану на розвиток необхідних компетенцій середнього медичного персоналу, підвищення ефективності їх праці, професійного зростання у закладах охорони здоров'я. Програма може охоплювати наступні дії: навчання на тренінгах; вивчення спеціальної літератури, журналу «Довідник головної медичної сестри», е-журналу emedsestra.mcfir.ua; спостереження на робочому місці; стажування; коучинг; підвищення кваліфікації та перепідготовки молодших спеціалістів з медичною освітою на обласних курсах післядипломної освіти; робота з наставником/ментором; конференції для молодших спеціалістів з медичною освітою, індивідуальний план розвитку як інструмент мотивації. Формування ефективної системи мотивування не тільки забезпечує підвищення соціальної і творчої активності конкретного працівника, а й впливає на кінцеві результати діяльності організації [1, с. 112].

З метою дослідження складових мотивації медичних сестер ТМДКЛ ми провели анкетне опитування. В останньому взяли участь 220 медичних сестер, відібраних за квотною вибіркою. Опитування проводили у червні 2019 року. Серед опитаних: 20% має ступінь

бакалавра, 80% – молодшого спеціаліста. Серед респондентів 98% жінки, 2% – чоловіки. В одному з питань анкети ми просили проранжувати від одного до восьми якості медичної сестри: працьовитість, дисциплінованість, ініціативність, компетентність, організованість, рішучість, милосердя, співчуття. На думку більшості респондентів, головною якістю медичної сестри є компетентність. На друге місце поставили організованість. Третє місце більшість опитаних віддала ініціативності.

Результати соціологічного опитування свідчать, що у процесі трудової діяльності медичні сестри можуть реалізувати свої потреби наступним чином: 21,5% – реалізують фізіологічні потреби; 22,8% – соціальні; 12,3% – економічні; 18,1% – престижні; 25,3% – духовні. Результати опитування дали змогу встановити, що 30,1% опитаних при дослідженні чинників мотивації вважають пріоритетними прагнення до отримання нових знань і навиків, 23,2% – виконання складних завдань при наданні медичної допомоги, мотивацію як джерело доходу розглядають 17,3%, інтерес до процесу праці, поліпшення умов праці вважають 15,1%, кар'єрне зростання – 14,3%.

Зміст роботи медичних співробітників саме собою передбачає прояв альтруїстичних мотивів, готовність розуміти, допомагати, проявляти турботу, співчуття, милосердя, особисті взаємини, інтерес до змісту роботи, творчий та духовний розвиток, що відповідають професійно важливим якостям, які значною мірою забезпечують успішність професійної діяльності середнього медичного персоналу.

Навіть без посадових переміщень у закладах охорони здоров'я потрібно запровадити підвищення кваліфікації з виду спеціальної діяльності з установленою періодичністю (самонавчання – постійно, тренінги – систематично, короткотермінове навчання – щорічно, довготермінове навчання – не рідше рази на п'ять років).

Одним із важливих напрямків у організації удосконалення якісної роботи «ТМДКЛ» є розроблення і реалізація планованих, цілеспрямованих посадових переміщень середнього сестринського персоналу з метою раціонального використання кадрового потенціалу, його оновлення та усунення творчого застою в управлінській діяльності. Дослідження доводять, що посадове переміщення медсестер безпосередньо впливає на ефективність діяльності організації.

Довготермінове перебування на одній посаді, як ми вже зазначили, негативно впливає і на працівника, і на результати його діяльності. Тому раціональне визначення періоду найефективнішої роботи медичних сестер має велике значення для удосконалення системи висування і використання у закладах охорони здоров'я.

Для підвищення та вдосконалення якості роботи середнього сестринського персоналу ефективним було б створення системи посадового переміщення, яка охоплювала:

1) розробку моделей просування, планів мобільності та їх практичне застосування;

2) організацію інформаційного забезпечення потреб медичного закладу в керівниках і фахівцях на даний період і на перспективу.

Основою для цієї системи має бути розроблення ефективної моделі особистої ділової кар'єри медперсоналу. Така модель повинна бути спрямована, насамперед, на молодих фахівців, бути для них стимулятором інтересу до самонавчання та підвищення кваліфікації, створювати відчуття перспективи й упевненості у правильності вибраних закладу і професії. Розробляти моделі кар'єри потрібно з урахуванням потреб організації, особистих планів працівника, його ділових і морально-психологічних якостей, а також із урахуванням суспільної думки.

Якісним чинником переваги в конкурентній боротьбі є використання нових технологій в управлінні й наданні медичних послуг, базових на знаннях, навичках персоналу і можливості їх отримання. Інноваційний медичний заклад у своїй діяльності має формувати й використовувати інтелектуальний людський капітал, що охоплює: освіту, кваліфікацію, стан здоров'я, розвиток та мотивацію персоналу. На всіх етапах своєї діяльності обов'язковими умовами дій медичної сестри мають бути: професійна компетентність, навички спілкування, готовність надавати кваліфіковану необхідну медичну допомогу в екстрених ситуаціях, повага гідності пацієнтів, їх прав тощо. Усе це може забезпечити запропонована нами модель інноваційного розвитку середнього медичного персоналу, яка дасть закладу охорони здоров'я можливість нарощувати якісні характеристики співробітників, мотивувати їх до вдосконалення компетентності та готовності до інновацій.

Основними напрямками використання інноваційних технологій у закладах охорони здоров'я є побудова ключових професійних компетенцій

медичного персоналу середнього рівня, які допоможуть визначити рівень професійної компетентності медичних сестер, навички їх практичної діяльності. Сестринські інновації – основне джерело розвитку систем охорони здоров'я, оскільки медичні сестри працюють у всіх медичних закладах, з усіма типами пацієнтів, сімей, співтовариств, взаємодіючи як із працівниками системи охорони здоров'я, так і з фахівцями інших галузей. Інновації в сестринській практиці найчастіше є процесом постійного перегляду, оновлення і поліпшення результатів. І хоча вони не приводять до значних досягнень, але сприяють підвищенню компетентності сестринського персоналу й займають центральне місце в забезпеченні та поліпшенні якості догляду за хворими.

Роль програми розвитку інноваційних технологій менеджменту персоналу у закладах охорони здоров'я ґрунтується на гнучкій системі менеджменту, яка враховує і формує потреби в роботі з персоналом, котрий здатний впроваджувати і широко використовувати інновації. Технології менеджменту персоналу, які найбільше спрямовані на те, щоб застосовувати інновації, можуть бути об'єднані у блоки, з виконанням наступних функцій: планування персоналу, розвитку персоналу, мотивації та стимулювання персоналу, організації інноваційної діяльності персоналу тощо.

В умовах нової економіки заклади охорони здоров'я мають розробляти корпоративні стратегії, які сприятимуть розвиткові людського капіталу, новітніх підходів до розвитку і добору персоналу, нарощуванню цифрових компетенцій співробітників, удосконаленню моделей роботи в команді (бригаді), розроблення цільових мотиваційних систем. Усе зазначене дає змогу впроваджувати інноваційні технології у сфері менеджменту персоналу, спрямовані на успішну трансформацію організаційної і корпоративної структури з урахуванням технологічних особливостей медичної галузі.

Інноваційна діяльність в сестринській справі розглядається як основа щоденного догляду за пацієнтами, спрямована на підвищення якості медичних послуг. Потреба в інноваційних рішеннях дуже висока, оскільки саме сьогодні важлива роль у реформуванні охорони здоров'я, забезпеченні доступності та високої якості лікувально-профілактичної допомоги населенню належить сестринському персоналові. Українська медицина перебуває на початковій стадії зародження економіки знань.

Щодо цього країна «пасе задніх» порівняно зі своїми сусідами і перебуває на відносно низькому рівні розвитку новітніх технологій. Проте, незважаючи на таку нинішню тенденцію, як це не було б парадоксально, Україну вважають одним із найбільших донорів людського інтелектуального ресурсу.

5.5. Використання логістичного менеджменту в системі закладів охорони здоров'я

У нинішніх умовах відслідковується тенденція використання досягнень менеджменту (науки, що сформувалась на ґрунті бізнесу) у сферах, які не пов'язані з бізнесовою діяльністю. Це стосується також і логістики, яка бере початок у військовій галузі, але від недавнього часу асоціюється, головним чином, з функціонуванням підприємств. Використання логістичних підходів у системі менеджменту впливає на зміну загальних економічних і фінансових результатів організації, таких як підвищення продуктивності праці, економія натуральних і грошових ресурсів, збільшення розмірів прибутку. Наростаюча зацікавленість у логістичній підмозі управлінню у сферах, віддалених як від військової справи, так і від бізнесу, стала приводом до виділення третьої сфери – медичної логістики, ґносеологічно рівноправній вищезазначеним сферам застосування логістики. Адже постачання, складування, інформаційний та фінансовий потоки є невід'ємними аспектами функціонування медичних установ. Використання логістичних підходів в управлінні закладами охорони здоров'я скорочує час обробки інформації, підвищує якісні критерії обслуговування пацієнта, знижує витрати на утримання запасів, вирішує проблеми дефіциту медикаментів та зменшує їх собівартість, запобігає зайнятості палат, а також здешевлює вартість медичних послуг.

Для створення ефективної системи управління закладами охорони здоров'я необхідними є раціональне використання наявних ресурсів медичних установ, поєднання економічних інтересів закладів охорони здоров'я і споживачів медичних послуг. Теорією і практикою підприємств різних галузей доведено, що логістика забезпечує високий потенціал економічної ефективності. Зарубіжні дослідження показали, що від 30% до 46% витрат у закордонних лікарнях інвестуються у різні логістичні заходи і майже половина витрат, які пов'язані з забезпеченням

постачань, можуть бути усунені шляхом практичного використання логістичних підходів [1].

В Україні темпи розвитку медичної логістики є дещо нижчими порівняно із країнами Євросоюзу та США, що відображається на якості медичних послуг та розвитку як логістичної, так і медичної галузі загалом. Проблеми технічного забезпечення медичної логістики, неадекватності стандартів медичної послуги, координації діяльності та визначення основних причин структурних, технічних та принципових недоліків актуалізують дослідження застосування інноваційних логістичних підходів у менеджменті системи закладів охорони здоров'я.

Заклад охорони здоров'я – це динамічна система, в якій відбувається рух різних видів потоків, починаючи із потоку пацієнтів, а також супровідної інформації, і, закінчуючи фінансовими і матеріальними потоками, що забезпечують надання медичних послуг у потрібному місці, в потрібний час, у потрібному обсязі і з прогнозованим рівнем якості. Логістика є методологією оптимізації економічних і управлінських процесів.

Логістичний підхід до управління системою закладів охорони здоров'я передбачає:

- створення реальної структури медичної допомоги, яка відповідає потребам населення за рахунок ефективного управління поточковими процесами у сфері охорони здоров'я;
- оптимізацію структури та обсягів медичної допомоги на основі адекватного фінансування галузі;
- широке впровадження у практику охорони здоров'я економічних регуляторів лікувально-діагностичного процесу, розподіл бюджетних ресурсів між медичними установами відповідно до їх можливостей;
- формування в медичних закладах ревалентності інформації, що забезпечує ефективність управління;
- мінімізацію витратних дій лікаря через якісну регламентацію лікувально-діагностичного процесу [2].

Об'єктом застосування логістики може бути будь-яка діяльність, у тому числі і медична, де сукупність процесів або подій, може бути представлена у вигляді руху матеріальних, фінансово-кредитних, інформаційних, людських потоків.

Для управління поточковими процесами логістика використовує

наступні підходи:

1. Операційне управління, що забезпечує виконання усіх робочих процесів з мінімальними загальними витратами – витратами на виробництво, включаючи закупівлю матеріальних ресурсів, збут і просування медичних послуг.

2. Підпорядкування організації, планування і управління в усіх сферах виробничої діяльності принципу «just in time»: все закупляти, виробляти і надавати споживачеві «точно в строк».

3. Підвищення швидкості і точності переміщення конкретного споживача медичної послуги у процесі її надання за рахунок диспетчеризації поточкових процесів за допомогою сучасних комп'ютерних технологій.

4. Моніторинг та оцінка матеріальних потоків, організація їх регулювання з моменту входження в виробничий цикл до остаточного використання у ньому аж до кінцевого споживача медичної послуги, що сприяє зміцненню зв'язків закладу охорони здоров'я з постачальниками матеріальних ресурсів.

5. Цільова установка закладів охорони здоров'я на потреби окремих пацієнтів, корпоративних клієнтів, розвиток договірних відносин з великими і дрібними замовниками медичних послуг.

6. Розвиток горизонтальних взаємин між медичними закладами, коли вони вимушено конкурують один з одним у процесі обслуговування пацієнтів (споживачів), прагнучи максимально підвищити якість свого медичного продукту, витрачаючи для цього мінімальні кошти, що призводить до спрощення (формуванню горизонтального характеру) багаторівневих ієрархічних структур управління.

7. Безперервне здійснення логістичних нововведень з оцінкою наслідків прийнятих рішень, їх впливу на функціональні витрати, на доходи від продажу медичних послуг для досягнення конкурентної переваги закладу охорони здоров'я.

В цілому, логістичний підхід, який застосовується на усіх етапах виробничого процесу від постачання до розподілу і збуту, допомагає досягти максимальної ефективності управління, високих показників не тільки кінцевих, а й проміжних результатів виробничо-господарської діяльності закладу охорони здоров'я. В умовах специфічності ринку медичних послуг це матиме важливе значення на локальному рівні для

будь-якої медичної установи, а в цілому і для макроекономічних явищ в системі охорони здоров'я.

Побудова логістичної моделі системи управління закладом охорони здоров'я дає можливість вирішити завдання ефективної організації потоків пацієнтів, своєчасної локалізації проблемних ділянок і учасників руху, розміщення медичного обладнання, переміщення і розподілу матеріальних ресурсів, створення на маршрутах відповідної інфраструктури тощо.

Можна виокремити наступні основні сфери логістичного менеджменту в системі закладів охорони здоров'я:

- біомедична інженерія (медична електроніка і моніторинг, медичні зображення, біоматеріали, біомеханіка тощо);
- клінічна інженерія (гігієна, лабораторна і аналітична техніка, безпека і якість медичних технологій);
- фармація (лікарські засоби та їх застосування);
- медичні послуги;
- персонал медичного закладу.

Постачання лікарських засобів і медичного обладнання різних видів вимагає високого ступеня відповідальності. Така діяльність зазвичай супроводжується ризиками, що значно перевищують рівень ризику в стандартних ланцюгах поставок. Сьогодні велика кількість підприємств, що працюють у медичній, фармацевтичній та біотехнологічній галузях промисловості, потребують постійного вдосконалення логістичного процесу для мінімізації подібних ризиків.

Забезпечення безперебійного постачання сировини для виготовлення виробів медичного призначення призводить до зменшення простоїв на виробництві. Розвинена транспортно-логістична система гарантує своєчасне виконання замовлень як на регіональному, так і на муніципальному рівні. Застосування інновацій у такому випадку є необхідною умовою для поліпшення функціонування всієї системи в цілому. Отже, виникає нагальна потреба впровадження інструментарію логістичного менеджменту та адаптація різних вже існуючих логістичних моделей у медицині.

Застосування логістичного менеджменту можливе на макро- та макрорівні.

Макрологістичне управління розв'язує такі проблеми як:

– оптимізація технічних та технологічних структур складського господарства медичних закладів на основі автоматизованих гнучких систем;

– прогнозування попиту та пропозиції на медичні засоби під час стратегічного планування діяльності логістичних систем;

– аналіз моделей логістичних систем та забезпечення ефективності їх функціонування;

– оптимізація транспортування та розподілу медичних засобів і майна, яка передбачає обґрунтування та створення мереж складських систем [3, с. 35].

На мікрорівні в охороні здоров'я кожен медичний заклад можна розглядати як об'єкт матеріально-технічного забезпечення з широкою номенклатурою матеріальних ресурсів (медикаментів, медичного обладнання тощо.) Отже на мікрологістичний медичний менеджмент охоплює структурну організацію та способи оптимізації основних процесів постачання, зокрема:

- створення системи оптимальних пропорцій між обсягами закупівель, складування та перевезень;
- встановлення оптимального рівня взаємодії у системі отримання, зберігання і транспортування;
- зменшення втрат у разі відмов та простою;
- впровадження раціональної структури потоків управлінської інформації [3, с. 41].

Сьогодні організацію системи логістичного менеджменту багатьох закладів охорони здоров'я намагаються проводити самостійно, не звертаючись за послугами до професійних логістичних операторів, хоча на ринку логістичних послуг існує кілька моделей управління, пов'язаних з аутсорсингом, тобто передачею сторонньому підряднику деяких бізнес-функцій або частин бізнес-процесу з метою підвищення ефективності функціонування медичної установи.

Перша модель – автономна логістика, коли всі логістичні операції виконують самі заклади охорони здоров'я.

Частковим аутсорсингом, тобто передачею посереднику виконання окремих логістичних послуг (постачання, транспортування, зберігання) характеризується друга модель управління.

Третя модель – всі логістичні функції виконує підрядник

(логістичний провайдер).

Четверта модель управління орієнтована на управління сукупністю всіх потоків ресурсів і товарів, забезпечуючи їх раціональну взаємодію у бізнес-процесах [4].

Основним недоліком першої моделі логістичного менеджменту є необхідність створення власного логістичного підрозділу з формуванням постачальницької, транспортної та складської інфраструктури. Необхідним є і додатковий персонал фахівців для обслуговування в логістичній системі. Створення власної логістичної служби пояснюється і певною недовірою медичних установ до підрядників, які не завжди у повній мірі виконують свої обов'язки. Крім того, важливим стримуючим фактором у передачі підряднику виконання частини повноважень є їх неупорядкованість, а також відсутність об'єктивної оцінки логістичних витрат. Невідповідність технічних і інформаційних стандартів також ускладнює інтеграцію логістичного провайдера в діяльність медичної установи. Однак багато логістичних посередників мають стратегічну мету розвивати якість послуг, що надаються для формування довгострокових партнерських відносин з замовниками.

Кожна медична установа вирішує індивідуально чи розвивати логістику самостійно чи вдатися до послуг логістичного оператора. Успіх формування і розвитку логістичної системи закладу охорони здоров'я багато в чому визначається підходом до проектування інформаційної підсистеми і правильною постановкою завдань при наданні послуг і виробництві товарів, які повинні бути вирішені

Для реалізації логістичного управління у системі закладів охорони здоров'я можуть бути створені структурні підрозділи, що спеціалізуються на логістичній діяльності. Вони укомплектовуються персоналом, який володіє необхідною кваліфікацією і несе відповідальність за прийняття необхідних рішень і їх наслідки. Зі створенням логістичних структурних підрозділів в медичній установі організаційна структура управління в цілому набуває логістичного характеру. Тому логістичне управління доцільно здійснювати за матричним принципом. Матрична структура характеризується управлінням за двома напрямками: по горизонталі і по вертикалі. Вертикально здійснюється управління функціональними підрозділами, а горизонтально – координація діяльності цих підрозділів для досягнення однієї конкретної цілі.

Логістичну систему закладу охорони здоров'я, як систему методів і засобів управління рухом всіх потоків, прийнято розділяти на окремі функціональні області, в яких вирішуються конкретні завдання: закупівлі, транспортування, збут, розподіл запасів, складування, інформатизація тощо.

Концепція логістики відкриває для медичної установи шляхи підвищення ефективності конкурентоспроможності. Вона реалізується на основі планових показників обсягів послуг, що визначаються потребами медичного закладу в ресурсах. Порівняння наявних і необхідних ресурсів дозволяє фахівцям-логістам упевнитися в тому, що рух матеріальних і супутніх ресурсів може бути насправді забезпечений протягом аналізованого планового періоду. На цій стадії прогноуються потреби у складських приміщеннях і транспортних засобах, враховується обсяг ресурсів з точки зору внутрішніх і зовнішніх можливостей, оптимізуються схеми розміщення складів і транспортні потоки, розробляються графіки закупівлі і поставок ресурсів.

Варто зазначити, що хоча концепція логістичного менеджменту системи закладів охорони здоров'я, яка розглядає матеріальні, інформаційні та інші потоки як єдине ціле, є новою, практично вона реалізується за допомогою різноманітних, але перевірених практикою економіко-математичних методів і моделей. Таким чином, визначається місце загальної концепції логістичного менеджменту серед інших напрямків дослідження і управління, таких як: адміністрування, маркетинг і традиційний менеджмент.

Відповідно до концепції логістичного управління в закладах охорони здоров'я для розвитку логістичних систем необхідно керуватися сформованими принципами логістики, основними серед них є: раціональність, цілісність, системність, ієрархія, інтеграція, формалізація і формування.

За принципом раціональності приймаються такі управлінські рішення, які є кращими, завдяки обраному співвідношенню витрат і досягнутого результату.

Принцип цілісності підтверджує властивість логістичної системи виконувати задану цільову функцію системою в цілому, а не окремими її елементами.

Застосування принципу системності передбачає дослідження

логістичного об'єкту, як частини більшої системи, в якій аналізований об'єкт знаходиться у певних відносинах з іншими системами. Таким чином, принцип системності охоплює всі сторони об'єкта і предмета в просторі і часі.

Принцип ієрархії визначає порядок переходу від нижчого рівня до вищого. Побудова логістичних систем з використанням принципу логістики обумовлюються тим, що управління в них пов'язано з обробкою значного масиву даних.

Принцип інтеграції означає об'єднання в ціле будь-яких частин або властивостей. Принцип інтеграції спрямований на вивчення інтеграційних властивостей і закономірностей у логістичних системах. Інтегративні властивості проявляються в результаті приєднання елементів до цілого. Логістична система, як упорядкована сукупність елементів з певними зв'язками, має особливі системні властивості, що дозволяють отримати синергетичний ефект.

Формалізація передбачає отримання кількісних і якісних характеристик функціонування логістичної системи організації на базі системного аналізу.

Формування логістичної системи орієнтоване на системний підхід, коли елементи логістичної системи розглядаються як взаємозв'язані і взаємодіючі для досягнення єдиної цілі.

Зазначені принципи враховуються і при розробці посадових інструкцій працівників служби логістики. Завдання фахівця з логістики – досягнення продуктивних робочих відносин з фахівцями інших функціональних підрозділів. Для ефективного вирішення завдань в області обслуговування споживачів фахівці з логістики мають безпосередній доступ до всіх видів і рівнів інформації. Керівник служби логістики отримує досить високий статус і повноваження, а також відносну незалежність від керівників інших функціональних служб і підрозділів при прийнятті управлінських рішень.

До компетенцій менеджерів (управлінців) з логістики у системі закладів охорони здоров'я варто віднести:

- визначення малоефективних місць та ризиків в ланцюгах постачань і розробка планів для їх усунення;
- оптимізація способів транспортування для економії коштів і часу, а також задоволення потреб клієнтів у поставках;

- забезпечення дотримання нормативних актів згідно міжнародних правових норм;
- розробка спеціальної упаковки для захисту чутливої медичної продукції під час перевезень;
- застосування інформаційних технологій для ефективного управління ресурсами, зниження кількості помилок і поліпшення обслуговування клієнтів і пацієнтів;
- реалізація зручних рішень для дистрибуції і транспортування медикаментів та обладнання, які будуть відповідати постійно змінюваним умовам ринку, включаючи піки попиту і повернення продукції [5, с. 37].

Логістика в системі закладів охорони здоров'я вимагає правильної організації всіх процесів і професійного виконання логістичних операцій, під час здійснення яких прагнення до постійного поліпшення є обов'язковою умовою для безперебійного постачання лікарських засобів і медичного обладнання, досягнення ефективності витрат, а в результаті – конкурентних переваг. Проблема застосування логістичної концепції в медичних установах тісно пов'язана з впровадженням і розвитком інноваційних технологій.

Інновації в логістиці – найбільш актуальна складова логістичної діяльності, яка покликана вивчати необхідність і можливість впровадження прогресивних інновацій в організацію тактичного та стратегічного управління потоковими процесами з метою виявлення і використання додаткових резервів шляхом раціоналізації (оптимізації) цього управління [6, с. 317].

На сучасному етапі, важливим елементом інноваційних процесів у логістиці закладів охорони здоров'я стають управління нововведеннями і оцінка інвестицій, а також логістична координація в процесі вироблення рішень, що стосуються продуктових або процесних інновацій. Транспортні інновації використовуються в організації та управлінні як у сфері матеріального виробництва, так і невиробничій сфері, до якої відноситься охорона здоров'я. При цьому, логістичні інновації, через необхідність регулярної реновації технічних засобів, активно впливають на розвиток науково-технічного прогресу у сфері охорони здоров'я.

Ефективність логістичного менеджменту в системі закладів

охорони здоров'я значною мірою залежить від використання інформаційних технологій. Без застосування або постійної реновації інформаційних технологій у логістиці, сучасна медицина буде змінюватися не в кращий бік, адже інформаційні технології використовуються в усіх сферах і на всіх етапах логістичного процесу.

Брак та низька якість товарів фармацевтичних підприємств чи послуг інших медичних установ можуть призвести до того, що споживачі почнуть активно шукати альтернативи їм. Затримки або перебої у доставці можуть вплинути на здоров'я пацієнта, а також позначитися на прибутку клініки чи аптеки. Тому у підприємств виникає гостра потреба вибору хорошого логістичного центру для забезпечення надійної безперебійної системи постачання, завдяки чому можливою буде своєчасна доставка продукції належної якості та у необхідній кількості у потрібне місце і в певний час.

При виборі організації, яка буде контролювати логістичний процес, слід врахувати специфіку даної сфери – медицини. При необхідності транспортування клінічних зразків, лікарських засобів, медичного обладнання логістичне підприємство має бути проінформоване про особливі вимоги, згідно з якими повинні здійснюватися процеси транспортування, складування, дистрибуції, зокрема:

- транспортування з використанням спеціального виду транспорту, призначеного для ліків і медичної техніки;
- забезпечення спеціалізованими упаковками у разі потреби дотримання певних температурних режимів. Спеціальне пакування, автомобілі-рефрижератори, контейнери для авіавантажів і постійний моніторинг повинні гарантувати, що температура вантажу буде у межах заданої температури протягом усього шляху;
- здійснення моніторингу, проведення оновлення статусу замовлення на кожному з етапів перевезення. Безперервне відстеження вантажу – найважливіша складова процесу надійної доставки. Персональним доставкам повинна приділятися особлива увага, інформація про їх проходження має відстежуватися у режимі реального часу за допомогою онлайн системи трекінгу вантажів;
- абсолютне дотримання вимог нормативних актів.

Особливістю інноваційної діяльності логістичних компаній у системі закладів охорони здоров'я є переважання технологічних

інновацій, пов'язаних з впровадженням нових або значно вдосконалених методів організації доставки медичного обладнання. До таких відносять значні зміни у технології процесу перевезення, транспортних засобах, об'єктах транспортної інфраструктури, інформаційних технологіях, зокрема у додатковому програмному забезпеченні.

У разі необхідності своєчасного отримання всіх необхідних ліцензій для ввезення та вивозу, перекладу документів на іноземні мови і отримання консультацій з приводу міжнародних законодавчих вимог, слід звертатися не просто до кваліфікованих фахівців, а до досвідчених практиків, експертів, яким добре знайома логістика фармації, клінічних досліджень і медицини у цілому. З їх допомогою можна легко подолати всі адміністративні бар'єри, пройти митні процедури і весь логістичний ланцюг постачання.

Для реалізації логістичної стратегії управління в системі закладів охорони здоров'я потрібні грамотна система планування, гнучкість і, що найважливіше – інформація. Крім того, зарубіжний досвід вказує на те, що ефективне управління медичною логістикою неможливе без оперативного інформаційного обслуговування, що забезпечує швидкий документообіг і створення єдиного інформаційного простору. Це сприяє надійній та безперебійній роботі закладів охорони здоров'я, допомагає оптимізувати потік вантажоперевезень лікарських засобів і медичного обладнання.

У свою чергу, медичному персоналу логістика допомагає повністю сконцентруватися на лікуванні і турботі про пацієнтів. Пріоритетом логістики у сфері медицині є оптимізація, що забезпечує більш ефективну роботу працівників установи охорони здоров'я, скорочення відходів у ланцюгах поставок, надання якісних послуг та вирішення поставлених замовником завдань точно в термін.

Застосування логістичного менеджменту у системі закладів охорони здоров'я є перспективним, оскільки:

- логістичний підхід передбачає комплексне підвищення ефективності, тоді як збільшення продуктивності лише окремих процесів постачання не ефективне. Недоцільним є й скорочення запасів, внаслідок чого можуть виникнути порушення та збої у лікувально-діагностичному процесі;
- логістичне управління допомагає не тільки розв'язувати окремі завдання (наприклад, зменшити витрати), а й розробляти комплексну

стратегію забезпечення медичною технікою та майном;

- концепція постачання сформована на основі підходів логістичного менеджменту може бути проаналізована за допомогою функціонально-вартісних підходів для визначення шляхів мінімізації витрат;

- система логістики стає основним інструментом контролю раціональності розподілу ресурсів;

- постійна реновація інформаційних технологій та технічних засобів забезпечили консолідацію логістичної концепції в єдине ціле. Цьому сприяє розвиток системи опрацювання замовлень за допомогою сучасної комп'ютерної техніки, розвиненої бази даних та системи передавання інформації.

Отже незаперечним фактом є те, що використання логістичного менеджменту в системі закладів охорони здоров'я є об'єктивно необхідним. Завдяки використанню логістичних підходів у медичних установах вдається створити контрольоване і регульоване середовище для ефективного виконання різних логістичних процесів, підвищити окремі показники якості медичних послуг і, як наслідок, забезпечити розвиток вітчизняної системи сфери охорони здоров'я.

5.6. Менеджмент електронної системи охорони здоров'я «E-Health» як базис автоматизації ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією

Система охорони здоров'я є особливою сферою національної економіки, безпеки і соціального розвитку. Саме економіки, саме безпеки саме соціального розвитку. У протизвагу із розвиненими країнами, в Україні протягом більш ніж двадцяти років не визнавали галузь охорони здоров'я як таку, що заслуговує на сучасне галузеве та ринкове регулювання, управління та сталий розвиток. Як доведений факт, можна визнати, що за останні десятиріччя діяльність системи охорони здоров'я поступово погіршувалась, а ключові показники здоров'я населення погіршувались. Деякі аж до критичних. Вітчизняна охорони здоров'я здається сьогодні щось на кшталт вінтажного авто на автобані серед надсучасних болідів, які уособлюють розвиток інших галузей: банківської, медійної, машинобудівної, транспортної та інших, які за визначенням не можуть існувати без розвитку в інтегрованому суспільстві. Але тільки наша державна охорона здоров'я, як машина

часу миттєво відправляє нас на 20-40 років в минуле лише ми переступаємо поріг більшості державних медичних закладів. Та ще й у найгіршому вигляді.

Успішність та ефективність охорони здоров'я не можливо виміряти виключно кількістю витрат на одиницю продукції, оскільки цією «одиницею» фактично виступає кожна людина, що звертається за допомогою до наших медиків. І хоча низька тривалість життя і висока смертність українців залежать від багатьох соціально-економічних, екологічних та поведінкових чинників, без функціонування потужної вітчизняної галузі охорони здоров'я марно сподіватися на злам цих сумних тенденцій.

Лише рішучі та невідкладні реформи можуть гарантувати покращення якості медичної допомоги та поступове поліпшення ключових показників здоров'я населення. Система охорони здоров'я має максимально відповідати та слугувати потребам кожної конкретної людини, а не існувати «сама у собі», заради життєзабезпечення вузького кола галузевих керівників та причетних.

Із сумом доводиться констатувати, що попередні спроби реформування вітчизняної медицини мали переважно фрагментарний та популістський характер. Це призвело до ще більшого занепаду та знекровлення галузі, розгулу корупції та критичного відтоку кадрового потенціалу. До останнього часу так і не відбулися ключові системні зміни що зумовило прикру девальвацію соціального статусу медичного працівника у суспільстві, деградацію медичної якості, сервісних послуг та зростаюче відставання українських закладів охорони здоров'я від сучасних світових стандартів медичного управління та апаратно-технічного оснащення. Із сумом доводиться переглядати регулярні телесюжети, які заохочують збирати кошти для лікування наших пацієнтів за кордоном, де є необхідні умови, обладнання та компетенція.

Причини такого стану речей лежать на поверхні. Це – брак цілісної концепції реформ та її залежність від мінливої політичної кон'юнктури, слабкість державних інституцій та їх спроможності контролювати реалізацію прийнятих рішень. І якщо ситуація з узгодженістю концептуальних підходів останнім часом дещо вирівнялася, то у сфері належного виконання державних рішень і ефективної протидії корупціонерам вона продовжує залишатися складною. Минуле насліддя,

у вигляді старих управлінських та роками відпрацьованих схем деребану на користь приближених бізнесових прошарків, чинить шалений опір будь-яким змінам.

Показовими у цьому плані є спроби системного впровадження у вітчизняній медичній галузі новітніх інформаційних технологій. Програма під назвою «E-Health» сьогодні мало про що говорить пересічним пацієнтам. Набагато більше розмов точиться навколо можливостей застосування засобів телемедицини. Але, насправді, саме «E-Health» є тим першочерговим кроком, котрий дозволить вивести функціонування системи охорони здоров'я на якісно новий технологічний рівень, створити надійний фундамент для справжньої модернізації усієї галузі, вивести з тіні та прибрати посередницький економічний баласт, який роками щільно паразитував на бюджетних видатках в охорони здоров'я.

Реформаторам часто доводиться приймати непрості і непопулярні рішення. Різати, як то кажуть, по-живому. Та впровадження «E-Health», аналогів якої просто не існувало в Україні раніше, не зазіхає на нічий хліб, а, навпаки, може бути корисним для усіх учасників медичної діяльності та, передусім, пацієнтів.

Як говорить народне прислів'я: «Якби не було б так погано, то і біда б не допомогла». «E-Health» як раз можна і потрібно швидко розбудувати практично «з нуля», спираючись на досвід та моделі країн, які вже пройшли шлях становлення всеохоплюючої інформатизації медичних процесів і відкривають її нові футуристичні горизонти. Інша справа, що в цій терені не можна зволікати. Адже будь-яка прикладна інформатизація – це непинне удосконалення моделей і виробів у надзвичайно мінливому предметно-технологічному середовищі.

Слід зауважити, що за весь пострадянський період десятки наукових установ України так і не спромоглися створити жодного якісного продукту в сфері інформатизації охорони здоров'я, придатного для широкого конкурентного застосування на практиці. Треба визнати, що окремі технологічні рішення вироблялись завдяки ініціативі талановитих та небайдужих професіоналів і були, радше, виключенням. Результати досягались у супереч обставинам, а не завдяки допомозі. Ініціативи ентузіастів так і не нашли належної підтримки в умовах байдужості держави та гонитви спритних ділків виключно за швидкими прибутками.

Саме визначення «E-Health» у нас з'явилося лише декілька років тому, коли МОЗ України виступило з ініціативою щодо активного впровадження інформаційних технологій для модернізації системи державного управління охороною здоров'я.

Що ж таке «E-Health»? У дослівному визначенні мова йде про «Електронне здоров'я». На практиці – це сукупність сучасних інформаційних технологій на службі охорони здоров'я людей. Більш загально, «E-Health» – це система інформаційних технологій, інструментів та методів, які використовуються на всіх рівнях галузі охорони здоров'я: від глибокої професійної спеціалізації (медичної, фармацевтичної, лабораторної, наукової тощо) до сервісів у вирішенні технічних зручностей та щоденних потреб пацієнта (запис на прийом, отримання висновку лікаря і будь-якої корисної інформації он-лайн, самостійний моніторинг базових показників функціонування організму, таких як тиск та пульс після ранкової пробіжки, сплата медичних послуг тощо).

Без перебільшення, доленосним рішенням, для системного впровадження «E-Health» на Національному рівні є прийняття Верховною Радою Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», де окремою статтею визначено місце та спосіб регулювання електронної системи охорони здоров'я. Наразі, Закон України дав поштовх та є базисом для напрацювання правової та нормативної бази застосування інструментів електронної системи охорони здоров'я у практичній діяльності медичних працівників та органів влади. Так, на сьогодні ключовою для функціонування «E-Health» є постанова Кабінету міністрів України № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я». Слід відзначити, що окрім суто технічного регулювання діяльності Національної електронної системи охорони здоров'я, постанова приділяє значну увагу саме перевагам, які отримує пересічний пацієнт із впровадженням та розвитком «E-Health».

Всесвітня організація охорони здоров'я визначає «E-Health» як безпечне та економічно обгрунтоване використання інформаційних і комунікаційних технологій у сфері охорони здоров'я, враховуючи надання медичної допомоги, організацію нагляду за здоров'ям населення, медичну освіту, поширення знань, навичок і результатів досліджень.

Сфера інформатизації охорони здоров'я дуже складна і в кожній країні розвивається по-своєму. Український «E-Health» тільки починає зароджуватися, і це створює величезну поле для можливостей.

Система «E-Health» – система, яка забезпечує роботу з медичними даними в електронному вигляді. Сюди входить зберігання цих даних і їх передача, а також розвиток технологій на цій базі: онлайн-запис до фахівців, телемедицина, медицина катастроф, управління плановими оперативними втручаннями та багато інших функцій (HFA-DB, n.d.; World Population Prospects, 2015).

Існує дві основні моделі систем «E-Health»: модель центрального загальнодержавного реєстру медичних даних або децентралізована система, яка зобов'язує медустанови відправляти певні дані зі систем власної розробки до державного реєстру (VOOZ, n.d.).

Розглянемо переваги і недоліки обох систем. У централізованого підходу до впровадження МІС і електронних медичних реєстрів є важлива перевага – інтероперабельність (interoperability), тобто здатність до взаємодії. У децентралізованій моделі інтероперабельність на дуже низькому рівні. Обмін між медичними системами «E-Health» з різних установ часто буває утруднений. У централізованих системах таких труднощів немає за визначенням (Nazirova & Kostenko, 2015; Abdolmotaleb et al., 2002).

Ще одна незаперечна перевага використання централізованої ІТ-системи в медицині – аналітика Business Intelligence (BI). Під час роботи з великими масивами інформації медустанови отримують можливість використовувати якісну аналітику для відстеження патернів (схем, шаблонів) і змін в епідеміологічних прогнозах, а також для запобігання ускладнень у лікуванні (Henna & Vo, 2015; Hellberg & Johansson, 1982).

Незаперечною перевагою децентралізованої системи є конкуренція і відсутність центрального компонента – це стимул для розвитку і вдосконалення наявної системи, появи нових сервісів і інтерфейсів. Світовий досвід показує, що якщо всі технологічні рішення впроваджувати в комплексі, то їх результативність істотно підвищується і формується ефективна медична екосистема (Cuff & Perez, 2004; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2017).

Для українських реалій, враховуючи розрізненість технологічного обладнання державних і приватних клінік, найоптимальнішим буде

вибір на користь гібридного типу архітектури: центральний державний компонент і периферійні компоненти у вигляді рішень бізнесу відповідно до стандартів і рекомендацій ВООЗ.

1. Основні медичні дані, потрібні для інтеграції кількох систем:
2. Група крові та резус-чинник.
3. Алергія, непереносимість до лікарських препаратів.
4. Переливання крові (коли, скільки).
5. Тиск (показник).
6. Інфекційні захворювання (код МКБ-10 / ICPC2, дата)
7. Нинішні захворювання або стан (хроніка, травма, вагітність – код МКБ-10 / ICPC2, дата).
8. Хірургічні втручання (код МКБ-10, дата).
9. Імпланти та прилади (тип, дата).
10. Щеплення (тип, дата).
11. Рецепти (період в датах).
12. Напрямок (фахівець, дата).
13. Листи непрацездатності (причина, період у датах).

Передумови впровадження в Україні електронних інструментів на сьогодні визначено в таких документах:

– Меморандум від 22.12.2016 р. «Про затвердження технічних вимог для створення в Україні пілотного мінімального життєздатного товару (MVP, minimum viable product) і етапів дорожньої карти в плані створення в Україні прозорої та ефективної електронної системи охорони здоров'я»;

– Меморандум від 16.03.2017 р. «Про спільну діяльність по створенню в Україні прозорої та ефективної електронної системи охорони здоров'я».

Інформатизація охорони здоров'я в сучасному світі розвивається високими темпами. Упродовж останніх 15 років на підтримку розвитку медичної інформатики Євросоюз виділив 500 млн євро. Зараз медична ІТ-індустрія виходить на третє місце за фінансуванням у системі охорони здоров'я зі загальним обігом в 11 млрд євро. У країнах Західної та Північної Європи електронна історія хвороби вже на 50-90 % замінила паперовий варіант документації, а в США – на 70 %. Економія часу медичного персоналу на ведення документації в електронному вигляді становить 63,4 % (Wang et al., 2008). Наукові дослідження,

спрямовані на оцінення економічної ефективності від впровадження МІС, свідчать, що час, який витрачає лікар на кожну виписку з паперової історії хвороби, займає приблизно 4 хв, що в середньому за рік становить 384 год робочого часу. У разі впровадження електронної картки пацієнта медичний персонал отримує доступ до документів пацієнта, що дає змогу зменшити час, який витрачається на паперову документацію і надлишковий збір даних, на 50 %, а також запобігти випадковим пропускам процедур. Час, витрачений медиками відділення інтенсивної терапії на роботу з документацією, скорочується на 52 хв за 8-годинного робочого дня, що становить 11 %. Зниження затрат на лікарські препарати завдяки комп'ютеризованому вводу лікарських призначень і системи підтримки клінічних рішень становить 15 %. Істотно знижуються затрати на пошук даних попередніх обстежень пацієнта. Згідно з дослідженнями, 15 % ресурсів лікувальних закладів витрачається на пошук та збір попередніх даних. Лікарі і медсестри витрачають 25 % свого часу на пошук необхідної їм інформації (Giroi, Meili & Scoville, 2013).

Важливою перевагою застосування МІС є можливість зменшення кількості медичних помилок. Згідно зі звітом Американського інституту медицини, у США щорічно близько 44000 смертей є причиною медичних помилок. За даними звіту, електронний анамнез хворого, що забезпечує збір, оброблення та ефективне використання медичної інформації, дає змогу не лише підняти ефективність надання медичної допомоги і знизити вартість лікування, але й вагомо зменшити кількість медичних помилок (Cuff & Perez, 2004).

У багатьох розвинених країнах існують сотні різних комерційних медичних інформаційних систем. Одним з напрямків зниження фінансових витрат на розроблення та впровадження МІС є підтримка програм з відкритим кодом (Open Source). При цьому програми є у вільному доступі, і всі охочі можуть їх безкоштовно використовувати. З великої кількості програм з відкритим кодом варто виділити системи, які забезпечують комплексну автоматизацію великих лікувальних установ OpenVistA (<http://sourceforge.net/projects/openvista/>) та OpenEHR (<http://www.openehr.org/home.html>). Ці системи можуть використовувати безпосередньо медичні установи або впроваджувати комерційні компанії, які забезпечують індивідуальні налаштування та подальшу

підтримку. Так, компанія Medsphere (<http://www.medsphere.com/>) забезпечує комерційну підтримку системи OpenVistA. OpenEHR пропонує стандартизувати спосіб створення електронних медичних документів на основі так званих архетипів і шаблонів. Сьогодні цей підхід починають застосовувати у таких країнах, як Австралія, Великобританія, Швеція. В OpenEHR описано архетипи (шаблони), на основі яких вносяться всі медичні дані про пацієнта. Це дає змогу різним розробникам зберігати всі медичні дані пацієнта в пацієнт-орієнтованій архітектурі. Цей стандарт доповнюється стандартами ISO13606 і HL7. Понад 10 комерційних проектів побудовані на основі розробок OpenEHR.

Важливого значення набуває інтероперабельність або взаємосумісність (interoperability) різних медичних інформаційних систем. Згідно з визначенням Американського інституту електронної інженерії (Institute of Electrical and Electronics Engineers, <http://www.ieee.org>), interoperability визначається як «здатність двох чи більше систем обмінюватися інформацією та використовувати отриману інформацію». Як зазначено вище, у більшості систем, які на цей час використовуються у медичній сфері України, не передбачено можливість обміну інформацією з іншими системами. Також не існує єдиного стандарту даних щодо переліку основної, мінімально-необхідної інформації для ведення електронної медичної картки.

Розвиток інтероперабельності інформаційних систем буде корисним для всіх: фахівцям медикам – полегшить доступ до даних пацієнта в будь-який час, з будь-якого місця; пацієнтам – покращить якість медичної допомоги завдяки швидкому доступу до необхідних даних попередніх досліджень; керівникам медичних закладів – спростить отримання даних і покращить статистичний та економічний аналіз діяльності установ; науковцям – розширить можливості доступу до медичних даних для аналізу ефективності тих чи інших методик, а також для визначення трендів; медичній індустрії – покращить доступ на ринок багатьом компаніям; державним статистичним установам – дасть змогу стандартизувати і контролювати діяльність медичних закладів на загальнодержавному рівні; дасть змогу провадити програми й отримувати об'єктивну інформацію про їхню ефективність; спростить загальну роботу із статистикою, яка ґрунтується на діяльності багатьох медичних закладів.

Основною передумовою розвитку інтероперабельності є введення стандартизації в медичній інформатиці. Стандартизація дасть змогу даним, які створені однією системою, бути доступними та повторно використовуватися в системах інших виробників, зберігаючи початкову семантику. Медичні інформаційні стандарти умовно можна поділити на 2 групи: а) термінологічні стандарти; б) стандарти обміну інформацією. Найпоширенішими термінологічними стандартами є LOINC, MeSH та SNOMED CT. LOINC (Logical Observation Identifiers, Names and Code <http://loinc.org/>) – логічні ідентифікатори, імена та коди спостережень. Цей стандарт було розроблено у 1994 р. і використовується для передачі та зберігання результатів лабораторних досліджень. Стандарт містить 32000 термінів, які застосовуються у лабораторних тестах. MeSH – (Medical Subject Headings <http://www.nlm.nih.gov/mesh>) – рубрифікатор медичних термінів, який розробила Американська національна медична бібліотека. Складається з набору термінів і їх опису. Терміни організовані в ієрархічну структуру і допомагають здійснювати пошук різних рівнів специфіки. Використовується для індексації, каталогування та отримання доступу до світової медичної літератури в базі даних національної бібліотеки. SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms http://www.nlm.nih.gov/research/umls/Snomed/snomed_main.html) – систематизована номенклатура в медицині – клінічні терміни. Цю першу міжнародну клінічну термінологію було розроблено в США у 1977 р. Тепер це мультимовний словник медичної термінології, який забезпечує введення, передачу, отримання, оброблення та зберігання даних про пацієнта в уніфікованому форматі. Цей стандарт є найоб'ємнішою термінологічною системою, яка містить не тільки специфічні лабораторні та діагностичні терміни, а також і значну кількість інших ключових слів.

Серед стандартів обміну даних основними можна виділити такі: DICOM та HL7. DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine <http://medical.nema.org>) це стандарт обміну цифровими зображеннями в «E-Health». Цей стандарт є важливим глобальним стандартом передачі та зберігання медичних зображень (рентген, МРТ, КТ, УЗД) для електронних пристроїв, які працюють із графічною інформацією. Першу версію стандарту DICOM було розроблено в 1985 р. Американським коледжем радіології та Американською національною асоціацією виробників електроніки. HL7 (Health Level 7 <http://www.hl7.org>) –

стандарт обміну, управління та інтеграції електронної медичної інформації. Використовується для обміну клінічними та адміністративними потоками інформації у системі охорони здоров'я. Розроблення, розвиток, впровадження, накопичення медичних знань здійснює велика неприбуткова добровільна організація Health Level Seven, Inc., яку створено в 1987 р., штаб-квартира розташована в місті Енн Арбор шт. Мічиган (Ann Arbor, MI).

У США стратегічна медична ініціатива реалізується з кінця 70-х років у наступних програмах:

- UMLS – довідники в широкому сенсі слова – віртуальний світ медицини;
- MIC VA VistA – повна реалізація всіх контурів управління лікарнею – Управління у справах ветеранів МО;
- HL7 – однойменна корпорація.

Розроблення стандартів медичної інформатики в США координують відповідні підкомітети Американського національного інституту стандартизації ANSI, в Європі – підкомітет TC251. Європейського комітету по стандартизації CEN. Розроблення стандартів – це прерогатива держави. Допоки не будуть розроблені власні стандарти МОЗ України для зберігання і передачі інформації, єдино правильним рішенням є розроблення архітектури, орієнтованої на міжнародні стандарти.

В Україні протягом останніх десяти років значно виріс попит медичних інформаційних систем та відбувається незначна позитивна динаміка розвитку ринку МІС. Значними перешкодами на шляху до інформатизації вітчизняної системи охорони здоров'я є недостатнє державне фінансування медичних закладів і відсутність стандартизації даних і способів їх оброблення. Також варто зазначити, що населення значно підвищило вимоги до сервісу надання медичної допомоги, але система охорони здоров'я не відповідає цим вимогам.

Застосування комплексних інформаційних систем, які дають змогу організувати управління медичними закладами на сучасному рівні, істотно підвищить не тільки якість лікування і рівень медичних послуг, але й ефективність, а значить і рентабельність, використання медичних ресурсів. Незадовільною є ситуація з інформуванням міських управлінь охорони здоров'я, санепідемстанцій та інших установ про

епідеміологічну ситуацію чи поточний стан захворюваності та наявність вільних ліжок у лікарнях. Через відсутність сучасної техніки, програмного забезпечення та засобів зв'язку така інформація є неповною і запізнілою, що не дає змоги оперативно та адекватно запобігати загрозам, а також реагувати на проблеми, які виникають у роботі медичних закладів. Більшість медичних інформаційних систем, які функціонують у лікувальних закладах на цей час, є застарілі. Ці системи дають змогу автоматизувати тільки документообіг та видачу звітних форм. Ринок медичних інформаційних систем представлений всього декількома компаніями-розробниками програмного забезпечення. За кількістю впроваджень варто відзначити: «Медсистеми», CIET, «Укрмед софт», TherDep та «Медексперт».

Більшість систем побудовано на основі клієнт-серверної архітектури, яка забезпечує обмежену кількість функцій – переважно підготовку статистичних звітів і стандартних форм МОЗ. У цих системах ведеться електронна історія хвороби, внесення даних до яких здійснюється шляхом набору тексту або вибору фраз з випадючих списків-довідників. Такий підхід не дає змоги в подальшому здійснювати аналітику та поглиблений аналіз. Основним недоліком цих систем є потреба постійно звертатися до розробників для внесення змін у вхідні й вихідні форми.

Розглянемо кілька систем:

– ArchiMed – система автоматизації медичних установ будь-якого профілю. Роботу над програмним комплексом ведуть з 2005 р., його основою є платформа «Archi», яка є розробкою компанії MLS IT Systems. Одним з ключових моментів у впровадженні програмного комплексу є його проста установка, доступна користувачу з базовими знаннями персонального комп'ютера.

– Доктор Елекс – комплексна медична інформаційна система, яка містить всі необхідні для роботи модулі: реєстратура, фінанси, стаціонар, лабораторія та інші. Систему розробила компанія «Елекс».

– «TherDep» – медична інформаційна система, у якій існують функції табличного та графічного представлення, зокрема динаміки зміни цифрових показників. Колірне відображення результатів аналізів залежно від меж норми, можливості експорту текстової та табличної інформації в інші формати.

– Медична інформаційна система «Каштан», розробник компанії CIET. Інформаційний медичний комплекс програмних систем для управління закладом охорони здоров'я. Комплекс призначений для оперативного аналізу та управління всіма сферами діяльності установи охорони здоров'я та охоплює медичні установи на всіх рівнях системи охорони здоров'я України.

– Комплекс від компанії «Укрмед софт» – спрямований на повну комп'ютеризацію лікувально-діагностичного процесу в лікувальному закладі стаціонарного типу та на повну комп'ютеризацію лікувально-діагностичного процесу в поліклініці (табл. 1).

Таблиця 1

Зведені характеристики систем

Характеристика	Назва медичної інформаційної системи				
	ArchiMed	Доктор Елекс	TherDep	Каштан	Комплекс Укрмед софт
Клієнт-серверна архітектура	+	+	+	+	+
Рівень вимог до апаратних засобів	Середній	Середній	Низький	Високий	Високий
Здатність співпрацювати з медичним обладнанням	+	+	–	–	–
Наявність механізмів захисту інформації	+	+	–	–	–
Наявність web-інтерфейсу	+	+	–	–	–
Під'єднання додаткових модулів	+	+	+	+	+
Механізми статистичного оброблення даних	+	+	+	+	+
Використання баз даних	+	+	+	+	+
Можливість конфігурації системи	+	+	+	+	+

За результатами аналізу наявних медичних систем стає очевидно, що всі системи не є інтероперабельними. У більшості систем відсутній веб-інтерфейс, відсутні механізми захисту інформації та введення даних лише користувачем. Також повністю відсутня інтеграція між системами і вивантаження даних з систем у будь-якому форматі, окрім друкованого.

На офіційному порталі програми «E-Health», МОЗ України цілком

слушно акцентує увагу на зручностях, які надасть впровадження системи «Електронного здоров'я» для пацієнтів.

По-перше, інформатизація дозволить впорядкувати та автоматизувати процес укладення українцями індивідуальних договорів (декларацій) з лікарями первинної ланки, що допоможе державі ефективно і у повному обсязі реалізувати на практиці принцип «гроші ходять за пацієнтом».

По-друге, «E-Health» прискорить обмін інформацією між суб'єктами системи охорони здоров'я, що не лише зменшить паперову бюрократію, але й допоможе лікарям правильно ставити діагноз з урахуванням цілісної картини стану хворого, а пацієнтам – оперативно одержувати об'єктивну інформацію про результати свого лікування та електронні рецепти, які не губитимуться та не підроблятимуться.

По-третє, системний автоматизований збір великої кількості даних про захворювання та лікування українських пацієнтів дозволить оптимізувати ефективність державних витрат та збільшити спроможності стратегічного планування і оперативного визначення пріоритетів фінансової підтримки медичної галузі.

Переваги та позитивні перспективи від системного впровадження «E-Health» можна перераховувати безліч. Але відсутність базових засад програмно-апаратної інфраструктури та досвіду застосування інформаційних технологій в охороні здоров'я у купі із стислими термінами на очікуваний соціальний та політичний результат спонукає зосередитись на ключових найближчих цілях від впровадження. А саме: розбудові на технологічній платформі «E-Health» інструментів фінансового адміністрування медичної допомоги та контролю за використанням ліків за рахунок державного бюджету; створення сервісних передумов для клінічного маршруту пацієнта; напрацювання базових реєстрів – пацієнтів, установ, лікарів.

Передбачена в Україні Національна система «E-Health» має ознаки дворівневої будови. Центральний рівень – це центральна база даних, яка відповідатиме за централізоване зберігання та обробку ключової інформації. Периферійний (місцевий) рівень – це локальні бази даних та програмне забезпечення (наразі, медичні інформаційні системи (МІСи) або інші), які центри медичної допомоги, діагностичні центри, лікарні інтенсивного лікування та спеціалізовані клініки можуть самостійно

обирати на конкурентному ринку на власний розсуд та у відповідності до клінічної, сервісної та господарської доцільності.

Попри очевидні для всіх переваги, реалізація програми, на яку було відведено не більше 3-ох років, відбувається із дещо відставанням від запланованих строків. Хоча офіційний старт програми відбувся півтора роки тому, шанси створити єдині державні реєстри та єдиний простір обміну даними між медичними інформаційними системами України до 2020 року виглядають занадто оптимістичним. Фактично, оснащення медичних закладів комп'ютерною технікою та спеціалізованими медичними інформаційними системами відбувається повільно.

Зрозуміло, що в умовах дефіциту коштів, витрати на інформаційне оснащення не потрапляють до бюджетних пріоритетів більшості державних закладів охорони здоров'я. Але навіть ті фінансові ресурси, які виділяє в скрутних економічних умовах на реалізацію програми держава, освоюються не раціонально. У вигравшному становищі виявилися ті заклади первинної ланки надання допомоги, які своєчасно до квітня 2018 року здійснили трансформування в некомерційні комунальні підприємства, закупили комп'ютерне оснащення та впровадили відповідне програмне забезпечення. З липня 2018 року такі заклади регулярно отримують пряме фінансування від Національної служби здоров'я України, яке прогресивно збільшується із зростанням укладених в центрах первинної медичко-санітарної допомоги декларацій.

Наївними є сподівання на те, що всеосяжної інформатизації закладів охорони здоров'я буде досягнута завдяки «невидимій руці ринку». За вчасну комп'ютеризацію роботи державних медичних закладів мають подбати передусім органи влади на центральному та місцевому рівнях, здатні віднайти необхідні кошти та нефінансові стимули для запровадження новітніх технологій у медичних установах.

Будь-який найкращий план залишиться на папері, без належного контролю за його виконанням. Відтермінування із впровадженням «E-Health» обумовить поглиблення технологічної прірви між українською та світовою медичними галузями. Але безумовно програють мільйони українських громадян.

На завершення можна достеменно стверджувати, що сучасні технологічні інструменти як-то інформаційні системи управління та обміну інформацією в охороні здоров'я, а узагальнено національний

«E-Health» – це саме той інструмент, який дозволить перейти рубікон неповернення до застарілої системи охорони здоров'я. І чим скоріше та швидше ця подія відбудеться тим, оптимістичніше та прозоріше виглядають перспективи реформування нашої багатостраждальної системи охорони здоров'я. Перші ознаки позитивного результату вже набуті – медики, які перешли на капітаційні виплати мають значне підвищення заробітної платні. І така кількість збільшується щомісяця разом із кількістю укладених декларацій. Величезну роль відіграє Національна служба охорони здоров'я України, від злагодженої роботи якої залежать виплати капітаційних ставок на етапі реформування первинної допомоги. Іншим ключовим механізмом для створення умов неповернення є зміна технології обробки та зберігання медичних даних від історичної паперово-каліграфічної медичної нотації до сучасних медичних електронних записів, які мають бути легітимними та мати всі переваги, які притаманні електронним базам даних. Останнє питання заслуговує на окремий розгляд та аналіз. Нажаль, практики використання в Україні не має. Тому відповідальність архітектурного рішення є величезною за наслідками та впливом на майбутній розвиток «E-Health» в Україні.

Отже, одним із пріоритетних напрямів розвитку системи охорони здоров'я є створення єдиного медичного інформаційного простору, який забезпечить прийняття ефективних управлінських рішень на всіх рівнях. Це дасть змогу медичним закладам налагодити ефективний облік діяльності організації здійснювати на сучасному рівні менеджмент, своєчасно отримувати інформацію про передові досягнення в галузі медичної науки, використовувати всю медичну інформацію про пацієнта (за весь період його життя), накопичену зі всіх рівнів надання медичної допомоги для досягнення кращого лікувального ефекту. Наразі інформатизація системи охорони здоров'я України має хаотичний стан: відсутність галузевих стандартів і ліцензування програмного забезпечення, єдиних вимог щодо обсягів і форматів збереження інформації, уніфікованих форм статистичної звітності, не дають змоги сьогодні забезпечити системність, комплексність та узгодженість процесів інформатизації галузі.

5.7. Маркетингові підходи до менеджменту закладів охорони здоров'я

Складні та нелінійні трансформаційні процеси, що визначають сучасний стан розвитку системи охорони здоров'я, об'єктивно вимагають пошуку новітніх засобів та методів управління нею. Інноваційний інструментарій публічного управління та адміністрування, принципи та технології нового менеджменту, імplementовані в діяльність закладів охорони здоров'я, дозволяють досягати стратегічних цілей – забезпечення високої якості життя та здоров'я населення, та ефективного функціонування установ та організацій медичної сфери.

Зокрема, технології маркетингу є універсальними та широко застосовуваними економічними важелями управління галузями, секторами та процесами соціально-економічного розвитку, як на рівні держави, так і територіальних утворень чи окремих суб'єктів економічної та інших видів діяльності. У той же час, галузева і професійна специфіка діяльності медичних закладів накладає свій відбиток на технології маркетингу, на складові моделі маркетингового управління. Так, адаптація моделі системи маркетингу послуг до специфічних умов системи охорони здоров'я дозволяє ідентифікувати елементи, взаємозв'язки та взаємозалежності між об'єктами та суб'єктами маркетингової діяльності, між продуктом (послугою) та попиту на неї, зберігає основні співвідношення між ціновими, обсяговими, якісними та кількісними параметрами ринку медичних послуг.

Система охорони здоров'я є однією з визначальних ланок соціального розвитку суспільства, що формує рівень та якість життя громадян, забезпечує умови задоволення суспільних потреб та, у підсумку – досягнення сталого розвитку. З огляду на це, у Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 рр. одним із пріоритетних завдань визначено впровадження маркетингових підходів до функціонування системи охорони здоров'я в цілому та управління медичними закладами, зокрема [1].

Громадське здоров'я у сучасних умовах ідентифікується як пріоритетна потреба суспільного життя, задоволення якої можливе на засадах спеціальних управлінських технологій, передусім, механізмів соціального маркетингу, адже, на думку сучасних науковців, здоров'я є особливою суспільною послугою, що надається на засадах ринкових

відносин в умовах високих соціальних вимог, запитів та необхідності дотримання державних стандартів та гарантій [2, 3].

Як наголошують В.А. Огнев, С.Г. Усенко та інші науковці, використання маркетингу в системі охорони здоров'я є об'єктивною суспільною вимогою. Маркетинг в охороні здоров'я можна розглядати як напрям використання ринкових відносин для задоволення як потреб населення у медичних послугах, так і потреб закладів охорони здоров'я. «Його завданнями є забезпечення можливості вибору найбільш ефективних медичних технологій, адже саме маркетинг медичних послуг застосовує такі медичні технології, як зовнішній маркетинг, спрямований на залучення нових відвідувачів, і внутрішній маркетинг – підтримка активних постійних клієнтів і заохочення їх до співпраці. Цілями маркетингу є аналіз кон'юнктури ринку медичних послуг, формування і стимулювання попиту, забезпечення обґрунтованості прийнятих рішень і планів роботи медичної організації, а також розширення обсягу реалізації медичних товарів і послуг, частки ринку і прибутку. На всіх етапах маркетингових досліджень споживач і його потреби в медичних послугах займають центральне місце» [4].

Медична допомога населенню покликана забезпечити реалізацію найважливішого соціального пріоритету – збереження та поліпшення здоров'я громадян. При цьому відповідальність за якість медичного забезпечення має нести не лише держава, а й суб'єкти, що працюють на ринку медичних послуг. Перехід до ринкових відносин передбачає застосування переважно економічних методів управління. Це має оптимізувати процеси, пов'язані з виробленням нової стратегії функціонування закладів охорони здоров'я на ринку медичних послуг в умовах економічного реформування та впровадження ринкових механізмів [5].

Відповідно, як вважає Ткаченко Л.В., маркетинг послуг – це система безперервного узгодження пропонованих послуг (в даному випадку – медичних) з послугами, які користуються попитом на ринку і які установа здатна запропонувати з ефектом для себе та більш прибутково, ніж це роблять конкуренти [6]. Головне завдання маркетингу послуг – допомогти споживачу оцінити організацію та її послуги, беззаперечно екстраполюється і на медичну сферу.

Як справедливо наголошує О.В. Баєва, застосування маркетингових

підходів в системі управління галузі охорони здоров'я в цілому, та конкретної медичної організації, зокрема, визначаються специфічними рисами медичних послуг, до яких відносять:

1. Матеріальна невідчутність медичних послуг, що зумовлює неможливість передбачити споживачем результат її споживання, тобто відчутти діагностичний, профілактичний або лікувальний ефект до отримання послуги. В даному контексті перед споживачем медичної послуги постає певна проблема, адже при виборі медичної послуги немає чітких прогностичних критеріїв для порівняння її альтернативних варіантів.

2. Мінливість надання медичної послуги, адже результат медичної послуги безпосередньо зумовлений індивідуальними особливостями як пацієнта (стану його здоров'я, режиму життя та побуту, піддатливості впливу зовнішніх факторів та ін.), так і медичного працівника (його досвіду, знань, умінь, умов надання послуги тощо). В цілому результат надання та отримання медичної послуги може змінюватись залежно від того, хто її надає і кому.

3. Неоднорідність якості медичної послуги, адже комплексне уявлення споживачів про якість медичних послуг формується з таких складових: кваліфікація медичних працівників, відчуття емпатії до пацієнта і його родичів; медичні технології, що використовує лікар та заклад; доброзичливість і чітка робота середнього медичного та обслуговуючого персоналу; якість супутніх сервісних послуг. Саме ця ознака медичної послуги вимагає вироблення та послідовного дотримання високих стандартів медичного обслуговування [7].

4. Невіддільність медичних послуг від виробника, адже медичну послугу надає медичний працівник (лікар, медична сестра, лаборант та ін.), який є безпосередньою частиною послуги. Саме системна взаємодія надавача послуги і її споживача визначає особливості маркетингу медичних послуг. Відповідно, в управлінні маркетингом медичних послуг зростає значення формування іміджу медичної установи в цілому і кожного конкретного медичного працівника, зокрема.

5. Підвладність медичних послуг коливанням кон'юнктури ринку, що зумовлює необхідність врегулювання та активізації організаційно-управлінської діяльності медичних закладів в разі зростання попиту на медичні послуги. Як свідчить практика, підвищення попиту виникає: по-

перше, при вході на ринок нових видів медичних послуг (наприклад, при придбанні новітньої медичної техніки і впровадженні інноваційних методів діагностики або лікування); по-друге, в разі ускладнення епідемічної ситуації і необхідності швидкого і якісного збільшення кількості послуг у конкретний часовий проміжок на певній території (що вимагає застосування інструментарію ризик-менеджменту та фінансового менеджменту адміністративним апаратом медичних закладів).

6. Неможливість збереження медичних послуг, що об'єктивізує необхідність проведення реформи організації медичної галузі, передусім, функціонування за договірною технологією взаємовідносин у системі «пацієнт – лікар – медичний заклад – держава», шляхом укладання договорів, контрактів, підписання угод, впровадження страхової медицини тощо.

Вище вказане утворює у необхідності дослідження особливостей ринку медичних послуг як системного явища, як процесу і як синергії його основних складових, до яких належать ринки: медичних послуг; лікарських препаратів; предметів та послуг у галузі санітарії та гігієни; нетрадиційних методів лікування та оздоровлення; медичної техніки; медичних технологій; праці медичного персоналу; медичного страхування; наукових досліджень та інновацій в медичній сфері; освітніх послуг у галузі охорони здоров'я. Це актуалізує посилення уваги дослідників до маркетингу в охороні здоров'я в цілому, та його окремих напрямів.[8]

Так, Н. Лісневська вважає маркетинг в охороні здоров'я – необхідністю у ринкових умовах, адже застосування маркетингових технологій в охороні здоров'я сприяє оптимізації діяльності медичних закладів, допомагає найбільш раціонально планувати її, дає можливість прогнозувати та аналізувати потреби ринку медичних послуг, визначати, скільки споживач готовий за них заплатити і чи готовий він платити взагалі. Основними напрямками маркетингової діяльності, на її думку, є вивчення маркетингового середовища та споживчих ринків, сегментація ринку, встановлення цін на товари, просування товарів (послуг) до споживача. Вказане допоможе закладам охорони здоров'я спроектувати та організувати свою діяльність в умовах реформування медичної галузі [5].

Модель маркетингової діяльності в системі охорони здоров'я повинна включати сукупність управлінських дій та інструментів

менеджменту медичних закладів, що формують: товарну політику (розробку нових видів послуг і розширення асортименту); цінову політику (розробку цінової стратегії та визначення цін на медичні товари і послуги); політику розподілу (організацію реалізації медичних товарів і послуг); маркетингові комунікації (вибір ефективних форм просування медичних товарів / послуг).

Сучасна практика медичної реформи в Україні свідчить, що для більш ефективного просування будь-якої медичної послуги на ринку, повинні дотримуватися умови підвищення конкурентноздатності медичної організації, а саме бажання постійного професійного зростання медичних працівників; орієнтація на результат; інноваційна політика, пов'язана з удосконаленням медичних технологій, методів діагностики і лікування, використання наукових основ організації та управління медичним закладом.

Основні передумови використання елементів маркетингу в менеджменті закладів охорони здоров'я представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

Передумови впровадження маркетингу в менеджменті закладів охорони здоров'я

Передумова	Характеристика
Зміни у фінансуванні	Зміна моделі фінансування медичних закладів, скорочення державних витрат, зростання активності страхових установ
Інноваційні технології та наукові дослідження	Поява нових промислових, інформаційних технологій, що дозволяють зменшити вартість медичних ресурсів
Збільшення кількості медичних установ	Зростання попиту на лікувальні послуги, зростаюча рентабельність закладів внаслідок використання сучасних методів управління і нових технологій
Зміни в свідомості людей	Зміна практики звертання до лікаря з будь-яких питань до практики здорового харчування, лікувальної фізкультури, попиту на якісні екологічні продукти, вітаміни
Збільшення кількості безрецептурних лікувальних препаратів	Підтримка самостійних рішень в лікуванні та вдосконалення законодавства щодо збуту лікувальних препаратів
Можливість створення сильних марок у фармацевтиці та медицині	Термін вдалої марки практично необмежений (наприклад, «Аспірин» – 100 років, «Панадол» – 50 років)

Екстраполюючи загальні теоретико-методологічні підходи до

формування та розвитку ринку послуг, можемо визначити основні складові маркетингу (комплексу маркетинг-мікс) в охороні здоров'я, що включає: продукт (медичну послугу, медичний товар); ціноутворення на послугу (товару); позиціонування на ринку (внутрішньому, зовнішньому та в розрізі інших сегментів ринку); канали продажів; канали комунікацій та просування (реклама, збут, маркетингові дослідження); пацієнто-орієнтованість маркетингової діяльності та менеджменту медичної сфери в цілому; процес надання медичної послуги (товару) на умовах конкурентності, ефективності та забезпечення якості; персонал (здатний і сприйнятливий до впровадження медичних та управлінських інновацій); точки контакту надавача та споживача медичної послуги (що забезпечують рівну доступність та спроможність якісного медичного обслуговування громадян).

В цілому, забезпечення індивідуального та групового споживання медичних послуг передбачає в маркетинговій системі медичної сфери врахування сукупності чинників, що впливають на попит на медичні послуги (товари), а саме: потреби в медичних послугах є переважно суб'єктивними, що залежать від статі, віку, соціальної належності, професії, рівня доходів споживача; для медичних послуг характерні різні етапи «життєвого циклу», що обумовлює пошук потреб, що зростають, і забезпечують успіх медичної організації на ринку в перспективі; посилюється значимість для споживачів диверсифікації та комбінування медичних послуг, що вимагає нових маркетингових підходів до надання повного спектру медичних послуг (основних та супутніх); необхідність гарантування вимоги вітальності (життєвої необхідності та життєзабезпечення) медичної послуги, що вимагає значного державного регулюючого впливу на ринок медичних послуг.

Акцентуючи увагу на маркетингових підходах в менеджменті конкретної медичної організації, слід зосереджуватись на системі факторів, що приваблюють споживачів медичних послуг, зокрема: 1) споживач надає перевагу якісному обслуговуванню та тому медичному закладу, який найповніше допомагає вирішити його проблеми із здоров'ям; 2) кожен пацієнт прагне знати якомога більше про медичний заклад і медичних працівників, що надають медичну допомогу, тому адміністративному персоналу медичного закладу слід дотримуватися політики відкритості, активного залучення різноманітних

маркетингових комунікацій; 3) пацієнт надає перевагу атмосфері доброзичливості, гарантованій якості та адресності медичної послуги; 4) створення у медичному закладі можливості надання альтернативних та взаємозамінних медичних послуг, для максимального охоплення різноманітних сегментів ринку.

Як зазначалось вище, технології маркетингу універсальні для багатьох сфер людської діяльності, зокрема, для системи охорони здоров'я, що активно використовує в сучасних умовах розвитку суспільства економічні важелі управління галуззю. У той же час, галузева і професійна специфіка діяльності конкретного медичного закладу накладає свій відбиток на технологію маркетингу; не змінюючи його сутності, вносить і зберігає характерні риси та особливі ознаки надання та споживання медичних послуг, та функціонування ринку охорони здоров'я в цілому. Повною мірою цьому відповідає логіка збереження архітектоніки моделі маркетингової системи і законів ринку, із трансформацією цих елементів в умовах медичної реформи. Співвідношення категорій медичної діяльності з елементами і характеристиками моделі маркетингової системи медичних послуг можуть бути представлені таким чином (табл.2.)

Таблиця 2

Елементи і характеристики медичної діяльності маркетингової системи закладу охорони здоров'я

Елементи моделі маркетингової системи послуг	Характеристики моделі маркетингової системи послуг охорони здоров'я
Фактор зовнішнього середовища	Медико-соціальна проблема
Нестача	Відсутність норми, здоров'я (характеризується хворобою)
Потреба	Необхідність у медичній допомозі
Попит	Купівля медичної процедури
Пропозиція	Лікарські медичні рекомендації
Діяльність	Види лікарської діяльності
Кваліфікація	Рівень професійної лікарської підготовленості
Споживач	Пацієнт (клієнт)
Виробник	Лікар
Угода	Цільова функція взаємини лікаря і пацієнта (ціль)

Елементи моделі маркетингової системи послуг	Характеристики моделі маркетингової системи послуг охорони здоров'я
Послуга	Медична послуга
Стандарт	Медичний стандарт
Економічна група	Медико-економічна група (МЕГ)
Споживча група	Клініко-діагностична група (КДГ)
Професійна група	Медико-професійна група (МПП)
Вартість послуги	Вартість медичної процедури
Випадок обслуговування	Випадок медичного обслуговування
Процедура	Медична процедура
Ефективність	Результат досягнення мети

У даному контексті необхідно визначити основні елементи моделі маркетингової системи управління закладами охорони здоров'я та їх сутнісні характеристики, що обумовлені особливостями ринкових відносин у даній сфері. А саме: чинниками зовнішнього ринкового середовища функціонування медичних закладів є медико-соціальні проблеми, що виникають під впливом суспільно-політичних, соціально-економічних, екологічних, демографічних, гуманітарних, безпекових та інших факторів. Потреба у споживанні медичних послуг, відповідно, обумовлюється невідповідністю задекларованих державою норм забезпечення рівня та якості життя громадян та їх фактичного досягнення (недотримання параметрів здоров'я, зростання рівнів захворюваності, інвалідизації населення тощо). Потреба, як елемент маркетингової моделі, відповідно, формує необхідність у медичній допомозі визначеної якості та обсягу (кількості).

Попит, як один із основних елементів маркетингової моделі, визначається як купівля (споживання) відповідної медичної послуги, що надається суб'єктами ринку медичних послуг (державними, комунальними, неприбутковими, недержавними, громадськими, підприємницькими та іншими організаціями). Відповідно пропозиція характеризується як: певні види лікарської діяльності; система лікарських медичних рекомендацій; сукупність різних видів медичної допомоги та медико-санітарного обслуговування населення та їх окремих категорій. Слід наголосити, що обсяг та якість пропозиції на ринку медичних послуг, передусім, залежать від рівня професійної та

кваліфікаційної підготовленості працівників медичної сфери – надавачів медичних послуг різної категорійності та класності.

Особлива увага в реалізації маркетингової моделі менеджменту закладів охорони здоров'я повинна приділятися формуванню вартості медичних послуг, адже тут мають поєднуватись інструменти державного регулювання цін та засоби ринкового ціноутворення; досягати консенсус між забезпеченням соціальної функції держави (зокрема, в частині конституційного права громадян на безоплатну медицину) та досягненням економічної та соціальної ефективності функціонування медичних закладів, як суб'єктів діяльності на ринку.

В цілому, охарактеризована вище маркетингова модель сфери охорони здоров'я створює можливості адаптації системи менеджменту медичних закладів до реалій сучасної національної економіки, до зовнішніх викликів та внутрішніх загроз.

Вивчення економічної ефективності систем охорони здоров'я, пошук моделей оптимального функціонування медичних закладів є однією з актуальних проблем, вирішення яких об'єктивно ускладнюється обмеженими фінансовими можливостями держави і населення, а також тими започаткованими, але ще незавершеними трансформаційними змінами, що визначені в медичній реформі, адміністративно-територіальній реформі, процесі децентралізації влади та управління.

Не думку сучасних науковців, теоретико-методологічне обґрунтування і застосування найбільш оптимальних моделей визначення вартості медичної послуги, оплати медичної допомоги, зокрема, розробка й апробація критеріїв і способів поєднання методів оплати лікарської праці відповідно до критеріїв якості медичної допомоги і стану здоров'я населення – одна із найважливіших цілей та завдань сучасного менеджменту сфери охорони здоров'я. Центр уваги у вирішенні цієї проблеми у більшій мірі переноситься з загальнодержавного рівня на рівень конкретної медичної організації(установи), що дозволяє, з одного боку, вирішити проблему раціонального використання ресурсів у конкретній медичній організації, з іншого боку – поєднати фінансові та інші можливості держави, регіонів, територіальних утворень, територіальних громад, установ та організацій медичної сфери для вирішення спільної мети – досягнення високого рівня та якості життя громадян.

Разом з тим, вказаний підхід зовсім не виключає пошуку моделей оптимального функціонування охорони здоров'я, як соціально-економічної системи в цілому, так і фінансового забезпечення конкретного медичного закладу чи медичного працівника. В управлінській практиці існує досить широкий спектр способів оплати медичних послуг і оцінки лікарської праці. Зокрема, економічною сутністю, що поєднує усі без винятку сучасні системи охорони здоров'я, що функціонують на основах медичного страхування населення, є технології, засновані на маркетингових відносинах. Саме це положення необхідно враховувати при пошуку оптимальних способів оплати медичних послуг, фінансуванні закладів охорони здоров'я, визначенні вартості лікарської праці і, зокрема, при дослідженні рівнів і рухів потоків фінансів та інших ресурсів у системі охорони здоров'я. В цілому, описана вище маркетингова модель управління в системі охорони здоров'я дозволяє формувати спеціальні методологічні підходи, концептуально обґрунтовувати способи оплати медичної допомоги і лікарської праці, забезпечуючи діалектичну єдність і функціональне співвідношення між параметрами оплати медичної послуги та якості медичної допомоги, соціально-економічними інтересами та завданнями функціонування сфери охорони здоров'я в цілому та конкретної медичної установи чи медичного працівника, зокрема.

Таким чином, інноватизація інструментів менеджменту закладів охорони здоров'я повинна мати в своїй основі маркетингові підходи, що враховують галузеву та професійну специфіку діяльності медичних закладів. Формування сучасних моделей маркетингового управління закладами охорони здоров'я слід орієнтувати на систему ринкових взаємовідносин між споживачем медичних послуг – пацієнтом (клієнтом) та виробником (надавачем) цієї послуги – лікарем (працівником медичного закладу). Формалізація цих взаємовідносин згідно чинних нормативно-правових вимог має здійснюватись шляхом укладання угод (контрактів) щодо обслуговування на основі дотримання відповідних стандартів надання медичних послуг, шляхом впровадження систем управління якістю, стандартизації та сертифікації медичних послуг, ліцензування та акредитації медичних установ, атестації медичних працівників та інших засобів організаційно-розпорядчого, регламентуючого впливу та адміністративного менеджменту [9].

Реалізація маркетингової моделі менеджменту закладів охорони здоров'я повинна передбачати формування вартості медичних послуг. В цьому випадку мають поєднуватись інструменти державного регулювання цін та засоби ринкового ціноутворення; досягати консенсус між забезпеченням соціальної функції держави (зокрема, в частині конституційного права громадян на безоплатну медицину) та досягненням економічної та соціальної ефективності функціонування медичних закладів, як суб'єктів діяльності на ринку.

5.8. Інклюзивний підхід до управління закладами охорони здоров'я

Термін «інклюзія» вперше було застосовано в 1970-х роках у США. На той час переважна більшість науковців розглядала лише соціальну інклюзію, під якою розуміли збільшення ступеня участі всіх громадян у соціумі, коли кожна людина сприймається суспільством як індивідуальність і має можливість повноцінно брати в ньому активну участь. Ідея інклюзії виключає будь-яку дискримінацію залежно від віку, статі, здоров'я, місця проживання, національності та релігії.

Поступово поняття «інклюзія» почало поширюватись і на економіку розширюючи традиційні моделі економічного зростання та зосереджуючи увагу на забезпеченні рівності здоров'я, людського капіталу, екологічного стану довкілля, соціального захисту та продовольчої безпеки як чинників світової безпеки в широкому розумінні.

Сьогодні поняття «інклюзія» (англ. *inclusion* – включення; франц. *inclusif* – той, хто включає в себе; лат. *include* – заключаю, включаю) означає процес активного включення в суспільні стосунки всіх громадян, незалежно від їхніх фізичних, інтелектуальних, культурних, мовних, національних та інших особливостей [1, с. 10].

На даний час в Україні активно розвивається інклюзивна освіта (*inclusive education*), але інклюзивного підходу потребують й інші галузі та сфери, наприклад медицина. Сьогодні є велика кількість людей, які не можуть своєчасно і в повній мірі отримувати якісні медичні послуги.

Під інклюзивною медициною ми розуміємо комплексний процес забезпечення рівного своєчасного доступу до якісних медичних послуг всіх осіб, незалежно від їх стану здоров'я, місця розташування,

національної приналежності, віросповідання тощо.

В основі розвитку інклюзивної медицини лежить концепція медичної допомоги, сконцентрованої на громадянину (Citizen-Centred Health Care) [21], відповідно до якої кожна людина за допомогою систем електронної охорони здоров'я може одержувати весь обсяг медичної допомоги у тому місці, де вона знаходиться в даний час.

Одним із шляхів реалізації інклюзивного підходу в медицині є розвиток «електронної медицини» (е-медицини). Найбільш важливим документом в цій сфері є резолюція ВООЗ А 58.28 «Е-Health», яка регламентує використання електронної медицини в глобальному масштабі [22].

Впровадження засад електронної медицини передбачено Програмою Європейського Союзу «Європейська стратегія здоров'я-2020» [23] та вітчизняною «Стратегією розвитку інформаційного суспільства в Україні» [2].

Відповідно до Стратегії розвитку інформаційного суспільства в Україні «електронна медицина» – це діяльність з використанням електронних інформаційних ресурсів у сфері охорони здоров'я та забезпечення оперативного доступу медичних працівників та пацієнтів до них [2]. Е-медицина повинна забезпечувати взаємодію між пацієнтами, медичними працівниками та установами за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій.

Основними напрямками діяльності в галузі розвитку е-медицини є: впровадження автоматизованих інформаційних галузевих систем, які, зокрема, дають змогу перейти до ведення медичної документації в електронному вигляді; розвиток телемедицини; удосконалення розвитку системи моніторингу стану здоров'я населення; створення та впровадження нових комп'ютерних технологій профілактики захворювань, діагностики, забезпечення лікувальних процесів; створення загальнодоступних електронних медичних ресурсів.

Перспективним напрямком розвитку е-медицини є телемедицина (рис. 1).

Винайденню терміну «телемедицина» передувало виникнення терміну «телемедична техніка» (*telemedical technique*), який у 1970 році запропонували вчені Р. Мерфі (*R.L. Murphy*) та К. Берд (*K.T. Bird*) [4] і під яким розуміється засіб комунікації телевізійного зв'язку, так званого

двостороннього, або інтерактивного телебачення (*two way television, interactive television*). У 1974 році Р. Марк (*R.G. Mark*) опублікував працю, в якій обґрунтував засади телемедицини як системи наближення високоспеціалізованої медичної допомоги до кожної оселі [5]. Сьогодні телемедицина ефективно працює у Великобританії, США, Канаді, скандинавських країнах, Австралії, Новій Зеландії, Японії [6].

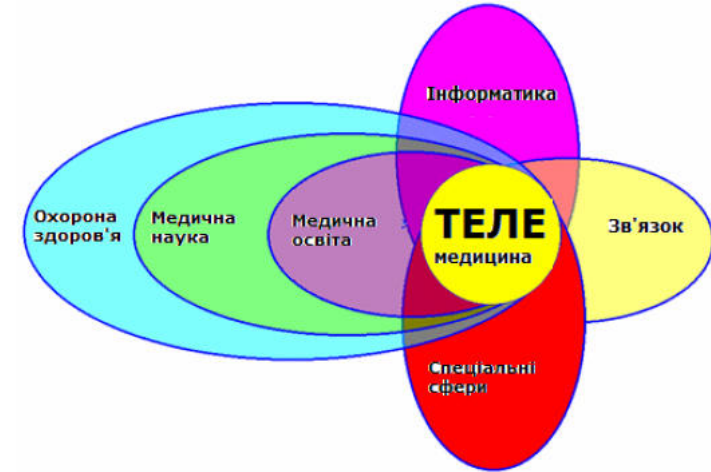


Рис. 1. Модель телемедицини

Примітка: наведено за [3, с. 137]

В Україні розвиток телемедицини розпочався у 2007 році зі створення «Державного клінічного науково-практичного центру телемедицини Міністерства охорони здоров'я України» – єдиного спеціалізованого закладу охорони здоров'я, завданнями якого було впровадження та розвиток телемедицини в Україні [7].

Вітчизняні науковці, які здійснюють дослідження в сфері охорони здоров'я, мають власні погляди на сутність та зміст поняття «телемедицина». Дослідження найбільш поширених визначень даного терміну дозволило систематизувати їх на три основних групи: трактування «телемедицини» як окремого напрямку медицини, як виду медичних послуг і як способу їх надання (табл. 1).

Отже, із аналізу терміну «телемедицина», запропонованого різними авторами та організаціями, стає зрозуміло, що єдиного усталеного його визначення на сьогоднішній день не існує.

Таблиця 1

Наукові підходи вітчизняних вчених до визначення поняття

«телемедицина»

Автор	Визначення
<i>як напрям медицини</i>	
Міністерство охорони здоров'я України	<i>Телемедицина</i> – це сучасний напрям розвитку інформатизації медицини, який передбачає використання сучасних інформаційних та телекомунікаційних технологій для дистанційної діагностики та лікування захворювань, надання допомоги в надзвичайних та екстрених ситуаціях, підвищення кваліфікації медичних працівників [8].
Владимирський А.В.	<i>Телемедицина</i> – це галузь медицини, що використовує телекомунікаційні й електронні інформаційні (комп'ютерні) технології для надання медичної допомоги й послуг у сфері охорони здоров'я в точці необхідності (у тих випадках, коли географічна відстань є критичним чинником) [9].
Злепко С.М., Новіков О.О., Азархов О.Ю.	<i>Телемедицина</i> – самостійний напрямок медицини, заснований на інноваційному підході, що поєднує в єдиній структурі медичні знання, апаратно-програмні засоби і цільову функцію, яка діє при підтримці інформаційного і телекомунікаційного забезпечення та здійснює дистанційну діагностику, лікування і моніторинг стану здоров'я людини безпосередньо за місцем її проживання [10].
<i>як медична послуга</i>	
Черемісіна В. В., Снісаренко П. І.	<i>Телемедицина</i> – це одна з медичних послуг для населення і для організацій, вона включає в себе не тільки просто консультацію, а ще й проведення конференцій та консиліумів, трансляції майстер-класів, хірургічних операцій, будь-які заходи, спрямовані на навчання та наукові розвідки [3, с. 137].
<i>як спосіб надання медичних послуг</i>	
Модельний закон про телемедичні послуги	<i>Телемедицина</i> – це комплекс організаційних, технологічних і фінансових заходів, що забезпечують діяльність системи надання дистанційної консультативної медичної послуги, при якій пацієнт або лікар, який безпосередньо проводить обстеження та/або лікування пацієнта, отримує дистанційну консультацію спеціаліста–лікаря з використанням сучасних інформаційно-комунікаційних технологій [11; 12].
Проект Закону України «Про телемедицину»	
Владимирський А.В.	<i>Телемедицина</i> – це комплекс організаційних, фінансових і технологічних та інших заходів, що забезпечують надання дистанційних медичних послуг з використанням електронного документообігу [9].
Панченко О. А., Лях Ю. Е., Антонов В. Г.	<i>Телемедицина</i> – це сукупність введених, «вбудованих» в медичні інформаційні системи принципово нових засобів та методів оброблення даних, що об'єднуються в цілісні технологічні системи, які забезпечують створення, передавання, зберігання та відображення інформаційного

Автор	Визначення
	продукту (даних, знань) з найменшими витратами з метою проведення необхідних і достатніх лікувально-діагностичних заходів, а також навчання для всіх, що його потребують, в потрібному місці і в потрібний час [13].
Дорофієнко В. В., Ларіна Р. Р., Владимирський А. В., Балуєва О. В.	<i>Телемедицина</i> – це інтегрована система надання медичної допомоги з використанням телекомунікацій і комп'ютерних технологій замість прямого контакту між лікарем та пацієнтом [14].
Міжнародне товариство телемедицини	<i>Телемедицина</i> – це використання електронних інформаційних та комунікаційних технологій в цілях забезпечення і підтримки охорони здоров'я у випадках, коли учасники знаходяться на відстані один від одного [19]

Примітка. Узагальнено автором на основі [3; 8-14; 19]

Враховуючи існуючі напрацювання вважаємо за доцільне запропонувати власне визначення поняття «телемедицина». Отже, під телемедициною розуміємо інструмент досягнення інклюзивності медицини, який дозволяє забезпечити рівний своєчасний доступ до якісних медичних послуг всім особам, незалежно від їх стану здоров'я, місце розташування, національної приналежності, віросповідання тощо.

Основними завданнями телемедицини є: забезпечення надання медичної допомоги пацієнту, коли відстань є критичним чинником її надання; збереження медичної таємниці та конфіденційності, цілісності медичної інформації про стан здоров'я пацієнта; створення єдиного медичного простору; сприяння підвищенню якості допомоги та оптимізації процесів організації та управління охороною здоров'я; формування системних підходів до впровадження та розвитку телемедицини в системі охорони здоров'я.

Телемедицина не замінює лікаря і є не альтернативою йому, але є потужним інструментом, який підвищує ефективність роботи лікаря первинної ланки та реалізує право кожного пацієнта, у якому віддаленому куточку б він не проживав, на спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу [15].

Владимирського А.В. розрізняє домашню, індивідуальну та мобільну телемедицину. Під домашньою телемедициною він розуміє діагностично-лікувальні прилади та інші медичні технології і послуги, що інтегруються за допомогою спеціального пристрою (монітора) та/або домашнього ПК і призначені для постійної дистанційної медичної

підтримки пацієнта в побутових умовах; під індивідуальною – цілодобове надання медичної допомоги, медичних і суміжних послуг, постійний медичний супровід за допомогою спеціалізованих індивідуальних телекомунікаційних пристроїв у точці необхідності; а під мобільною – розділ телемедицини, який інтегрує в собі мобільні технології, медичні додатки, сервіси і пристрої, що здійснюють збір даних про стан здоров'я людини, їх обробку та обмін в режимі діалогу з лікарем і призначені, з однієї сторони – для діагностики, лікування та ефективного догляду за пацієнтом, а з іншої – для контролю за дотриманням ними здорового способу життя [16].

Телемедицина реалізовується за допомогою надання телемедичних послуг, під якими розуміємо дистанційні медичні послуги з використанням телемедичного устаткування і засобів зв'язку, зокрема: дистанційні медичні консультації, консилиуми, контроль фізіологічних параметрів організму пацієнта, проведення діагностичних і лікувальних маніпуляцій, обмін результатами обстеження пацієнта, інші медичні послуги, а також медичні відео-конференції, медичні відео-семінари, медичні відео-лекції, що здійснюються у вигляді обміну електронними повідомленнями з використанням телекомунікацій.

Види телемедичних послуг та їх характеристика представлені в табл. 2.

Таблиця 2

Основні види телеметричних послуг

Вид послуг телемедицини	Сутність послуги
Телеконсультування	процес дистанційного обговорення конкретного клінічного випадку з метою підтримки в прийнятті якісного і оптимального клінічного рішення для надання невідкладної або планової медичної допомоги
Телеінструктаж	забезпечення фізичної особи (санітара, парамедика й т.д.) відео- й голосовим зв'язком з експертом для одержання рекомендацій з надання першої медичної допомоги
Телемоніторинг	тривале спостереження, оцінка й прогнозування перебігу патологічних процесів на основі даних постійної біотелеметрії, яка забезпечує дистанційне дослідження біологічних явищ і вимір біологічних показників
Телепатронаж	різновид медичного догляду, реалізований дистанційно, за допомогою телекомунікаційних і комп'ютерних технологій
Телехоспіс	забезпечення паліативної допомоги й гідного завершення життя в домашніх умовах шляхом застосування систем телемедицини

Вид послуг телемедицини	Сутність послуги
Телескринінг	дистанційне виявлення й формування груп ризику, профілактичні заходи
Телеприсутність	забезпечення повної дистанційної участі експерта в лікувально-діагностичному процесі шляхом застосування роботизованих та інших телекомунікаційно-комп'ютерних засобів
Телеасистування (дистанційне маніпулювання)	дистанційний синхронний супровід медичних маніпуляцій або дистанційне керування лікувальною й діагностичною апаратурою
Телехірургія	виконання інвазивних маніпуляцій роботизованою системою, дистанційно керованою лікарем-хірургом
Теленаставництво (телементорство)	дистанційна взаємодія (безпосереднє керування діями) між викладачем і учнем з метою надання допомоги в процесі навчання
Телемедичний консилиум	метод консультування на відстані, під час якого до процесу залучають одночасно кількох (двох або більше) фахівців-консультантів
Телесестринство	використання телемедичних систем для надання медсестринської допомоги й координованої роботи медсестер у тих випадках, коли фізична відстань є критичним чинником
Телереабілітація	комплекс реабілітаційних, асистувальних заходів і навчальних програм, які надаються пацієнтові дистанційно за допомогою телекомунікаційних і комп'ютерних технологій (переважно на амбулаторному етапі лікування)
Домашня (індивідуальна) телемедицина	цілодобове надання медичної допомоги, медичних і суміжних послуг, постійний медичний супровід за допомогою спеціалізованих індивідуальних телекомунікаційних пристроїв у точці необхідності
Телефармація	продаж фармацевтичних препаратів в Інтернеті та інших інформаційно-комунікаційні системах
Дистанційне навчання	різновид навчального процесу, при якому або викладач і аудиторія, або учень і джерело інформації розділені географічно

Примітка: сформовано автором на основі [8-14]

Для досягнення інклюзивності сфери охорони здоров'я елементи телемедицини (окремі процедури, системи тощо) повинні впроваджуватися на всіх рівнях надання медико-санітарної допомоги з метою забезпечення оперативної взаємодії, її наступності, своєчасності й доступності.

Наказом Міністерства охорони здоров'я «Про затвердження

нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я» від 19.10.2015 р. № 681 затверджено Порядок організації медичної допомоги на первинному, вторинному (спеціалізованому), третинному (високоспеціалізованому) рівнях із застосуванням телемедицини [17].

По суті затверджений порядок визначає механізм організації телемедичної мережі, яка складається із закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності, фізичних осіб – підприємців, які здійснюють господарську діяльність з медичної практики, що об'єднані у єдину систему та використовують для взаємодії спеціалізовану інтернет-платформу для телемедицини – Портал телемедицини.

Портал телемедицини створений для: упорядкування та систематизації процесу надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини; забезпечення сумісності інформації та даних при наданні медичної допомоги із застосуванням телемедицини; забезпечення використання медичних інформаційних стандартів у процесі надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини; здійснення контролю якості надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини.

Старт медичної реформи став наступним етапом розвитку телемедицини в Україні. Так, у 2017 році було ухвалено Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» [20], який передбачає організацію надання первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації жителів сільської місцевості із застосуванням телемедицини.

Застосування телемедицини у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності, а також фізичних осіб – підприємців, які здійснюють господарську діяльність з медичної практики, забезпечує структурний підрозділ – кабінет телемедицини, за допомогою якого лікарі цього закладу охорони здоров'я надають медичну допомогу із застосуванням телемедицини.

Кабінет телемедицини – це приміщення, виділене керівником закладу охорони здоров'я для проведення телеметричної діяльності та оснащене: персональним комп'ютером з мультимедіа; веб-камерою та фотокамерою цифровою; сканером; безперебійним блоком живлення;

засобами телеметрії; відповідним програмним забезпеченням, підключенням до швидкісного Інтернету та іншим обладнанням згідно з Табелем оснащення кабінету телемедицини [18].

Основними завданнями кабінету телемедицини є: забезпечення процесу надання пацієнтам медичної допомоги із застосуванням телемедицини; впровадження новітніх технологій у діяльність закладу охорони здоров'я; ведення медичної, статистичної та облікової документації в електронній формі та у формі документів на папері, яка використовується при наданні медичної допомоги із застосуванням телемедицини; взаємодія зі структурними підрозділами закладу охорони здоров'я, юридичними та фізичними особами – підприємцями, що надають медичну допомогу із застосуванням телемедицини; участь у розробці рекомендацій щодо застосування телемедицини в закладі охорони здоров'я; забезпечення ефективного використання матеріально-технічної бази кабінету телемедицини; забезпечення дотримання конфіденційності і цілісності медичної інформації про стан здоров'я пацієнта, а також вимог етики та деонтології надання медичної допомоги.

Відповідно до покладених завдань кабінет телемедицини: бере участь у наданні екстреної та планової медичної допомоги; опрацьовує запит на телемедичне консультування; формує запит на телемедичне консультування та проводить пошук необхідного консультанта; опрацьовує висновок консультанта; інформує пацієнта та/або лікуючого лікаря про результат телемедичного консультування; забезпечує ведення журналу обліку телемедичних консультацій; зберігає висновки консультантів на паперових носіях та виготовляє їх копії за необхідності; здійснює облік запитів на телемедичне консультування та висновків консультантів; здійснює направлення пацієнтів для отримання медичної допомоги до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу; здійснює облік матеріальних цінностей, формує замовлення на здійснення ремонтних робіт, оснащення медичним обладнанням та інвентарем, забезпечення твердим та м'яким інвентарем, іншими засобами, необхідними для функціонування кабінету.

Кабінет очолює завідувач, якого призначає на посаду та звільняє головний лікар закладу. Персонал кабінету складається з лікарів, котрі пройшли підготовку з питань надання медичної допомоги із застосуванням

телемедицини на факультетах підвищення кваліфікації під час післядипломного навчання, медичних сестер, які ведуть медичну і статистичну документацію в паперовій та електронній формі та інженерів, що забезпечують функціонування технічних і програмних засобів кабінету.

Завідувач кабінету телемедицини: здійснює керівництво кабінетом; створює умови для безперервного підвищення кваліфікації працівниками кабінету та контролює його своєчасність; створює належні виробничі умови, забезпечує додержання працівниками правил внутрішнього трудового розпорядку, охорони праці та протипожежної безпеки; організовує роботу кабінету та співпрацю з іншими структурними підрозділами закладу охорони здоров'я; організовує надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини; організовує впровадження сучасних методів діагностики та лікування; забезпечує своєчасне отримання, належне зберігання та ефективне використання медичного оснащення і технічних та інформаційно-програмних засобів; організовує дотримання належних санітарно-гігієнічних умов функціонування кабінету; контролює дотримання вимог ведення медичної, облікової та статистичної документації та подає їх керівництву закладу охорони здоров'я; аналізує показники роботи кабінету, вживає заходів щодо їх покращення та є відповідальним за роботу кабінету; надає пропозиції головному лікарю закладу охорони щодо прийняття та переведення на інші посади працівників кабінету.

На сьогоднішній день телемедицина в Україні знаходить на етапі становлення. Одним із пріоритетних завдань її подальшого розвитку є вдосконалення нормативно-правової бази, яка регулює процес надання телемедичних послуг. В першу чергу необхідно розробити і затвердити законодавчі акти в сфері телемедицини й електронної охорони здоров'я, гармонізовані з юридичними нормами Європейського Союзу і методичними документами ВООЗ, нормативну доказову науково-методичну документацію, стандарти і протоколи, національну систему електронних медичних записів, систему дистанційного навчання, електронного документообігу, інформаційні системи лікувально-профілактичних, освітніх і науково-дослідних установ, інформаційні фармацевтичні системи, системи захисту цифрової інформації.

При наданні телемедичних послуг має бути забезпечено збереження

особистої, лікарської таємниці та інших таємниць, передбачених законодавством України, а також конфіденційності персональних даних. Зокрема, програмне забезпечення, що використовується для телемедичного консультування повинно забезпечувати відповідний рівень захисту інформації та її автентичність шляхом використання електронного цифрового підпису.

Подальший розвиток та становлення телемедицини дасть можливість в найближчому майбутньому отримати потрібний ефект: переваги отримають не лише пацієнти, але й медичні установи в цілому та медичні працівники зокрема.

Переваги від запровадження телемедицини для пацієнтів полягають у: підвищенні ефективності та якості лікування; прискорення передачі інформації про результати обстежень між різними спеціалізованими клініками без транспортування хворого (особливо у критичних випадках); проведення дистанційних (телемедичних) консультацій вузькими спеціалістами у територіально віддалених медичних установах; проведення лікарських консилиумів (телеконференцій) із спеціалістами медичних установ незалежно від їх місцезнаходження; виключення помилок, спричинених нерозбірливим почерком лікарів; зменшення термінів обстеження пацієнтів.

Переваги від запровадження телемедицини для медичних працівників полягають у: економії часу за рахунок використання засобів електронного документообігу; отримання інформації про динаміку стану пацієнта; можливість дистанційної участі в обговоренні клінічних випадків, проводити консилиуми та приймати рішення стосовно лікування у мовах територіальної віддаленості один від одного і від пацієнта; цілодобовий доступ до архівів у текстовому, аудіо та відео форматах (знімки, записи, результати обстежень та оглядів; навчання та обмін досвідом між лікарями різних вітчизняних і зарубіжних медичних закладів шляхом проведення web-конференцій.

Переваги від запровадження телемедицини для закладів охорони здоров'я полягають у: підвищенні ефективності роботи медичного персоналу; оптимізація взаємодії різних структурних підрозділів медичних установ; оптимізація кількості медичних працівників та моніторинг їх роботи; зберігання інформації в електронному вигляді в сучасних, компактних формах у відповідності до міжнародних і вітчизняних стандартів.

Переваги від запровадження телемедицини для системи охорони здоров'я в цілому полягають у: оптимізації роботи медичних закладів і працівників; підвищення ефективності системи охорони здоров'я, зменшення соціальної напруги за рахунок підвищення якості медичної допомоги населенню.

5.9. Активізація валеологічного підходу до інституціалізації реформи охорони здоров'я

Людство з давніх-давен усвідомило цінну здоров'я, присвячуючи цій темі численні праці, мудрі думки, які є засобами передачі знань і досвіду старшого покоління молодшому. З розумінням цінності здоров'я і руйнівних наслідків хвороб впливає думка про необхідність дбайливого ставлення до власного здоров'я. «Досконале й квітуче здоров'я є нормальним природним станом життя. Бог ніколи не створював хвороб і страждань: це винятково творіння людей. Хвороби виникають від того, що люди порушують закони, за якими вони повинні жити. Прийде час, коли головною метою лікаря буде зберігати здоров'я людей, а не намагатися лікувати їх, коли вони захворіли. І ще згодом прийде час, коли кожен буде своїм особистим лікарем» (Р. Грін) [1].

За енциклопедичним визначенням здоров'я – це природний стан організму, що характеризується його врівноваженістю із навколишнім середовищем та відсутністю будь-яких хворобливих змін. Здоров'я людини визначається комплексом біологічних (успадкованих та набутих) та соціальних факторів. Останні мають настільки важливе значення у підтриманні стану здоров'я або виникненні і розвитку хвороби, що у преамбулі до статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) записано: «Здоров'я – це стан повного фізичного, духовного і соціального добробуту, а не лише відсутність хвороб та фізичних дефектів» [2]. Поняття здоров'я є дещо умовним та об'єктивно встановлюється за сукупністю антропометричних, клінічних, біохімічних та фізіологічних показників, що визначаються із урахуванням статевих, вікових факторів, а також кліматичних та географічних умов.

Нині 75% випадків більшість захворювань є наслідком способу життя. Здоровий спосіб життя – це комплекс дій, який, перш за все, включає відмову від шкідливих звичок, своєчасну діагностику, фізичну

активність, психічне здоров'я та здорове харчування.

Складовими здорового способу життя є: мотивація людини щодо здорового способу життя, культура здоров'я, знання про здоровий стиль життя; здійснення профілактичної роботи за негативними проявами, формування практичних навичок здорового способу життя, формування творчої особистості здібної до саморозвитку, самоосвіти і самоактуалізації [3].

Процес виховання ставлення людини до свого здоров'я має починатись з раннього дитинства, поступово входить до системи світогляду, ставати складовою частиною загальної культури, духовного світу людини і навчити розрізняти, що є корисним для організму, а що несе шкоду. Саме виховання зумовлює поведінку, стиль життя і, врешті-решт, стан здоров'я.

Людський організм – найдосконаліша система, що саморегулюється й самооновлюється. Не заважайте йому своїм нездоровим способом життя, і він віддячить вам гармонією повного духовного, психічного та фізичного здоров'я.

У молодості та зрілості людина зазвичай не замислюється про своє здоров'я, наївно вважаючи, що і через роки вона буде такою ж бадьорою і витривалою. Лише розмінявши шостий десяток, вона починає розуміти, що можливості у неї вже не ті, що раніше, коли вона не боялась будь-яких навантажень: дають про себе знати хвороби і проблеми, які властиві людям цього віку. Багато хто вважає, що в такому випадку залишається тільки змиритися з неминучою, як їм здається, старістю, а тому перестають вести активний спосіб життя і приймають безліч ліків, щоб допомогти своєму організму перейти на новий режим. На жаль, це вельми поширена помилка.

Навіть у літньої людини життя може бути яскравим і насиченим – потрібно лише скорегувати повсякденний стиль поведінки з урахуванням змін, що відбуваються в цей час в організмі, але ні в якому разі не змінювати його радикально.

Людський організм перебудовується все життя, він переходить з дитинства в юність, потім у зрілість і т.д. Будь-яка перебудова організму, будь то статеве дозрівання або старіння, закономірна і біологічно обумовлена. Кожна фаза життя – особлива: у неї є свої переваги, і старіння в цьому сенсі не є винятком.

З роками окремі фізіологічні функції людини згасають, але паралельно організм активно чинить опір негативним явищам, використовуючи нагромаджений запас життєвих сил і при продовженні активності аж до глибокої старості. У першу чергу необхідна рухова активність, оскільки в цьому випадку органи, м'язи і судини залишаються здоровими набагато довше. Звичайно, перелік специфічних захворювань літніх людей широкий, але з деяким з них можна з успіхом запобігти, а інші вилікувати за допомогою раціонального харчування, активного способу життя, немедикаментозних методів лікування і фізичних вправ.

Дослідження американських вчених дозволили виявити загальні принципи, які допомагають людям доживати до віку за 80 років. Ці принципи можна виразити як логічну послідовність дій: не повніти; не курити; не зловживати алкоголем; не захоплюватися ліками; вести активний, діяльний спосіб життя; проводити більше часу за межами міста, на природі; зберігати душевну рівновагу [4].

У грудні 2017 року Міністерство охорони здоров'я разом із Центром громадського здоров'я та експертами презентували національні рекомендації зі здорового харчування та здорового способу життя [5].

Національна модель здорового способу життя містить наступні постулати: контрольовані методики визначення калорійності їжі, розпорядку дня; рекомендації дотримання харчової безпеки, здорового способу життя.

Однією із базових рекомендацій є фізична активність, яка попереджає патології серця, інсульт, діабет та рак, зменшує ризики травм, сприяє покращенню функціонального стану, поліпшення самооцінки та якості життя. Мінімальна тривалість помірної та середньої за інтенсивністю фізичної активності повинна становити 30 хвилин на день або 150 хвилин на тиждень. Харчування і активний спосіб життя – це лише частина політики підтримки здорового способу життя, яка мала б доповнюватися розвитком духовності, відсутністю шкідливих звичок, екологічним благополуччям, створенням сприятливих соціальних умов, саморозвитком та самовдосконаленням кожної особистості.

Хоча варто визнати, що розробка норм фізіологічних потреб населення в білках, жирах і вуглеводах, які були незмінними майже

19 років, стало реальним кроком Міністерства охорони здоров'я, який наблизив нас до цивілізованих країн. Насправді, здорове харчування – це доступність вибору різних продуктів для споживачів, здоровий вибір кожного громадянина в тих раціонах, які рекомендують світові експерти. В основі пропонованого здорового раціону лягли кращі світові практики, які українські лікарі і дієтологи адаптували до українських реалій. Багато країн світу вже використовують в якості рекомендацій сформовані вченими-дієтологами «тарілки здоров'я». У них увагу зосереджено на плодоовочевій та злакової групі продуктів, які повинні складати більше половини раціону. Білковим продуктам (м'ясо, риба, молочні продукти) відведено 25% раціону.

Якщо взяти найекономніший варіант здорової тарілки, то до неї входить 7 здорових страв, і її вартість приблизно становитиме 60 грн. на день або 1800 грн. на місяць¹⁴.

При середній заробітній платі в 7377 грн. на здорове харчування піде від 24% до 70% заробленого на одну людину. Тобто реально цілі здорового способу життя державою декларуються, але фінансового базису для їх повноцінного втілення не створено. Якщо взяти до уваги законопроект України «Про засади державної політики в сфері охорони здоров'я», то здоровий спосіб життя держава пропонує своїм громадянам забезпечувати власними можливостями. Так, в статті 1 законопроекту зазначено, що «здоровий спосіб життя – це усвідомлений вибір поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, на основі засвоєння колективних зразків поведінки, які призводять до збереження і поліпшення здоров'я людей і їх благополуччя, що доступні людям відповідно до їхніх життєвих можливостей, в якій відображається активність людини по відношенню до свого здоров'я» [6].

Можна стверджувати, що в реалізації політики охорони здоров'я

¹⁴ На цю суму можна купити по 100 г білокачанної капусти, моркви, буряка, 100 г річкового коропа, 100 г курячих крилець, два яйця, дві столові ложки соняшникової олії, півлітра молока і кефіру жирністю 2,5% в м'якій упаковці, одне яблуко, один банан, по жмені гарбузового насіння і чищених волоських горіхів. Якщо замінити звичайну капусту на броколі, буряк і моркву – на баклажани, коропа – на лосося, курячі крильця – на філе, кефір – на йогурт, волоські горіхи – на мигдальні, соняшкову олію – на оливкову, то вартість такої тарілки становитиме 171 грн. на день, або 5100 грн. / місяць. Такі суми не співпадають із розміром прожиткового мінімуму, який з 1 грудня 2018 року становить 1853 грн., а з 1 липня 2019 року становитиме 1936 грн.

робиться спроба поєднання валеологічного підходу і використання власного потенціалу здоров'я¹⁵. Здоров'я людей як носіїв певної генетичної інформації зумовлює якість людського капіталу наступного покоління. Однак, половина дітей народжуються уже хворими, знижуючи цим самим потенціал здоров'я для прийдешніх поколінь [7, с. 243]. Така ситуація суперечить Законодавству України з охорони здоров'я, в якому чітко зазначено, що «суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя» [8]. Тому необхідно кардинально міняти підходи до реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я.

Для впровадження валеологічного підходу в реалізацію публічної політики необхідно виходити із поєднання духовного, генетичного потенціалів, можливості самореалізації, саморозвитку та самовдосконалення.

Духовний потенціал поєднує молитву, працю і здорову багату протеїнами та рослинними білками їжу.

Генетичний потенціал створює свого роду базу для здорового способу життя. Однак відомий дієтолог Марк Хайман довів, що 32 гени можуть впливати на вагу людини, але в комплексі вони дають лише приблизно 10 кг зайвої ваги. Тому основний акцент в підтримці здорового способу життя повинен бути вибором кожної людини.

В питаннях саморозвитку необхідно опиратися на таку стратегію поведінки: зосередитись на продуктах, які не містять крохмалю та цукру; споживати рослинні жири, які є в авокадо, кокосі та оливковій олії, горіхах, насінні; уникати вживання рафінованого цукру та вуглеводів; приймати харчові добавки (риб'ячий жир, вітамін D); управляти рівнем стресу (йога, фізичні вправи чи просто глибоке дихання); висипатися (7-8 годин здорового сну); уникати надмірного

¹⁵ Під потенціалом здоров'я слід розуміти сукупність кількісних і якісних структурно-функціональних особливостей організму, які визначають рівень адаптаційно захисних можливостей людини в несприятливих умовах внутрішнього і зовнішнього середовища. Розрізняють наступні рівні потенціалу здоров'я: особистісний, груповий, суспільний [9, с.47].

перебування в соціальних мережах; регулярно займайтесь фізичними вправами.

Для зміцнення власного потенціалу здоров'я слід опиратися на теорію довголіття Дена Бюттнера, який вивів 5 зон довголіття [10]. До таких зон належать:

Зона 1 – Окінава, яка змогла зберегти більшу частину давніх традицій протягом сотень років.

Зона 2 – Сардинія, яка будучи найвишуканішим курортом, зберігає дух справжньої, патріархальної Сардинії, чиї жителі, займаються традиційним тваринництвом і землеробством та живуть до ста років.

Зона 3 – Каліфорнійське місто Лома-Лінда, жителі якої не підтримують шкідливі звички нахштатт куріння, алкоголю, харчування нездоровою їжею та плекають справжні сімейні цінності. Вони перетворили своє місто в оазис культурного життя США.

Зона 4 – півострів Нікоя в Коста-Ріці, який відділений від решти частини країни труднопрохідними горами і джунглями. Екологічно чиста територія, відокремлена від цивілізації, місцеві традиції та принципи харчування, існуючі в Нікої, дозволили цьому місцю стати однією з «блакитних зон» довгожителів.

Зона 5 – особиста «блакитна зона», яку кожна людина повинна будувати сама, опираючись на основні правила довголіття: віра в Бога; фізична активність; скорочення калорій; домінування рослинної їжі, вживання червоного вина; наявність мети в житті; сім'я, родинні зв'язки та їх підтримка; управління стресом, випромінення спокою і безтурботності; оточення людьми, які поділяють цінності «блакитних» зон.

Новітньою складовою валеологічного підходу є використання технологій тета-зцілення. Тета-зцілення (тета-хілінг) – технологія зцілення тіла, розуму й душі, тобто на фізичному, енергетичному рівнях і рівні ДНК. Це інструмент досягнення внутрішньої гармонії. За своєю суттю, це – медитація, яка, завдяки тета-хвилям, сприяє фізичному, психологічному й духовному зціленню.

Достатньо володіти вмінням трансформувати стан свого тіла і свідомості, щоби змінилися обставини. Потрібно навчити свій мозок, клітини, гормони функціонувати відповідним способом і перебувати в оптимальному стані. Наукове розуміння «пам'яті клітин» підтверджує, що це можливо.

Основою тета-зцілення як методу, який у 1995 році розробила Віанна Стайбл, став принцип, згідно з яким людина є земною копією цілого космосу. Таким способом, коли ми рухаємося у своїй уяві за межі Сонячної системи, зірок і галактик, то фокус уваги зміщується не просто всередину себе, а у глибину клітин й атомів. У результаті формується можливість отримати доступ до джерела величезної потужної енергії та спрямувати її у потрібне русло, зважаючи на закони Всесвіту.

Більш науково процес тета-зцілення можна описати так. Існує п'ять різних частот, на яких може працювати наш мозок: бета-, альфа-, тета-, дельта- і гамма-хвилі. Частотні характеристики нашого мозку постійно змінюються, бо він випромінює хвилі в усіх частотних діапазонах. Усім, що ми робимо і говоримо, керує частота хвиль нашого мозку, яка у кожній конкретній ситуації переважає над іншими частотами.

Бета-хвилі. Мають частотну характеристику 14-28 коливань у секунду. У такому стані людина активна, її увага спрямована на навколишній світ і події, які в ньому відбуваються.

Альфа-хвилі. Це – 7-14 коливань мозку на секунду. На цьому рівні функціонують психічні програми, які ми не контролюємо свідомо, але при бажанні вони можуть стати легко доступними.

Тета-хвилі. Коливання мозку сповільнюються до 4-7 коливань у секунду. Вважають, що тета-хвилі належать нашій підсвідомості, яка знаходиться між свідомістю і безсвідомим. Це є те місце, де зберігаються наші спогади і переживання. Також тета-хвилі відповідають за наші погляди, переконання і поступки. Якщо ці хвилі переважають, людина відчуває творчий підйом і натхнення, а її переживання мають піднесений духовний характер.

Дельта-хвилі. 0-4 коливання на секунду. Наш мозок функціонує у цьому діапазоні, коли за мінімальний строк треба засвоїти величезну кількість інформації або за долі секунди прийняти єдине правильне рішення. Коли мозок переходить на рівень гамма-ритмів, тоді можливе моментальне зцілення.

У тета-стані нам стають доступними причини збоїв у роботі нашого організму й нашої психіки й видалення їх. Тут ми також стаємо здатними контактувати з різними рівнями свого «Я», а також із тими структурами Всесвіту, які їм відповідають.

Отож відповідно до своєї картини світу фізичне й енергетичне тіла людини випромінюють у навколишній світ електромагнітні хвилі різного діапазону, амплітуди і частоти. Вони притягують із простору події і людей, які їм відповідають. Наприклад, коли людина боїться темноти, вона притягуватиме ситуації, коли їй доведеться в ній перебувати...

Ось чому кажуть, що світ є нашим відображенням. Він показує нам, які вібрації ми випромінюємо.

Цілительство, особливо на тета-гамма рівнях, робить людину цілющою. Це означає, що у людини, яку зцілюють, гармонізуються всі аспекти її здоров'я і життя.

За допомогою тета-зцілення можна: зцілювати на фізичному, емоційному і духовному рівнях; знаходити й трансформувати переконання, клятви й обіцянки, які створили ви і ваш рід та які негативно впливають на ваше здоров'я, стосунки, матеріальне благополуччя, творче вираження тощо; змінювати негативні установки на всіх енергетичних рівнях: глибинному, генетичному, історичному й на рівні душі; сканувати людське тіло, визначати порушення в органах і системах і зцілювати їх; зцілювати душу; повністю трансформувати життя відповідно до завдань душі.

У розвинутих країнах накопичений досить великий досвід використання різноманітних інституційних, соціальних, соціально-психологічних і духовних підходів до вирішення проблеми здорового способу життя та профілактики захворювань, які можна адаптувати до умов національної економіки. Серед них:

1) багатостороння система заходів із зменшення шкоди здоров'ю тютюном, алкоголем, наркотиками, профілактика і боротьба з хворобами, що передаються статевим шляхом. Ця політика визначається передусім Єдиною конвенцією про наркотичні засоби (1961 р.), Конвенцією про психотропні речовини (1971 р.), Конвенцією Організації Об'єднаних Націй про боротьбу проти незаконного обігу наркотичних засобів і психотропних речовин, ратифікованими в тому числі й Україною;

2) використання ліцензованих медпрепаратів, вітамінів, мінералів, дотримання вимог Європейського законодавства до виробництва лікарських препаратів, їх якості та адекватності дії. Європейська система з ліцензування, що набула чинності з 1995 р., гарантує якість, безпеку і ефективність всіх лікарських препаратів, що виробляються і

реалізуються на території ЄС. Окрім того, гарантується, що вся продукція, яка поставляється на європейський ринок, випускається тільки тими виробниками, котрі мають на це відповідний дозвіл і чий підприємства регулярно контролюються уповноваженими інстанціями (наприклад Європейське Агентство по контролю лікарських засобів);

3) прийняття хартій про здоровий спосіб життя. Наприклад, стратегічним документом, що впливає на публічну політику в сфері охорони здоров'я у Великобританії є Хартія за пропаганду здорового способу життя, оприлюднена на початку 1998 р, яка передбачає: створення суспільного капіталу для поліпшенню умов здоров'я, професіоналізацію місцевих мереж охорони здоров'я, які складаються з центрів здорового способу життя, що працюють за принципом міжсекторного партнерства та взаємодії.

Ще одним цікавим документом є хартії з питань транспорту, довілля і охорони здоров'я. Хартія передбачає широкий діапазон заходів, зокрема, планування транспорту, землекористання, програм інвестування в інфраструктуру, підвищення привабливості громадського транспорту, їзди на велосипедах, ходьби. У Швейцарії, Великобританії, Нідерландах, Данії, Норвегії прийняті національні стратегії заохочення до вказаних видів пересування, але навіть у Нідерландах тільки 1% населення щорічно їздить на велосипедах, а у Великобританії відповідний показник становить лише 0,1%;

4) реалізація політики щодо створення сприятливого навколишнього середовища (просвітницькі компанії зі зміни стилю життя (Австрія), щодо використання пластикових одноразових виробів; проекти «Еко-життя», які дозволили запровадити альтернативи щодо мобільності, харчування, підтримки здорового способу життя. Учасників проекту заохочували, надаючи їм статус «послів змін» всередині їхніх соціальних груп; прийняття Комюніке «Чиста планета для всіх. Європейське стратегічне довгострокове бачення задля процвітаючої, сучасної, конкуруючої та такої, що не впливає на клімат, економіки»¹⁶).

¹⁶ 28 листопада 2018 року Європейська Комісія оприлюднила Комюніке, метою якого є дотримання спільних дій у семи сферах: енергоефективність, розгортання відновлюваних джерел енергії, чиста та безпечна мобільність, конкурентна промисловість та циркулярна економіка, інфраструктура та взаємозв'язки, біо-економіка та природні поглиначі вуглецю, вловлювання та зберігання вуглекислого газу.

5) розробка стратегій щодо сприяння здоров'ю, постулати яких визначені Оттавською Хартією, Джакартською декларацією у сфері сприяння здоров'ю на XXI століття. В яких передбачено сприяння суспільній відповідальності за здоров'я; збільшення інвестицій у розвиток здоров'я; зміцнення і розширення партнерства в охороні здоров'я; збільшення можливостей громад та індивідуальних можливостей; забезпечення надійної інфраструктури сприяння здоров'ю, що має передбачати нові механізми діяльності урядових, неурядових організацій, освітніх інституцій та приватного сектора з метою максимальної мобілізації їх ресурсів на локальному, національному та глобальному рівнях.

Окремого законодавства щодо сприяння здоровому способу життя в Україні не розроблено. Відповідно до Статті 32 Основ законодавства в сфері охорони здоров'я сприяння здоровому способу життя населення має здійснюватися шляхом: поширення наукових знань з питань охорони здоров'я, організації медичного, екологічного і фізичного виховання; реалізації заходів щодо підвищення гігієнічної культури населення, створення необхідних умов, у тому числі медичного контролю, для заняття фізкультурою, спортом і туризмом, розвиток мережі лікувально-фізкультурних закладів, профілакторіїв, баз відпочинку та інших оздоровчих закладів, боротьби із шкідливими для здоров'я людини звичками, встановлення системи соціально-економічного стимулювання осіб, які ведуть здоровий спосіб життя; обмеження паління та вживання алкогольних напоїв.

Для модернізації публічної політики в сфері охорони здоров'я на засадах валеологічного підходу необхідно розробити Хартію сприяння здоровому способу життя, яка чітко представить позицію держави та регіонів щодо їх ролі у збереженні здоров'я населення шляхом підтримки здорового способу життя. На нашу думку, в основі реалізації Хартії повинні бути покладені стратегії, проекти, програми здорового способу життя, які базуються на валеологічних підходах, міжсекторному партнерстві в охороні здоров'я; нагромадження необхідного суспільного капіталу для створення сучасного інфраструктурного забезпечення здорового способу життя, якості довілля. Результатом реалізації даних заходів повинні бути: поліпшення якості життя, збільшення тривалості повноцінного життя, високі індекси щастя, поліпшення показників довілля.

Процес реформування публічної політики в сфері охорони здоров'я триває, створення інституційного базису для підтримки здорового способу життя є незавершеним і вимагає врахування кращих зарубіжних практик та напрацьованих конвенцій, стратегій, доктрин у сфері підтримки здорового способу життя.

Існуючі доктрини передбачають досягнення високих показників здоров'я двома шляхами: 1) за допомогою відтворення, збереження і зміцнення здоров'я; 2) шляхом лікування хвороб. Основний кадровий, фінансовий і матеріальний потенціал вітчизняної системи охорони здоров'я сконцентрований на лікуванні хвороб. Але практичний досвід, набутий нашою країною та розвинутими країнами світу, вказує на хибність цього шляху. Тому створення необхідного інституційного забезпечення здорового способу життя в національній системі охорони здоров'я потребує подальшого вдосконалення.

Перелік використаних джерел

РОЗДІЛ 1

1.1. Сутнісні детермінанти та наукові підходи до управління охороною здоров'я

1. Здоров'я-2020: підтримка дій всього государства та общества в интересах здоровья и благополучия. URL : <http://www.euro.who.int/>
2. Всемирная организация здравоохранения. URL: <https://www.who.int/countries/ukr/>
3. Доповідь ПРООН про стан людського розвитку URL: [file:///C:/Users/Dell/Downloads/UKR-HDR2019-overview-ukrainian%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Dell/Downloads/UKR-HDR2019-overview-ukrainian%20(1).pdf)
4. Health at a Glance 2019: OECD Indicators. URL: [www.oecd.org > health > health-systems](http://www.oecd.org/health/health-systems)
5. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.-наук. вид. / авт. кол. : М. М. Білинська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова та ін. ; за заг. ред. проф. М. М. Білинської. – К. ; Львів : НАДУ, 2012. – 240 с.
6. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення України / Закон України №2168-VIII від 19.10.2017.
7. Global Competitiveness Index 2017–2018 Rankings. URL: <http://www3.weforum.org/docs/GCR2017-2018/05FullReport/TheGlobalCompetitivenessReport2017%E2%80%932018.pdf>.
8. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку : кол. моногр. [за заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. К. : НАДУ, 2013. 424 с.
9. Цілі сталого розвитку. URL: <http://sdg.org.ua/ua/pro-hlobalni-tsili/good-health-and-well-being>
10. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я. URL:https://pidruchniki.com/1781040937372/meditsina/menedzhment_u_galuzi_ohoroni_zdorovya

1.2. Інституційний базис управління охороною здоров'я в умовах проведення медичної реформи

1. Зима І. Я. Аналіз законодавчого забезпечення державного управління трансформацією системи охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. 2019. № 7. С. 108-113.
2. Коваленко Т. Ю. Державне управління у сфері санаторно-курортного забезпечення дітей в Україні: нормативно-правові аспекти. Актуальні проблеми державного управління, педагогіки та психології : зб. наук. пр. 2013. Вип. 1 (8). С. 86-92.
3. Конституції України URL:<http://portal.rada.gov.ua/uploads/documents/27396.pdf>
Концепція Загальнодержавної програми "Здоров'я 2020: український вимір" URL:<https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/244717787>
4. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 роки URL:<http://moz.gov.ua/strategija>
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я» URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15>

6. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
7. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>
8. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості. Закон України URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19>
9. Про лікарські засоби. Закон України URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96>
10. Петрова С. В. Нормативно-правові засади державного забезпечення якості медичної допомоги. Вісник Академії митної служби України. Серія : Державне управління. 2014. № 2. С. 102-108.
11. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» (справа про безоплатну медичну допомогу) URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v010p710-02>
12. Ціборовський О. М. Шляхи систематизації законодавства України у сфері охорони здоров'я. К., 2011. 72 с.
13. Чернецький В. Ю. Інституційний механізм реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я. *Економіка будівництва і міського господарства*. 2012. Т. 8. № 4. С. 315-322.

1.3. Удосконалення мережі закладів охорони здоров'я

1. Законодавство України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/index>
2. Конституція України. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/constitution>

1.4. Організаційно-економічний механізм створення комунальних некомерційних підприємств в системі охорони здоров'я

1. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я. Закон України від 06 квітня 2017 року № 2002-VII. URL: <https://chernigiv-rada.gov.ua/ohoronaz-reformuvannya/id-2519/>
2. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства (оновлена версія). URL: https://moz.gov.ua/uploads/0/3555-moz_metod_recomendations_autonomization_2018_ua_final_web.pdf

1.5. Становлення ринку медичних послуг національної економіки

1. Здреник В. Моделі охорони здоров'я: зарубіжний досвід і українські перспективи. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. 12-13 грудня 2018 р. Тернопіль-Кам'янець-Подільський. ТНЕУ, 2018. 346 с.
2. КВЕД. URL: <https://kved.biz.ua>
3. Устинов Л.В. Розширено перелік платних медичних послуг в Україні. Український медичний часопис в Україні. 2016 URL: <http://www.umj.perelik-platnih-medicnih-poslug>.

4. Мельник А.Ф., Мельник Ю.В. Трансформація регіональних ринків медичних послуг в умовах інституційних реформ в Україні. Вісник Чернівецького торговельно-економічного інституту. Чернівці. ЧТЕІ КНТУ, 2019. Випуск II (74). Економічні науки. С. 28-52.
5. URL: https://pidruchniki.com/1328102237471/meditsina/harakteristika_rinkiv_galuzi_ohoroni_zdorovya
6. URL: science.ipnu.ua/sites/deaubt/files/journal-paper/2018/jun/1322/235.pdf
7. URL: ukrstat.gov.ua
8. URL: <https://youcontrol.com.ua/-data-research/Kuplin-zdrovia-top-privatnykh-medychnykh-zakladiv>
9. Державна служба статистики України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua>
10. Галковська Т. Приватна медицина починає і.чи виграє. Цензор.нет. URL: https://censor.net.ua/ua/resonance/3079695/pryvayna_medytsyna_pochynaye_i_chy_vygra_aye
11. URL: <http://apps.wro.int/uha/database/regional-Averages/index/eu>].
12. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України 2017 р. Інститут стратегічних досліджень МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України» К.: МБЦ «Медінфоред, 2018. 458 с. URL: <https://library.gov.ua/shhorichna-dopovid-pro-stan-zdorov-ya-naseleण्या-sanitarno-epidemichnu-sytuatsiyu-ta-rezultaty-diyalnosti-systemy-ohorony-zdorov-ya-ukrayiny-2017-rik/>.
13. Шомнікова А.В. Ринок медичних послуг: проблеми ефективного використання маркетингових досліджень. Наукові праці НДФІ. К.: НДФІ, 2009. № 2. С. 131-136. URL: www.irbis-nbuv.gov.ua-egi-din-irbis-nbuv-cgirbis-64-Npdfi...
14. Гапонова О.Є. Особливості формування ринку медичних послуг в Україні на сучасному етапі. Вісник Харківського національного університету ім. В.Н.Каразіна. № 1144. 2014 р. С.94-96.
15. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення України. Закон України № 2168-VIII від 19.10.2017 р.
16. URL: <https://moz.gov.ua/dokumenti->
17. Методичні рекомендації Міністерства охорони здоров'я України з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. Схвалено робочою групою з питань реформи фінансування сфери охорони здоров'я України від 14 лютого 2018 р. 84с.
18. URL: rajonka.com

1.6. Модернізація системи державного регулювання ринку лікарських засобів в Україні

1. Звіт Торговельної палати України: Бачення 2020: План дій у сфері розвитку фармацевтичного сектору в Україні. URL: http://www.chamber.ua/Content/Documents/-1613326644Vision2020_ukr.pdf
2. Мнушко З.М. Менеджмент та маркетинг у фармації: Ч.П. Менеджмент у фармації: Підручник для студентів вузів. – 2-е вид. під ред. З.М.Мнушко. Х.: Вид-во НФаУ «Золоті сторінки», 2009. 448 с.

3. Про лікарські засоби. Закон України. *Відомості Верховної Ради України*. 2014. № 47. С. 2052.
 4. Пінчук Д. В. Світовий досвід регуляторної політики у сфері торгівлі лікарськими засобами. *Економіка і держава*. 2017. №11. С. 108-110.
 5. Пінчук Д. В. Аналіз методів регуляторного впливу на сферу торгівлі лікарськими засобами провідних країн світу. *Інвестиції: практика та досвід*. 2017. № 22. С. 44 – 45.
- 1.7. Управління закладами охорони здоров'я регіону в умовах медичної реформи**
1. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025. URL: https://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Proekt-Strategiyi-reformi_OZ.pdf
 2. Ясінська Й. Зміни в організаціях: належне управління, кризові ситуації і умови досягнення успіху: Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня доктора економічних наук (Спеціальність 08.00.04 економіка та управління підприємствами). Івано-Франківськ, 2016. 42с. URL: http://nung.edu.ua/files/attachment/avtoreferat_yasinska.pdf
- 1.8. Програмні аспекти реформування сільської медицини**
1. Авраменко Т.П., Богачев Р.М., Нерсисян Г.А., Довганчин Г.С. Державна політика змін у сфері охорони здоров'я в Україні: регіональний вимір. URL: http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis
 2. Білинська М.М. Управління змінами в сфері охорони здоров'я. Київ: Нац. акад. держ. упр. при Президенті України. 2015. 80с.
 3. Веб-сайт Тернопільської обласної ради. URL: <http://te-rada.org/?id=300>
 4. Вовк С. М. Системні трансформації охорони здоров'я : монографія. Кривий Ріг: ДДУУ : Вид. Р.А. Козлов, 2017. 315 с.
 5. Вовк С.М. Механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я. URL: https://dsum.edu.ua/wp-content/uploads/2019/06/dis_1verd-7_2_1_2.pdf
 6. ВООЗ: веб-сайт. URL: <http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report/ehr> (дата звернення: 28.08.2017).
 7. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.-наук. вид. авт. кол. : М. М. Білинська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова та ін. ; за заг. ред. проф. М. М. Білинської. К.; Львів: НАДУ, 2012. 240 с.
 8. Жаліло Л.І. Стратегії змін у сфері охорони здоров'я в умовах соціально-економічних реформ в Україні. Л.І.Жаліло, О.І.Мартинюк. Державне управління: теорія та практика: електрон. наук. фах. журн. URL: <http://academy.gov.ua/ej/ej14/txts/Zhalilo.pdf>
 9. Семігіна Т. Охорона здоров'я у глобальному та європейському порядку денному. URL: http://ipend.gov.ua/wp-content/uploads/2018/08/semygina_ohorona.pdf
 10. Удосконалення управлінських механізмів державної підтримки системи охорони здоров'я в Україні. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=93>
 11. Управління змінами в системі охорони здоров'я України: історія та уроки пілотних регіонів: навчальний посібник. Дніпропетровськ. 2016. 56с.

12. Шугтов М.М. Оптимизация управления ресурсами здравоохранения: учебник. М.М.Шугтов, В.В.Дорофиев, Н.С.Блинова. Донецк: ВИК, 2015. 238с.
- 1.9. Покращення соціально-економічних детермінант здоров'я населення як стратегічний напрям реформування публічної політики охорони здоров'я в Україні**
1. Шушпанов Д.Г. Соціально-економічні детермінанти здоров'я населення: монографія. Тернопіль: Економічна думка, 2017. 826 с.
 2. Projects on mobile health (mHealth) for tobacco control /WHO. URL: <http://www.who.int/tobacco/mhealth/projects/en>. (Last accessed: 14.02.2020).
 3. Про оздоровлення та відпочинок дітей: Закон України. Відомості Верховної Ради України. 2008. № 45. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/375-17>. (дата звернення: 15.03.2020).
 4. Food and Nutrition Action Plan 2015-2020 / WHO. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/253727/64wd14e_FoodNutAP_140426.pdf. (Last accessed: 14.02.2020).
 5. Концепція державної політики в галузі харчування населення України http://www.culip.com.ua/m/m_hlthprtct_harch_u.html. (дата звернення: 15.03.2018).
 6. Ховрак І. В. Доходи населення України: економічний зміст і дискусійні питання. Вісник Кременчуцького національного університету імені Михайла Остроградського. 2013. № 1. С. 160-165.
 7. Нерівність в Україні: масштаби та можливості впливу / за ред. Е. М. Лібанової. Київ, 2012. 404 с.
 8. Лібанова Е. М. Україна: глибина нерівності. Дзеркало тижня. 2016. № 35 (281). URL: <http://www.pressreader.com/ukraine/dzerkalo-tizhnya/20161001>. (дата звернення: 14.02.2020).

РОЗДІЛ 2

2.1. Концептуальні засади управління закладами охорони здоров'я в умовах медичної реформи

1. Цивільно-правовий метод регулювання суспільних відносин URL: <https://studfile.net/preview/7900353/page:5/>
2. Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів. Закон України. URL: http://ukrainepravo.com/law-making/bill_enacted_into_law/zakon-ukraini-pro-derzhavni-finansovi-garantii-medichnogo-obslugovuvannya-naselennya/
3. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України. URL: <http://www.apteka.ua/article/359629> Назва з екрана
4. Що чекати від страхової медицини: 8 відповідей на актуальні запитання. URL: http://tvoemisto.tv/news/shcho_chekaty_ukraintsyam_vid_strahovoi_medytsyny_8_vidpovey_na_aktualni_zapytannya_81496.html
5. Основи законодавства України про охорону здоров'я. URL: http://protokol.com.ua/ua/osnovi_zakonodavstva_ukraini_pro_ohoronu_zdorov_ya_2/
6. Про затвердження Порядку проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я. Постанова КМ України від 27 грудня 2017 р. № 1094.

7. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. ВИПУСК 78 «Охорона здоров'я». URL: <https://ips.ligazakon.net/document/view/moz5907?an=1817>.
- 2.2. Організаційний механізм впливу на управлінську діяльність в закладі охорони здоров'я**
1. Баластрик, Л.О., Транченко Л.В. Проблеми удосконалення організаційно-економічного механізму управління підприємством. *Теоретичні і прикладні питання економіки*. Київський університет. 2005. Вип.7. С.188-195.
 2. Бойко О.Б. Формування ефективного організаційного механізму управління підприємством. *Економічний аналіз*. 2015. Т. 19(2). С. 26-32.
 3. Вовк С.М. Механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я: дис. ... докт. з держ. управл.: 25.00.02. Маріуполь, 2019. 492с.
 4. Гросул, В.А. Соціально-економічна стійкість підприємства: теоретико-методологічні засади та практичний інструментарій: монографія. Харків: ХДУХТ, 2007. 303с.
 5. Гордієнко Л.Ю. Менеджмент державної установи: навчальний посібник. Х. : Вид-во ХДЕУ, 2001. 152с.
 6. Дубінський С. Проблеми забезпечення якості послуг в медичній галузі України. *Європейський вектор економічного розвитку*. Економічні науки. 2016. №1. С. 51-59.
 7. Жаліло Л.І. Стратегізмін у сфері охорони здоров'я в умовах соціально-економічних реформ в Україні. *Державне управління: теорія та практика*: електрон. наук. фах. журн. 2010. № 2. URL: <http://academy.gov.ua/ej/14/txts/Zhalilo.pdf>
 8. Коваль Л. В. Адміністративне право України : курс лекцій (Загальна частина). К.: Основи, 2004. 154 с.
 9. Кривокульська Н.М. Керівник адміністративної служби: навчальний посібник. Тернопіль: „Крок”, 2015. 200с.
 10. Літвінов О., С. Капалан С.М. Сутність та види механізмів в економіці. Придніпровська державна академія будівництва та архітектури. *Економіка та управління підприємствами*. 2017. Вип. 6. С. 146-149.
 11. Мельник А.Ф., Васіна А.Ю., Кривокульська Н.М. Менеджмент державних установ і організацій: навчальний посібник. Тернопіль: Економічна думка, 2006. 320 с.
 12. Поживілова О. Фахівець у галузі управління охороною здоров'я України: пошук моделі. *Інвестиції: практика та досвід*. 2011. №19. С.76-83.
 13. Про Стратегію сталого розвитку “Україна – 2020” : Указ Президента України від 12 січня 2015 р. № 5/2015 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5/2015>
 14. Савельєва В.С. Психологія управління: навчальний посібник. Київ: ВД «Професіонал». 2006. 320 с.
 15. Семененко І. Організаційна та корпоративна культура в державному управлінні: термінологічний аналіз. *Публічне управління: теорія та практика*. 2014. Вип. 4. С. 238-243. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pubupr_2014_4_38
 16. Троцький Р.С. Формування готовності до управлінської діяльності курсантів вищих навчальних закладів МВС УКРАЇНИ у фаховій підготовці : дис. ... канд. педаг. наук : 13.00.04. Київ, 2018. 306с.

17. Управління змінами в системі охорони здоров'я України: історія та уроки пілотних регіонів: навчальний посібник. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Волчек В.В.. Дніпропетровськ. 2016. 56с.
 18. Файоль А., Эмерсон Г., Тэйлор Ф., Форд Г. Управление – это наука и искусство. М.: Республика, 1992. 352с.
- 2.3. Адміністрування функціональної діяльності закладу охорони здоров'я**
1. Адміністративний менеджмент: навч. посіб. / А. Ф. Мельник, Г. Л. Монастирський, Т. М. Попович та ін.. Тернопіль : ТАЙП, 2016. 115 с.
 2. Державна стратегія реалізації державної політики забезпечення населення лікарськими засобами до 2025 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua>
 3. Кодекс Законів про Працю України № 871-12 від 20.03.91. Дата оновлення: 28.11.2019 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/322-08> (дата звернення: 01.12.2019).
 4. Генеральна угода про регулювання основних принципів і норм реалізації соціально-економічної політики і трудових відносин в Україні на 2019 - 2021 роки. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/n0001120-19#Text>
 5. Податковий кодекс. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2755-17>
 6. Національна служба охорони здоров'я. URL: <https://nszu.gov.ua>
 7. Державне управління охороною здоров'я в Україні: кол. моногр. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я.Ф.Радиш; передм. Т.Д.Бахтеєвої ; за заг. ред. проф. М.М.Білинської, проф. Я.Ф.Радиша]. К. : НАДУ, 2013. 424 с.
 8. Желюк Т.Л. Фінансові аспекти функціонування ринку медичних послуг та закупівлі ліків. Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України. 2018. Вип. 23 С.108-112.
 9. Желюк Т.Л. Сучасні підходи до реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я. Вісник ТНЕУ. 2019. № 1. С.37-50.
 10. Зарубіжний досвід публічного адміністрування: метод. рек. / за заг. ред. Н.М. Мельтюхової. К. : НАДУ, 2010. 28 с.
 11. Про затвердження індикаторів якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 02.11.2011р. № 743. URL: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20111102_743.html.
 12. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року. Наказ МОЗ України від 01.08.2011 № 454 URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html.
 13. Про затвердження Методичних рекомендацій з прогнозування потреби закладів охорони здоров'я України у медичних кадрах на довгострокову перспективу, наказ МОЗ України від 15.08.2011 р. № 512. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110815_512.html.
 14. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я, Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 302. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/302-2018-%D0%BF>.
 15. Про колективні договори і угоди. Закон України № 77-VIII від 28.12.2014. ВВР. 2015. № 11. ст.75.

16. Про подальше удосконалення атестації лікарів. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z0014-98>.
 17. Реєстр галузевих нововведень : МОЗ України URL: old.moz.gov.ua
 18. Системи менеджменту якості. Настанови щодо поліпшування процесів в організаціях охорони здоров'я. Національний стандарт України (IWA 1:2005; ДСТУ IWA 1:2007). URL: <http://document.ua/systemi-upravlinnja-jakistyu.-nastanovi-shodo-polipshuvannjastd12628.html>.
 19. Шкільняк М. М., Желюк Т. Л., Васіна А. Ю., Дудкіна О. П., Попович Т. М., Овсянюк-Бердадіна О. Ф. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Аналітична записка. URL : <http://library.tneu.edu.ua/images/stories/>
 20. Health at a Glance: Europe 2014, OECD [Electronic resource]. URL : <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>.
 21. Patient and family engagement: A framework for understanding the elements and developing interventions and policies Carman K., Dardess P., Maurer M. [et al.] Health Affairs. 2013. № 32 (2). P. 223–231.
 22. Ryan A. Making the Best of Hospital Pay for Performance Andrew Ryan, Jan Blustein New England journal of medicine. 2012. № 366. P. 1557–1559.
 23. Shelly D. Final hospital planning and layout [Electronic resource] D. Shelly. URL : <http://www.slideshare.net/iamsinghsandeepfinal-hospital-planning-and-layout.ppt>.
 28. Søren Rud Kristensen Who to pay for performance? The choice of organisational level for hospital performance incentives Søren Rud Kristensen, Mickael Bech, Jørgen T. Lauridsen The European Journal of Health Economics. 2016. № 17 (4). P. 435–442.
 24. EUR/RC62/8 Health 2020: policy framework and strategy URL: <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-foreurope/past-sessions/sixty-second-session/documentation/working-documents/eurre628-health-2020-policy-framework-and-strategy>.
- 2.4. Сутнісні детермінанти антикризового управління закладом охорони здоров'я**
1. Аль Ширафі Мохаммед Авад Державне антикризове управління медичною галуззю. *Економіка і організація управління*. № 2 (22) 2016. С 11-16.
 2. Василенко О.В. Антикризове управління підприємством. Посібник. К. 2007. 504с.
 3. Гудзь О.Є. Парадигма побудови системи антикризового управління підприємством. *Економіка. Менеджмент. Бізнес*. 2017. № 1. С. 11-19.
 4. Джалалова М.Р. Особливості антикризового управління підприємствами. *XLVII Науково-технічна конференція факультету менеджменту та інформаційної безпеки*. 2018. URL: <https://conferences.vntu.edu.ua/index.php/all-fm/all-fm-2018/index>
 5. Карпенко О.А. Антикризове управління: навч. посіб. К.: 2012. 215 с.
 6. Кризина Н. П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: генезис, тенденції та закономірності розвитку: монографія.; передм. і заг. ред. проф. Я. Ф. Радиша. К. : Вид-во НАДУ, 2007. – 224 с.
 7. Ковалевська А.В. Антикризове управління підприємством. Конспект лекцій. URL:http://eprints.kname.edu.ua/43846/1/2015%20%D0%BF%D0%B5%D1%87.%2018%20%D0%9B%20KL_AUP.pdf

8. Костіна О.М. Реінжиніринг бізнес-процесів як інструмент антикризового управління підприємством. *Інтелект XXI*. - 2018. № 3. С. 158-164.
9. Кушнір Н.Б. Особливості антикризового управління та економічної діагностики підприємства в сучасних умовах. *Ефективна економіка*. 2016. № 5. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/efek_2016_5_16.
10. Лігоненко Л.О. Антикризове управління малим підприємством: актуальність та специфіка здійснення. *Молодий вчений*. 2015. № 2(6). С. 184-186.
11. Романик Г.М. Сутність антикризового управління підприємством в умовах нестабільного ринкового середовища. *Наукові записки Української академії друкарства*. № 1. С. 235–239.
12. Скібницький О.М. Антикризове управління: навч. посіб. К.: Центр учбової літератури. 2009. 568 с.

2.5. Економічна сутність та зміст системи управління матеріально-технічним забезпеченням закладу охорони здоров'я

1. Великий тлумачний словник сучасної української мови (з дод., допов. та CD); уклад. і голов. ред. В. Т. Бусел. К. ; Ірпінь : ВТФ «Перун», 2009. 1736 с.
2. Юридична енциклопедія : В 6 т. / Редкол.: Ю.С. Шемшученко (голова редкол.) та ін. К. : «Укр. енцикл.», 1998. Т. 3 : К. М. К. : Вид-во «Юридична думка», 2001. 792 с.
3. Конопльов В.В. Організаційно-правовий механізм підготовки та прийняття управлінських рішень в адміністративній діяльності органів внутрішніх справ : дис. ... д-ра юрид. наук : 12.00.07. Х., 2006. 413 с.
4. Сафонов І.П. Правова регламентація державної підтримки аграрних товаровиробників : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. юрид. наук : спец. 12.00.06 «земельне право; аграрне право; екологічне право; природоресурсне право». Х.: Національна юридична академія ім. Ярослава Мудрого, 2007. 19 с.
5. Бідокова М. С. Правове регулювання матеріального забезпечення працівників ОВС: автореф. дис. канд. юрид. наук: Спец 12.00.05 «Трудове право; право соціального забезпечення». Х., 2008. 20с.
6. Андрушків О.В. Економіка підприємства. К.: Наука-центр, 2016. 334 с.
7. Економіка підприємства / за ред. Акад. С.Ф. Покропівного. 2-ге вид., перероб. та доп. К.: КНЕУ, 2013. 402 с.
8. Василюк В.Б. Підвищення ролі матеріально-технічної бази як фактор ефективного функціонування підприємства. URL: http://www.rusnauka.com/39_VSN_2014/Economics/10_182500.doc.htm
9. Збагерська Н.В. Матеріально-технічне забезпечення підприємства: Інтерактивний комплекс навчально-методичного забезпечення. Рівне: НУВГП, 2006. 150 с.
10. Пятуніна С. С. Вдосконалення матеріально-технічного забезпечення підприємств харчової промисловості : Збірник наукових праць: Випуск 31 «Проблеми підвищення ефективності інфраструктури»; головн. ред. В. М. Загоруйко. Київ: НАУ, 2011. 222 с.

2.6. Менеджмент організації високоспеціалізованої хірургічної та неонатальної допомоги дитячому населенню

1. Корицький Г.І. Медична допомога дітям в Україні: реалії та перспективи. Г.І. Корицький, М.М. Корда, Н.Г.Гойда, Г.А. Павлишин. Тернопіль «Укрмедкнига». 2017. 156 с.
2. Антипкін Ю.Г., Волосовець О.П., Майданник В.Г. Стан здоров'я дитячого населення – майбутнє країни (частина 1) / Здоровье ребенка. 2018. Vol. 13, №1. URL: https://www.researchgate.net/publication/324570913_Stan_zdorov'a_ditacogo_naselenna_majbutne_kraini_c_1_18
3. Inheriting the world: The atlas of children's health and the environment. B. Gordon, R. Mackay, E. Rehfuess//Hong Kong: Phoenix Offset Limited; 2017. 64p. URL: <https://www.who.int/ceh/publications/atlas/en/>
4. Показники здоров'я населення та використання результатів охорони здоров'я в Україні за 2015-2016 роки. Голубчиков М.В., Кравчук Н.Г., Шешенко І.Й., Руденко Н.Г., Сазонова І.Д., Ніколаєнко С.С., Центр медичної статистики МОЗ України.
5. Гойда Н. Г., Корицький Г. І. Концепція реформування педіатричної служби в Тернопільській області. *Український медичний часопис*. 2013. №4 (96). С.135-138.
6. Оцінка чисельності наявного населення України. Державна служба статистики України, 2018. URL: https://prm.ua/wpcontent/uploads/2020/01/Otsinka_nayavnogo_naselennya_Ukrayini.pdf

2.7. Механізм формування та функціонування госпітальних округів

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
2. Економічна ефективність vs соціальна справедливість: пріоритети розвитку України на етапі подолання кризи : кол. моногр. / НАН України, Секція суспільних і гуманітарних наук. Київ, 2019. 350 с
3. Про затвердження Порядку створення госпітальних округів. Постанова Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 932. URL: www.kmu.gov.ua/ua/npas/249582611
4. Примірне положення про госпітальний округ. Затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я від 20.02.2017 № 165. URL: http://moz.gov.ua/uploads/0/2663-dn_20171218_1621_dod.pdf
5. Звіт щодо стану процесу формування госпітальних округів та госпітальних рад. К. : Центр «Ейдос», 2018. 36 с.
6. Про затвердження Об'єму надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, що повинен забезпечуватися багатопрофільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівня, та Змін до Порядку регіоналізації перинатальної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України №1881 від 19.10.2018р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1292-18>
7. Деякі питання створення госпітальних округів. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1074. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF>
8. Типове положення про госпітальну раду. Затверджено постановою Кабінету

- Міністрів України від 27 листопада 2019 р. №1074. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF>
 9. Про місцеве самоврядування. Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80>.
 10. Програма Європейського регіонального бюро ВООЗ «Здоров'я 2020: основи європейської політики на підтримку дій держави та суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя», 2012 URL: http://moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20150311_0.html.
- ## 2.8. Ресурсне забезпечення функціональної діяльності закладу охорони здоров'я
1. Венгерова И.В. Формирование системы управления ресурсным обеспечением медицинских услуг в современной экономике. Современные проблемы науки и образования. 2012. № 5. URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=7028>
 2. АрановичЛ.М., НовокрещеноваИ.Г., НовокрещеновИ.В., Ковалев Е.П. Основные направления оптимизации ресурсного обеспечения медицинской организации в условиях модернизации регионального здравоохранения. Врач-аспирант. 2013. №5.1. С. 165-174.
 3. Авдеева Ю.В. Управление качеством медицинской помощи. Медицина и здравоохранение: материалы III Междунар. науч. конф. (г. Казань, май 2015 г.). Казань: Бук, 2015. С. 81-84. URL: <https://moluch.ru/conf/med/archive/154/7961/>
 4. Щербак А.А. Организация сервиса медицинской техники в регионе. Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2011. № 3(15). С. 139-148.
 5. Петрова Н.Г., ВишняковН.И., ПенюгинаЕ.Н., ДодоноваИ.В. Менеджмент в здравоохранении. М.: МЕДпресс-информ, 2009. 256 с.
 6. Руус Й., Пайк С., Фернстрем Л. Интеллектуальный капитал. Практика управления. М. : Высшая школа менеджмента, 2010. 236 с.
 7. Великий тлумачний словник сучасної української мови. 5-те вид. К.; Ірпінь : Перун, 2005. URL: <http://www.lingvo.ua/uk/Interpret/uk-uk/-uk/>.
 8. Матеріали вільної енциклопедії Wikipedia. URL: <http://ru.wikipedia.org/wiki>.
 9. Новицький В.С. Економічні ресурси цивілізаційного розвитку: навч. посібник. К.: НАУ, 2004. 268 с.
 10. Дерев'яно Ю.М. Наукові підходи до визначення категорії «ресурс». Механізм регулювання економіки. 2009. № 1. С. 160-165.
 11. Французова М.А. Сущность ресурсного обеспечения деятельности организации. Транспортное дело России. 2008. № 3. С. 12.
 12. Wernerfelt B. A Resource-Based View of the Firm. Strategic Management Journal. 1984. № 5. P. 173.
 13. Helfat C., Peteraf M. The dynamic resource-based view: capability life cycles. Strategic Management Journal. 2003. № 24. P. 997.
 14. Полянська А.С. Ресурсне забезпечення розвитку організацій в сучасних умовах господарювання. URL: <http://www.pdaa.com.ua/np/pdf/81.pdf>.

15. Словник української мови: В 10 т. К. : Наук. думка, 1972. Т. 3. С. 630.
16. Безверхнюк Т. Принципи ресурсного забезпечення регіонального управління. URL: http://www.nbu.gov.ua/old_jrn/Soc_Gum/Apdu_o/2009_1/R_1/Bezverhruk.pdf
17. Державне управління: навч. посіб.; А.Ф. Мельник, О.Ю. Оболенський, А.Ю. Васіна, Л.Ю. Гордієнко; за ред. А.Ф. Мельник. К. : Знання-Прес, 2003. 343 с.
18. Чорна А. Структура ресурсного забезпечення економічної безпеки підприємства. Вісник Хмельницького національного університету. 2009 р. № 4. Т. 1. С. 93.
19. Кремінь О.М. Ресурсне та організаційне забезпечення ефективного розвитку підприємств (за матеріалами цукрових заводів України) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук : спец. 08.00.04 «Економіка та управління підприємствами». К., 2009. 21 с.
20. Алькема В.Г., Пазєєва Г.М. Ресурсний потенціал системи економічної безпеки суб'єкта логістичної діяльності. Вчені записки Університету «КРОК». 2013. Випуск 33. С. 200.
21. Соковых И.С. Ресурсное обеспечение предприятий: сущность и принципы формирования. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/resursnoe-obespechenie-predpriyatiususchnost-i-printsipy-formirovaniya>
22. Вовк І. Класифікація ресурсів підприємства. Сучасні підходи. Соціально-економічні проблеми і держава. 2011. Вип. 1(4). URL:<http://sepd.tntu.edu.ua/images/stories/pdf/2011/11vipssp.pdf>.
23. Budziszewsky S. Labor and other resource sin the process of cost formation. Economic and Philosophical newspaper. 2012. № 46. P. 7.
24. Roos G., Pike S., Fernstrom L. Managing Intellectual Capital in Practice. Oxford: Butterworth-Heinemann, 2005.
25. Богацька Н., Швець О. Ресурсне забезпечення діяльності підприємства в сучасних умовах господарювання. URL: <http://intkonf.org/ken-dotsbogatska-nm-shvetsoiresursnezabezpechennya-diyalnosti-pidpriemstva-v-suchasniuh-umovah-gospodaryuvannya>.
26. Шершньова З.Є. Стратегічне управління: підручник. 2-ге вид., перероб. і доп. К.: КНЕУ, 2004. 699 с.
27. Пілько А.Д., Малиміна О.П. Моделювання процесів управління ресурсним потенціалом підприємства. Актуальні проблеми розвитку економіки регіону. 2012. Вип. 8(2). С. 183-190.
28. Темпюк М.А. Особливості формування ресурсного забезпечення діяльності підприємства. Вісник Одеського національного університету. Серія: Економіка. 2015. 20, Вип. 3. С. 150-154.

2.9. Зарубіжні моделі реформування системи менеджменту лікувально-профілактичних установ та можливості їх адаптації в умовах національної економіки

1. Armstrong M., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*. Warszawa: Wolters Kluwer, 2007.
2. Blanchard K. *Przywództwo wyższego stopnia*. Blanchard o przywództwie i tworzeniu efektywnych zespołów. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007.

3. Brockbank W., Ulrich D. *Tworzenie wartości przez dział HR*. Warszawa: Wolters Kluwer, 2008.
4. Callahan D. *Pursuing a Peaceful Death*. *Hasting Center Report*. 1993. Vol. 23, № 4, s. 32-38.
5. Gałązka-Sobotka M. *Liderzy zmian w ochronie zdrowia*. Warszawa: Wolters Kluwer, 2014.
6. Głowacka M., Sobkowski M., Opala T. *Procesy zarządzania zasobami ludzkimi w podmiocie leczniczym. Zarządzanie podmiotem leczniczym*, Warszawa: Wolters Kluwer, 2013.
7. Hanson M.J., Callahan D. *The Goals of Medicine. The Forgotten Issues in Health Care Reform*. Washington: Georgetown University Press, 2007.
8. Jamka B. Czynniki ludzki we współczesnym przedsiębiorstwie: zasób czy kapitał? Warszawa: Wolters Kluwer, 2011.
9. Kautsch M. *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*. Warszawa: Wolters Kluwer, 2015.
10. Lenik P. *Zarządzanie ewolucyjnymi zmianami w szpitalach publicznych. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wolters Kluwer, 2017.
11. Małecka M., Czynniki obciążające w pracy w ochronie zdrowia - wybrane aspekty. *Profesjonalne zarządzanie kadrami w podmiotach leczniczych*. Warszawa: Wolters Kluwer, 2015.
12. Nojszewska E., Malinowski W., Sikorski R. *Komercyjne świadczenie usług medycznych przez szpitale publiczne*. Warszawa: Wolters Kluwer, 2017.
13. Oleksyn T. *Zarządzanie zasobami ludzkimi - ujęcie funkcjonalne i procesowe. Metody podejścia procesowego w polskich organizacjach*. Warszawa: Vizja Press, 2015.
14. Ostrowska A. *Paternalizm i partnerstwo. Społeczny kontekst relacji pacjent – lekarz. Etyczne aspekty decyzji medycznych*. Warszawa: Wolters Kluwer, 2011.
15. Ryć K., Sobczak A. *Publiczna czy niepubliczna opieka zdrowotna? Koncepcje, regulacje, zarządzanie*. Warszawa, 2010.
16. Skrzypczak J., Haczyński J. *Problemy szacowania wydatków na prywatne usługi medyczne w Polsce. Studies & Proceedings of Polish Association for Knowledge Management*. 2010. № 25. S. 265-275.
17. Sidor-Rządkowska M. *Zarządzanie zasobami ludzkimi w szpitalach publicznych – problemy i wyzwania. Kolegium Zarządzania i Finansów*. 2018. № 167. S. 127-141.
18. Suchar M. *Kariera i rozwój zawodowy*. Gdańsk: Ośrodek Doradztwa i Doskonalenia Kadr, 2003.
19. Szczeklik A., Katharsis. *O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*. Kraków: Znak, 2002.
20. Szewczyk K. *Cele etyczne i ograniczenia strukturalne w zarządzaniu systemem ochrony zdrowia. Etyczne problemy zarządzania w ochronie zdrowia*. Warszawa, Wolters Kluwer, 2013.
21. Walewski P. *Uwięzieni w cierpieniu. Polityka*. 2011. № 38.

РОЗДІЛ 3**3.1. Публічний менеджмент державних фінансових гарантій медичного обслуговування**

1. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-в.
2. Медичні рекомендації Міністерства охорони здоров'я з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства . Схвалено Робочою групою з питань реформи фінансування сфери охорони здоров'я України від 14 лютого 2018 року. 84 с.
3. Ryan C. Not For Profit Ratios for Financial Resilience and Internal Accountability: A Study of Australian International Aid Organizations . *Australian Accounting Review*. 2012. Т. 22, № 2. С. 177-194.
4. Вовк С.М., Лобас В.М. Організація сучасного механізму фінансування охорони здоров'я в умовах трансформаційного періоду України. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2015. № 2. С.8-11.
5. Сіроштан О. Світовий досвід з реформування системи фінансування лікувально-профілактичних установ. URL: [URL:КОНФА%20МЗОЗ/ціна%20медичних%20послуг.htm](http://konfa.com.ua/20m3oz/cina%20medichnih%20poslug.htm).
6. Диверсифікація джерел фінансування охорони здоров'я. URL: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/socialna-politika/diversifikaciya-dzherel-finansuvannya-okhoroni-zdorovya>
7. Бюджет МОЗ України-2020: пріоритети. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/byudzheth-moz-ukrayini-2020-prioriteti>
8. Бюджетний кодекс із змінами і доповненнями від 18.04.2020. URL: <https://www.profiwins.com.ua/uk/legislation/kodeks/927.html>

3.2. Гарантії держави у наданні якісних медичних послуг

1. Богомаз В.М. Оцінка якості медичної допомоги в системі добровільного медичного страхування . Український медичний часопис . № 1 (51). I/II 2006. С. 104-109
2. Всемирная организация здравоохранения. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью URL: <http://www.who.int/whr/2010/ru/index.html>.
3. Концепція управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року. Наказ МОЗ України від 01.08.2011 № 454
4. Лехан В.М., Слабкий. Г.О. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/11795>
5. Методика розробки системи індикаторів якості медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 28.09.2012 № 751. URL:
6. Методика розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 28.09.2012 № 751. URL: <https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/751metodyka.pdf>

7. Методичних рекомендації щодо порядку проведення аудиту стану надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17.08.2012..№ 637. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/>
8. Миронюк І. С., Новічкова О. М. Застосування моделі поліпшення якості надання послуг у закладах охорони здоров'я: навчальний посібник. К. : Друкарський двір Олега Федорова, 2017. 156 с.
9. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України зі змінами від 30.03.2020. № 540-IX. URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
10. Попович Т. Механізм підвищення якості системи управління закладом охорони здоров'я в умовах його автономізації. Зб. доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи» Тернопіль. THEU. С.260-263.
11. Попович Т.М. Управління якістю : навч. посібник.Тернопіль, КРОК, 2013. 320с.
12. Посібник з управління лікарнею для керівників лікарень URL: <http://www.moz.gov.ua>
13. Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році. Постанова КМУ від 05.02. 2020 р. № 65. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/65-2020-%D0%BF#n21>
14. Про визнання такими, що втратили чинність, деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 лютого 2020 року № 590. URL: <https://egolovlikar.mcfr.ua/npd-doc?nmid=94&npid=55256>
15. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України зі змінами від 04,03,2020р. № 524-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>
16. Про затвердження індикаторів якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 02.11.2011 № 743. .
17. Про порядок контролю якості медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012р. №75. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12>
18. Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 зі змінами від 26.09.2018 № 1752. URL: <https://egolovlikar.mcfr.ua/npd-doc?nmid=94&npid=46156&anchor=#>
19. Реєстр медико-технологічних документів (Станом на 19.11.2019р.). URL: <https://dec.gov.ua/mtd/home/>
20. Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги в Україні: інструменти управління якістю: Проект ЄС "Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні". Представництво Європейської Комісії в Україні. Київ, 2009. 44 с.

21. Тітов Г.І. Удосконалення якості медичної допомоги як складова підвищення ефективності діяльності медичних закладів. Запороз. мед.журнал. 2005. № 6 (33). С. 65-68
 22. Уніфікована методика з розробки локальних протоколів медичної допомоги для закладів охорони здоров'я України (методичні рекомендації). Київ. 2012. URL: <https://dec.gov.ua/mtd/home/>
 23. Устінов О.В. Стандарт надання адміністративної послуги з ліцензування медичної практики URL: <http://www.umj.com.ua/article/14530/>
 24. Як зробити краще: Керівництво з покращення якості. Посібник із впровадження / За ред. І. Семененко. К.: Поліграф плюс, 2015. 192 с.
 25. AGREE (Appraisal Guidelines Research and Evaluation)/(Опитувальник з Експертизи і Атестації Керівництва) URL: <http://www.agreetrust.org/>.
 26. <https://moz.gov.ua/pro-ministerstvo> – Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України
 27. ISO 9001:2015. «Системи управління якістю. Вимоги».
 28. Can evidence-based medicine and clinical quality improvement learn from each other? URL: http://qualitysafety.bmj.com/content/20/Suppl_1/i13.full
 29. Davies H. (2005) Measuring and reporting the quality of health care: issues and evidence from the international research literature. NHS Quality Improvement Scotland 2006: <http://www.nhshealthquality.org/nhsqis/files/Davies%20Paper.pdf>.
 30. Donabedian, A. Methods for Deriving Criteria for Assessing the Quality of Care / A. Donabedian // Medical Care Review, 1980. – P. 653–698.
 31. Guide to Inpatient Quality Indicators: Quality of Care in Hospitals — Volume, Mortality and Utilization (2007) Agency for Healthcare Research and Quality, Department of Health and Human Services, Version 3.1: http://qualityindicators.ahrq.gov/downloads/iqi/iqi_guide_v31.pdf
- 3.3. Формування єдиного державного тарифу на медичні послуги**
1. НК 025:2019 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я» .URL: <https://moz.gov.ua/>
 2. НК 026:2019 «Класифікатор медичних інтервенцій». URL: <https://moz.gov.ua/>
 3. Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410. URL: <https://moz.gov.ua/>
 4. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України зі змінами від 04.03.2020р. № 524-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>
 5. Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році. Постанова КМУ від 05.02. 2020. № 65 URL: https://moz.gov.ua/uploads/3/18411-pro_20200128_1.pdf
 6. НСЗУ оприлюднила попередні тарифи на медичні послуги у 2020 році <https://zaxid.net/news/> URL: https://zaxid.net/nszu_oprilyudnila_poperedni_tarifi...
 7. МОЗ: Майже 64% бюджету 2020 на охорону здоров'я отримає програма медичних гарантій. URL: [https://www.kmu.gov.ua/news/moz-majzhe....](https://www.kmu.gov.ua/news/moz-majzhe...)

8. <https://nszu.gov.ua/>- офіційний сайт Національної служби здоров'я України
 9. <https://moz.gov.ua/> - офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України
- 3.4. Створення та розвиток інститутів страхової медицини**
1. <https://www.facebook.com/ulanasuprun/posts/1984691801815377>
 2. <https://ukrhealth.net/straxova-medicina-do-chogo-potribno-prigotuvatisya>.
 3. Гусак О.Я. Організація роботи клініко-експертної комісії в управлінні якістю медичної допомоги. *Медичні перспективи*. 2010. Том XV. №1. С.129.
 4. Єрмілов В. С. Еволюційний варіант повернення до медичного страхування. *Охорона здоров'я України*. 2005. № 3-4. С. 18-20.
 5. Єрмілов В. С. Історичні паралелі медичного страхування минулого та сьогодення нашої країни. *Охорона здоров'я України*. 2001. № 2. С. 48-50.
 6. Мишківський В.С. Лікарняна каса Житомирської області: 10-річний досвід підвищення якості та доступності медичних послуг. *Управління закладом охорони здоров'я*. 2011. №5. С. 47-51.
 7. Москаленко В. Ф. Принципи організації оптимальної моделі системи охорони здоров'я. *Охорона здоров'я України*. 2007. № 3-4. С. 9-13.
 8. Москаленко В.Ф. Системи здравоохранения. Современный контекст. К.: «Книга-плюс», 2012. 320с.
 9. Левицький П. Запровадження принципів страхової медицини в Україні. *Мат. наук.-пр. конф. «Актуальні проблеми менеджменту в умовах інноваційного розвитку економіки»*. Тернопіль, 2018. С. 295-297.
 10. Парій В.Д. Дослідження ефективності впровадження локальних клінічних протоколів у закладах охорони здоров'я Житомирської області. *Медичні перспективи*. 2010.– Том XV. №1. С.142.
 11. Парій В.Д. Лікарняні каси як інструмент реформування охорони здоров'я та покращення якості медичної допомоги. *Матеріали XIII конгресу СФУЛП. Львів, 2010. С.733.*
 12. Підгорна Л. М. Аналітичний огляд систем охорони здоров'я в різних країнах світу. *Главный врач*. 2008. № 1. С. 40-44.
 13. Полозенко Д.В. Добровільне медичне страхування та лікарняні каси – складові реформи охорони здоров'я в Україні. *Фінанси України*. 2012. №3. С.83-89.
 14. Слабкий Г.А. Международные подходы к развитию общественного здравоохранения. *Україна. Здоров'я нації*. 2012. №1. С.7-14.
 15. Толстанов О.К. Впровадження локальних клінічних протоколів як інструмент покращення якості медичної допомоги. *Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Підвищення якості медичної допомоги: наукові засади та практичні результати»*. Київ, 2010. С.143-144.
 16. Шевченко М. В. До проблеми запровадження багатоканального механізму фінансування охорони здоров'я. *Главный врач*. 2004. № 4. С. 30-31.
 17. Шевченко М.В. Фінансування системи охорони здоров'я України у 2009-2010 роках. *Україна. Здоров'я нації*. 2011. №4. 113-116.
 18. Васкес Абанто Х.Э. Какую систему здравоохранения выберет Украина? *Світ медицини та біології*. 2013. № 4. С. 99-104.

19. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики. Постанова КМУ від 02.03.2016 р. № 285.
20. Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників Наказ МОЗ України № 1977 від 31.10.2018 р.
21. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів. Наказ МОЗ України № 446 від 22.02.2019 р.
22. Шевченко М.В. Фінансування системи охорони здоров'я України у 2009-2010 роках *Україна. Здоров'я нації*. 2011. №4. 113-116.
23. <https://nszu.gov.ua/likar-2020>
24. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>
25. План заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року, затверджений розпорядженням Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2017 р. № 821-р.
26. Положення про Національну службу здоров'я України, затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101 .

3.5. Впровадження медичного страхування на основі цифрових стандартів розвитку страхового сектору економіки

1. Інформація про стан і розвиток страхового ринку України URL: <https://www.nfp.gov.ua/ua/Informatsiia-pro-stan-i-rozvytok-strakhovoho-rynku-Ukrainy.html>
2. Кулина Г. М. Сучасні тенденції розвитку страхування життя у світі. Економічний аналіз: зб. наук. праць. ТНЕУ; ред. кол.: 2018. Том 15. №2. С. 64-70
3. Про страхування: Закон України від 07.03.1996 №85/96-ВР URL: <http://www.rada.gov.ua>
4. Цыганов А., Брызганов Д. Цифровизация страхового рынка: задачи, проблемы, перспективы. *Экономика и управление*. №2. 2018. С. 111-120
5. Статистика страхового ринку України за 2018 р. Фориншурер. URL: <https://forinsurer.com/files/file00654.pdf>
6. Страхування життя. Лігастрахових організацій України. URL: <http://uainsur.com/stats/life>
7. Страхування: Підручник. Керівник авт. колективу і наук. ред. С.С.Осадець. Вид. 2-ге, перероб. і доп. К.: КНЕУ, 2016. 599 с.
8. Шолойко А. С. Ринок страхування життя в Україні та його інфраструктура. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 5. С. 32-36.
9. Insurance indicators: Life insurance share URL: <https://stats.oecd.org/>

РОЗДІЛ 4

4.1. Кадрова політика галузі охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи

1. Державна кадрова політика в Україні: стан, проблеми та перспективи розвитку: наук. доп./авт. кол.: Ю. В. Ковбасюк, К.О. Ващенко, Ю.П. Сурмін та ін.; за заг. ред. д-ра наук з держ. у пр., проф. Ю.В. Ковбасюка, д-ра політ. наук, проф. К.О. Ващенко, д-ра соц. наук, проф. Ю.П. Сурміна. К.: НАДУ, 2012. 72 с.

2. Дьомін О., Леліков Е., Сороко В. Державна кадрова політика: система роботи з кадрами. *Вісник державної служби України*. 2001. №2. С. 65-84.
3. Оболенський О.Ю. Державна служба: навч. посіб. К.: КНЕУ, 2003. 344 с.
4. Короленко В.В., Юрочко Т.П. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції. К., 2018. 96 с.
5. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: навч. посібник. К.: Центр учбової літератури, 2008. 640 с.
6. Білинська М. М., Радіш Я. Ф. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч К. : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
7. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні: навч. посіб. Кер. авт. кол. І.М.Солоненко, Л.І.Жаліло. К.: Вид-во НАДУ, 2004. 116 с.
8. Державне управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я в Україні : матеріали щоріч. Всеукр. наук.-практ. конф. за міжнар. участю (Київ, 23 берез. 2016 р.); за заг. ред. Ю. В. Ковбасюка, В. М. Князевича, Н. О. Васюк. К. : ДКС-Центр, 2016. 212 с.
9. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. URL: <http://www.who.int/hrh/en/>
10. Авраменко Т.П. Кадрова політика у реформуванні сфери охорони здоров'я: аналіт. доп. К.: НІСД, 2012. 35 с.
11. Борщ В. І. Сучасна парадигма системи управління персоналом закладу охорони здоров'я. Проблеми системного підходу в економіці. 2019. Вип. 1(1). С. 73-79. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/PSPE_print_2019_1\(1\)_13](http://nbuv.gov.ua/UJRN/PSPE_print_2019_1(1)_13).
12. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні: ситуаційний аналіз. Авт. кол.: Богдан Д., Бойко А., Василькова А., Вежновець Т. та ін. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2019. 133 с. URL: <https://www.skeptic.in.ua/wp-content/uploads/HRH-situational-analysis-2019.pdf>
13. Стратегія державної кадрової політики на 2012-2020 рр. : Указ Президента України від 1 лютого 2012 року № 45/2012. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/45/2012>
14. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я. Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 року № 302. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/302-2018-%D0%BF>

4.2. Управлінський потенціал галузі охорони здоров'я

1. Петрович Й. М., Прокопишин-Рашкевич Л. М. Економіка і фінанси підприємства : підручник. Львів : Магнолія 2006, 2014. 406 с.
2. Маречик В. Я., Невмержицька С. М. Розвиток управлінського потенціалу як запорука успішного функціонування підприємства. *Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки*. 2013. № 3(2). С. 237-242. URL : [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vchnu_ekon_2013_3\(2\)_52](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vchnu_ekon_2013_3(2)_52).
3. Дерябіна Г. В. Психологічні особливості розвитку управлінського потенціалу особистості : автореф. дис... канд. психол. наук : 19.00.01. К., 2008. 19 с.
4. Професійна освіта : словник : Навч. Посібник; уклад. С. У. Гончаренко та ін. ; за ред. Н. Г. Ничкало. К. : Вища шк., 2000. 380 с.

5. Маслов В. І. Наукові засади визначення змісту підвищення кваліфікації та підготовки керівників загальноосвітніх навчальних закладів. Післядипломна освіта в Україні. 2002. № 2. С. 63-66.
6. Зязюн І. А. Технологізація освіти як історична неперервність. Неперервна педагогічна освіта : теорія і практика : Наук.-метод. Журнал. 2001. Вип. 1. С. 73-85.
7. Семанчина В. Управлінська компетентність керівника загальноосвітнього навчального закладу. Актуальні питання гуманітарних наук. 2016. № 15. 457 с.
8. Локшин В. С. Професійна компетентність майбутніх менеджерів соціокультурної сфери в контексті модернізації вищої освіти : автореф. дис. д-ра пед. наук. К., 2015. 42 с.
9. Завірюха В. В. Формування здатності у студентів до професійного самозростання в умовах інноваційного навчання. Вісник післядипломної освіти. 2011. Вип. 3. С. 261-266. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpo_2011_3_44.
10. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: Навч. посібник. К.: Центр учбової літератури, 2008. 640 с.
11. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : Розпорядження Кабінету Міністрів України № 1013-р від 30 листопада 2016 року URL : <https://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80>
12. Лобас В.М., Дорохова О.Т., Адоньєва Н.М. та ін. Підвищення професійного рівня керівників медичних закладів – підґрунтя реформування галузі. Медична освіта. 2011. № 3. С. 99-101.
13. Смірнова В. Л., Панчишин Н.Я. Роль керівників охорони здоров'я в її реформуванні. Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. 2013. № 3. С. 26-28.
14. Шкробанець І. Д., Нечитайло Ю.М. Медичний менеджмент в умовах реформування систем охорони здоров'я. Україна. Здоров'я нації. 2013. № 2. С. 72-75.
15. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Борвінко Е.В. Яким повинен бути сучасний управлінець у сфері охорони здоров'я. Україна. Здоров'я нації. 2016. № 4(1). С. 139-145. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2016_4\(1\)_26](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2016_4(1)_26).
16. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Канока Г.С., Романова О.В. Управлінські обмеження як індикатор здатності і готовності керівників закладів охорони здоров'я до реформи системи охорони здоров'я. Економіка і право охорони здоров'я. 2015. № 1 (1). С. 81-87.
17. Основи законодавства про охорону здоров'я : Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/ano/en/2801-12>.
18. Положення про Міністерство охорони здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267. URL: <https://moz.gov.ua/polozhennja-pro-ministriv>
19. Корнійчук О. П. Нова система охорони здоров'я України та перспективи кадрової політики. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в умовах загроз національній безпеці України : матеріали щоріч. Всеукр. наук.-практ. конф. за між нар. участю (Київ, 23 березня 2017 р.) / за заг. ред. В. С. Куйбіди, В. М. Князевича, Н. О. Васюк. К. : ТОВ «ДСК-Центр», 2017. 208 с. С. 67-70.

20. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : Закон України. Відомості Верховної Ради (ВВР), 2017, № 21, ст. 245. URL: <https://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2002-19>
 21. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я»: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 березня 2002 року № 117 URL : <https://pravo.uteka.ua/doc/Pro-vprovadzheniya-vipusku-Dovidnika-kvalifikacijnix-xarakteristik-profesij-pracivnikiv-Vipusk-78-Oxorona-zdorovya>
 22. Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» : Наказ Міністерства освіти України № 1977 від 30 жовтня 2018 року URL : <https://pravo.uteka.ua/doc/Pro-vnesennya-zmin-do-Dovidnika-kvalifikacijnix-xarakteristik-profesij-pracivnikiv-Vipusk-78-Oxorona-zdorovya-11>
 23. Крячкова Л. В. Застосування компетентнісного підходу для післядипломного навчання керівників медичних закладів шляхом забезпечення чутливості охорони здоров'я. Український журн. медицини, біології та спорту. 2015. № 2 (2). С. 113-116.
 24. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білінської, проф. Я. Ф. Радиша. К. : НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.
- 4.3. Особливості формування кадрової політики закладу охорони здоров'я в умовах медичної реформи**
1. Бакало Н. В., Струцька К. О. Ефективність управління кадровою політикою підприємства, що здійснює зовнішньоекономічну діяльність. *Економіка і регіон*. 2016. № 6 (61). С. 71–75.
 2. Бутенко І. А., Курносова А. В. Напрями вдосконалення кадрової політики та підвищення ефективності управління персоналом підприємства Вісник економічної науки України. 2014. № 3. С. 7–11.
 3. Жуковська В. Теоретико-методологічні засади кадрового аудиту. *Вісник Київського національного торговельно-економічного університету*. 2010. № 4. С. 48–56.
 4. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2016 році. Статистичний бюлетень. Київ. 2017. С. 11–14.
 5. Звіт Рахункової палати України про результати аудиту ефективності використання коштів державного бюджету, передбачених на виконання державного замовлення на підготовку фахівців з вищою освітою вищими медичними та фармацевтичними навчальними закладами України. URL: [http://www.ac\(rada.gov.ua/doccatalog/document/16750191](http://www.ac(rada.gov.ua/doccatalog/document/16750191)
 6. Короленко В.В., Юрочко Т.П. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції. К.: КІМ. 2018. 96 с.
 7. Крамарчук С.П. Підвищення ефективності управління закладами охорони здоров'я на засадах бенчмаркінгу. Модернізація менеджменту системи охорони

здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю 12-13 грудня 2018 року, м. Тернопіль. Кам'янець-Подільський, ТНЕУ. 2018. С.163–166.

8. Кривда О.В. Проблеми інтеграції українських підприємств у соціально-відповідальне бізнес-середовище. Соціальна відповідальність влади, бізнесу, громадян : колективна монографія : у 2-х т. / за ред. Г.Г. Півняка; М-во освіти і науки України ; Нац. гірн. ун-т. Д.: НГУ, 2014. Т.1. С. 510-519.

9. Маркова С. В., Олійник О.М. Управління персоналом: навчально-методичний посібник для студентів. Запоріжжя: ЗНУ, 2013. 80 с.

10. Марченко В. М., Продун М. Ю. Проблеми сучасної кадрової політики підприємств та шляхи їх вирішення. *Сучасні проблеми економіки та підприємництва*. 2014. №14. С. 205–209.

11. Мельничук О. П., Сурикова І. А. Кадрова політика та її завдання на сучасному етапі соціально-економічного розвитку країни. *Науковий вісник Полтавського університету економіки і торгівлі*. 2011. №4(49). С.78-81.

12. Україна – донор медичних кадрів для багатьох країн. URL: <http://health.unian.net/ukr/detail/223513>

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

14. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. URL: <http://www.who.int/hrh/en/>

4.4. Лікарське самоврядування як інструмент реалізації кадрової політики

1. Лікарське самоврядування: світовий досвід має стати взірцем для наслідування. Ваше здоров'я. 20 березня 2020 року. URL: <https://www.vz.kiev.ua/likarske-samovyaduvannya-svitovuj-dosvid-maye-staty-vzirtsem-dlya-nasliduvannya/>

2. Карпук В., Мусій О. Чи потрібно Україні лікарське самоврядування? URL: <http://sfult.org/smovryduvanay>

3. Про лікарське самоврядування: проект Закону України від 24 жовтня 2018 року № 8250. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/XH6D600A>

4. Про самоврядування медичних професій в Україні: проект Закону України від 14 листопада 2019 року № 2445. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=67395

5. Про професійне самоврядування у сфері охорони здоров'я: проект Закону України від 26 листопада 2019 року № 2445-1. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/II00859I>

6. Про професійне самоврядування медичних професій в Україні: проект Закону України від 26 листопада 2019 року № 2445-2. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/II00858A.html

7. Про засади та органи медичного самоврядування України: проект Закону України від 12 грудня 2019 року № 2445-3. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/II00881A.html

8. Про необхідність створення Національного Реєстру практикуючих медичних працівників. URL: <https://mcu.org.ua/registraciya-v-ums?lang=uk>

9. Мазур І.П., Тишук М.М. Лікарське самоврядування: європейський досвід і кроки до впровадження в Україні. URL: <https://health-ua.com/article/41680-likarske-samovyaduvannya-vropejskij-dosvd-kroki-dovprovadzheniya-vukran>

10. The world medical association. URL: <https://www.wma.net/>

11. Всесвітня медична асоціація (1987 рік). Мадридська декларація щодо професійної автономії і самоврядування лікарів. URL: https://med.sumdu.edu.ua/images/content/doctors/Deontology/Madrid_1987.pdf

12. Надюк З. О. Поєднання механізмів державного управління і лікарського самоврядування на ринку медичних послуг в Україні. Державне будівництво. 2008. № 2. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu_2008_2_25.

13. Лікарське самоврядування. URL: <https://uhp.org.ua/changes/likarske-samovyaduvannya/>

14. Всесвітня медична асоціація (2008 рік). Сеульська декларація про професійну автономію та клінічну незалежність. URL: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-seoul-on-professional-autonomy-and-clinical-independence/>.

15. Устінов О. Лікарське самоврядування: позиція профільного комітету Верховної Ради України. Укр. мед. часопис. 2013. 27 листоп. URL: <http://www.umj.com.ua/article/68743/likarske-samovyaduvannya-poziciya-profilnogo-komitetu-verhovnoi-radi-ukraini>.

16. Статут, місія та завдання ВУЛТ. URL: <http://health-media.com.ua/brands/vseukrainske-likarske-tovaristvo-vult>

17. Пояснювальна записка до проекту Закону України «Про лікарське самоврядування». URL: http://www.uoz.mk.ua/content-15-likar_samovrad.html.

18. Рогова О. Г. Державна політика розвитку лікарського самоврядування. Теорія та практика державного управління. 2015. Вип. 2. С. 63-70. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Trpu_2015_2_12.

4.5. Сучасні форми підвищення кваліфікації кадрового складу закладів охорони здоров'я

1. Вороненко Ю.В. Дистанційне навчання в режимі online: нові можливості для професійного розвитку, нові перспективи. *Укр. мед. часопис*. 2011. № 3 (83). С. 26.

2. Гладун З.С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування й реалізації). Моногр. URL: <http://www.library.tane.edu.ua>.

3. Дячук Д.Д., Шпак Г.В. Характеристика кадрового забезпечення системи охорони здоров'я. К, Україна. *Здоров'я нації*, 1(17).2011. С. 40-44.

4. Єржак Г.Я. Технологія управління закладом охорони здоров'я.: дайджест /Укладач: Г.Я. Єржак. Дніпро: ДОНМБ, 2017. вип.3. 162 с.

5. Журавлєва Л.В., Лопина Н.А. Информационно-образовательное пространство в работе клинической кафедры в контексте реализации непрерывного медицинского образования: метод. реком. Харьков: ХНМУ, 2015. 36 с.

6. Карамішев Д.В., Федак Н.М. Механізми формування системи професійної підготовки керівних кадрів галузі охорони здоров'я в Україні. *Теорія та практика державного управління*. 2011. Вип. 3(34). URL: <http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/tpdu/2011-3/doc/4/01.pdf>

7. Круп'як Л.Б, Круп'як І.Й.. Кадрове забезпечення закладів охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи/ Матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. (Кам'янець-Подільський, 12-13 грудня 2018 року). 349 с. С. 118-121.
8. Круп'як Л.Б. Управління трудовими ресурсами організації: навч. посібник. К.: Кондор - Видавництво, 2013. 278с.
9. Кухаренко В.М. Розвиток дистанційного навчання на сучасному етапі. *Науковий вісник Національної академії статистики, обліку та аудиту*. Зб. наук. праць. №2. 2012. С. 117-121.
10. Міністерство охорони здоров'я. URL: <https://www.rbc.ua/ukr/tag/ministerstvo-zdravoohraniya-ukrain>
11. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи: спеціалізоване видання / В.В. Лазоришинець, Н.О. Лісневська, Л.Я. Ковальчук, Г.О. Слабкий, М.В. Голобчикова, Д.Д. Дячук, А.Ф. Шипко. К., 2014. 608 с.
12. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 302. Офіційний вісник України, 2018. № 36, ст. 1264.
13. Савіна Т. В. Кадрове забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні: стан та перспективи розвитку. Інвестиції: практика та досвід. 2017. № 15. С. 95-98.
14. Чухно І. А. Професійна компетентність керівника в сфері охорони здоров'я в сучасних умовах. *Формування національної лікарської політики за умов впровадження медичного страхування: питання освіти, теорії та практики* : матер. III Всеукр. наук.-практ. конф., м. Харків, 12 березня 2015 р. / ред. кол. : А.С. Немченко та ін. X. : Вид-во НФаУ, 2015. С. 218-219.
15. Щербінська О. С. Шляхи оптимізації безперервного професійного розвитку лікаря. *Health of woman*. 2016. № 8 (114). С. 119-120.

4.6. Розвиток мотиваційного механізму управління персоналом закладу охорони здоров'я

1. Введено в дію закон щодо автономізації закладів охорони здоров'я. Аптека. Online.ua. URL: <https://www.apteka.ua/article/433045>.
2. Автономізація закладів охорони здоров'я. Реформа фінансування охорони здоров'я. URL : <http://healthreform.in.ua/autonomization>.
3. Павловський А.В. Чи можлива в Україні гідна оплата праці? Хвиля. URL: <http://hvylya.net/analytics/economics/chi-mozhliva-v-ukrayini-gidna-oplata-pratsi.html>.
4. Borshch V., Shchur R., Chuvakov O. Motivation and stimulation mechanism of medical staff in developing countries: main challenges and way softs improving in Ukraine. *Baltic Journal of economic studies*. 2018. Vol. 4. № 4. P. 56–61. DOI: <https://doi.org/10.30525/2256-0742/20184-4-56-61>.

4.7. Менеджмент міжсекторної співпраці у процесі надання соціально-медичних послуг

1. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи (Аналітична записка за матеріалами науково-практичної

- конференції з міжнародною участю. Тернопіль-Кам'янець-Подільський, 12-13 грудня 2018 року). URL: [nbuv.gov.ua > j-pdf > Vtneu_2018_4_18](http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Vtneu_2018_4_18)
2. Системы здравоохранения – здоровье – благосостояние: Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения, г. Таллин, Эстония, 25–27 июня 2008г.: отчет Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/78951/E92150R.pdf. – Название с экрана.
3. Деякі питання діяльності територіальних центрів соціального обслуговування (надання соціальних послуг): постанова Кабінету Міністрів України від 29.12.2009р. № 1417. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1417-2009-%D0%BF>
4. Рекомендації щодо покращення національного законодавства і практик України у сфері соціальних послуг та ефективного залучення організацій громадянського суспільства до надання соціальних послуг на базі міжнародних практик. URL: [csc-tck.org.ua > storage > cso_cc > 1.2.doc](http://csc-tck.org.ua/storage/cso_cc/1.2.doc)
5. Особливості надання медичних та соціальних послуг для вразливих категорій населення з використанням гендерно-чутливого підходу: Навч. посіб. Ярошенко А.О., Варбан М.Ю., Шульга Л.О. та ін.; за заг. ред. Ярошенко А.О. К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2017. 112 с.
6. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80>
7. Романова Н.Ф. Формування ринку соціальних послуг на сучасному етапі в Україні. URL: http://ekmair.ukma.edu.ua/bitstream/handle/123456789/12782/Romanova_Formuvannia_rynku_sotsialnykh_posluh_na_suchasnomu_etapi_v_Ukraini.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Взаємодія організацій громадянського суспільства та влади у вирішенні місцевих соціальних проблем громадян. URL: <http://cisc.org.ua/wp-content/uploads/2015/10/book1.pdf>
9. Головатий М.Ф. Соціальна політика і соціальна робота: Термінол.- понятійн. слов. М.Ф.Головатий, М.Б.Панасюк. К.: МАУП, 2005. 560 с.
10. Копилова С.В. Міжвідомча і міжсекторальна співпраця у розв'язанні проблем соціально дезадаптованих категорій населення. URL: [irbis-nbuv.gov.ua > cgi-bin > irbis_nbuv > cgiirbis_64 > znpkp_sp_2011](http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64?znpkp_sp_2011)
11. Про схвалення Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні: розпорядження Кабінету Міністрів України від 01.04 2014 р. № 333-р. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/333-2014-%D1%80>
12. Реформи під мікроскопом (станом на квітень 2017 р.). За ред. Міського В.В., Київ: Софія-А, 2017. 132 с. Іл.
13. Соціальні послуги в Україні : сьогодення та перспективи. Т.В.Семигіна, Т.С.Міщенко, Т.Г.Кіча та ін. К.: ВК «Зірка», 2007. 52 с.
14. Горемікіна Ю.В. Проблеми розвитку недержавних організацій у сфері надання соціальних послуг. URL: <https://dse.org.ua/arhvice/11/18.pdf>

15. Семигіна Т.В. Нова парадигма охорони здоров'я – виклик для України чи можливість для політичної модернізації? URL: https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Semigina_2014_4.pdf
16. Онищенко О. С. Шляхи реформування в Україні громадянського суспільства. Правова держава : Щоріч. наук. праць ІДП НАН. 2002. Вип.13. С. 10-19.
17. Когут В. Державні та недержавні організації соціальної сфери в Україні: особливості взаємодії та перспективи розвитку. URL: irbis-nbuv.gov.ua > cgi-bin > irbis_nbuv > cgiirbis_64 > Pubupr_2014_4_...
18. Савка В. Є. Державні та громадські організації соціальної сфери: проблеми співпраці. В. Є. Савка, Т. С. Лецук. Молодіжна політика: проблеми та перспективи. Матеріали 4-ї Міжнародної науково-практичної конференції 11-12 квітня 2007р., м. Дрогобич : Вимір, 2007. С. 73-77.
20. Закон України «Про державно-приватне партнерство». URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2404-17>
21. Звіт за результатами дослідження «Державно-приватне партнерство як фінансовий механізм для диверсифікації джерел фінансування послуг з профілактики ВІЛ серед уразливих груп населення в Україні». К., 2015. 135с.
22. Методичні рекомендації для державних та комунальних закладів охорони здоров'я для працівників органів управління у сфері охорони здоров'я для впровадження проектів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, 2018. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/1/7840-1234567890.pdf>
23. Медико-соціальні засади публічного врядування у сфері охорони здоров'я: моног. [гол. авт. ; за заг. ред. М.М.Білинської. Н.О.Васюк. О.Д.Фірсової]. Київ : НАДУ, 2018. 416 с.

4.8. Громадський моніторинг та контроль роботи закладів охорони здоров'я

1. Системы здравоохранения – здоровье – благосостояние: Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения, г. Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008г.: отчет. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/78951/E92150R.pdf. – Название с экрана.
2. Крупник А. С. Зарубіжний досвід громадського контролю: уроки для України. Ефективність державного управління: Зб. наук. праць ЛПІДУ. Львів: ЛПІДУ НАДУ, 2007. Вип. 14. С. 146-154.
3. Полтораков О. Громадський контроль над «силовими» структурами в Україні: проблеми та перспективи. URL: <http://www.niisp.gov.ua/articles/109/>
4. Семигіна Т. Громадський контроль як механізм попередження порушень у сфері охорони здоров'я. URL: http://ekmair.ukma.edu.ua/bitstream/handle/123456789/1181/Semyhina_?sessionid=E03F40C91998641F7EA36EC18DBC432F?sequence=1
5. Енциклопедія державного управління: у 8 т. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України; наук.-ред. колегія: Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. Київ: НАДУ, 2011. Т. 1: Теорія державного управління: наук.-ред. колегія: В.М.Князев (співголова), І. В. Розпугенко (співголова) та ін. 2011. 748 с.

6. Глухов Ю. Україна сьогодні: «бывали времена труднее, но не было времен подлей». Українська правда. 2007. 12 вересня. URL: <http://www2.pravda.com.ua/news/2007/3/7/55461.ht>
7. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи (Аналітична записка за матеріалами науково-практичної конференції з міжнародною участю, Тернопіль–Кам'янець–Подільський, 12-13 грудня 2018 року). URL: nbuv.gov.ua > j-pdf > Vtneu_2018_4_18
8. Крушельницька Т. Деякі аспекти моніторингу діяльності органів державної влади щодо співпраці з інститутами громадянського суспільства в Україні. Т. Крушельницька, Є. Ралдугін. Вісник Національної академії державного управління. С. 245-257.
9. Громадська експертиза та громадський моніторинг діяльності органів влади : навч. посіб. В. Купрій, Л. Паливода. К. : Макрос, 2011. 200 с.
- 4.9. Підвищення ролі сімейного лікаря та залучення молоді до роботи в закладах охорони здоров'я в сільській мережі**
1. Деякі аспекти розвитку сільської медицини в Україні. Кількість сімейних лікарів, терапевтів, педіатрів в Україні. Z - *Україна Статистика, економіка, політика, персони* <http://zet.in.ua/statistika-2/zdravooxranenie/deyaki-aspekti-rozvitku-simejno%D1%97-medicini-v-ukra%D1%97ni-kilkist-simejnx-likariv-terapevtiv-pediatriv-v-ukra%D1%97ni/>
2. Жилка Н. Я. Первинна медична допомога: нормативно-правовий аспект . *Україна. Здоров'я нації*. 2016. № 1-2. С. 74-78. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2016_1-2_17.
3. Кудря А. В. Деякі проблеми в дотриманні права сімейного лікаря на ефективну професійну діяльність (огляд наукової літератури). *Україна. Здоров'я нації*. 2014. № 4. С. 72-78.
4. Кудря А. В. Основні тенденції моніторингу розвитку сімейної медицини в Україні. *Сімейна медицина*. 2015. № 4. С. 6-11.
5. Лагишев Є. Є. Сімейна медицина – пріоритетний напрям розвитку охорони здоров'я (Огляд літератури) . *Сімейна медицина*. 2016. № 1. С. 157-159.
6. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: Закон України від 14.11.2017 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19>.
7. Ткаченко В. І. Історія розвитку та сучасний стан первинної медичної допомоги за кордоном та в Україні, нормативно-правова база впровадження сімейної медицини в Україні. *Сімейна медицина*. 2015. № 3. С. 12-8.
8. Яремчук О.В. Крайні зарубіжні практики в сімейній медицині: досвід для України. Державне управління: удосконалення та розвиток. URL: http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/11_2018/101.pdf

РОЗДІЛ 5

5.1. Інноваційні підходи в управлінні закладами охорони здоров'я

1. Mansfield R. S. Building competency model. Human Resource management. 1996. 35. Р. 7 – 15.

2. Огнєв В. А. Вюн В. В., Чухно І. А. Підвищення кваліфікації керівників сфери охорони здоров'я як один із напрямів зростання їх управлінської компетентності. Професійний менеджмент в сучасних умовах розвитку ринку : матеріали доповідей IV науково-практичної конференції з міжнародною участю, Харків, 3 листопада 2015 р., 2015. С. 181 – 183.

3. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні: Навч. посіб. / За ред. І. М. Солоненка, Л. І. Жаліло. К.: Вид-во НАДУ. 2004. 116 с.

4. Спенсер Л. М. Компетенції на роботі. пер. с англ. М. : НІРРО, 2005. 384 с.

5. Менеджмент персоналу: навч. посіб./за заг. ред. д.е.н., проф. В. Я. Брича. Тернопіль: ТНЕУ, 2012. 520с.

5.2. Завдання і функції інноваційного менеджменту в медичній установі

1. Брич В. Я. Компетентність менеджерів в системі охорони здоров'я : моногр. / В. Я. Брич, Л. В. Лішгаба, П. П. Микитюк. – Тернопіль: ТНЕУ, 2018. – 192 с.

2. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні: Навч. посіб. / За ред. І. М. Солоненка, Л. І. Жаліло. К.: Вид-во НАДУ. 2004. 116 с.

5.3. Комунікації як інструмент впровадження інноваційних технологій в медичній установі

1. Менеджмент персоналу: навч. посіб./за заг. ред. д.е.н., проф. В. Я. Брича. Тернопіль: ТНЕУ, 2012. – 520с.

2. Mirabile R. J. Everything you wanted to know about competency modeling. Training and Development. 1997. August. P. 73 – 77.

5.4. Інноваційний менеджмент у розвитку середнього медичного персоналу

1. Менеджмент: навч. посіб. / М. М. Шкільняк, О. Ф. Овсянюк-Бердадіна, Ж. Л. Крисько, І. О. Демків. Тернопіль, 2017. 252 с.

2. Щетініна Л. Напрямки розвитку цифрових компетенцій на сучасному етапі. Сфера зайнятості і доходів в умовах цифрової економіки: механізми регулювання, виклики та доміанти розвитку. К. : КНЕУ, 2019. С.198-200

3. Diakiv O. Ostroverkhov V. Yuryk H. Innovative Technologies in Personnel Development. *Регіональні аспекти розвитку і розміщення продуктивних сил України*. 2019. Вип.24. С.108-115

5.5. Використання інструментарію логістичного менеджменту в закладах охорони здоров'я

1. Benchmarking The Hospital Logistics Process. URL: <https://logisticsmanagementandsupplychainmanagement.wordpress.com/category/healthcare-logistics/> (дата звернення: 18.01.2018)].

2. Жаворонков Є.П. Поиск решений при создании системы логистики в медико-производственных организациях здравоохранения. Риск. 2010. №1. С. 217-219.

3. Dembicka-Cyran I. Internal and external supply chain of hospital. URL: http://www.logforum.net/vol1/issue1/no5/5_1_1_05.html (дата звернення: 2.07.2019).

4. Сайников Е.В. Новые подходы к организации обеспечения медицинским имуществом на региональном уровне. URL: http://www.farosplus.ru/index.htm?mtmi/mt_4_10/nov_podbody.htm (дата звернення: 21.06.2019).

5. Жаворонков Е.П. Логистика бизнес-процессов медико-производственной организации. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/logistika-biznes-protsessov-mediko-proizvodstvennoy-organizatsii> (дата звернення: 26.07.2019).

6. Яковлев А.В. Управление производством: планирование и диспетчеризация. М., ІС-Паблишинг. 2018. 219 с.

7. Кизим А.А. Инновации как ключевой вектор развития логистических процессов. *Теория и практика общественного развития*. 2013. № 1. С. 312-318.

8. Кадыров Ф.Н. Оптимизация использования медикаментов и расходных материалов. *Менеджер здравоохранения*. 2009. № 4. С. 32-41.

5.6. Менеджмент електронної системи охорони здоров'я eHealth як базис автоматизації ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією

1. Abdolmotalleb, S., Shenan, I., Raahemi, B., Hossein, M. T., & Kuziemy, C. (2002). *Identifying high-cost patients using data mining techniques and a small set of non-trivial attributes*. <https://doi.org/10.1016/j.dss.2015.10.008>

2. Cuff, P. A., & Perez, M. M. (2004). National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 230 p.

3. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2017). Future Financial Economics of Health Professional Education: Proceedings of a Workshop. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/24736>

4. Girosi, F., Meili, R., & Scoville, R. (2013). Extrapolating evidence of health information technology savings and costs. *Health affairs*, 24(5), 1103–1117. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.24.5.1103>

5. Hellberg, S., & Johansson, P. (1982). eHealth strategies and platforms– the issue of health equity in Sweden. *Health Policy and Technology*, 6(1), 26–32. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2016.09.002>

6. Henna, K., & Bo, X. (2015). Health Literacy in the eHealth Era: A Systematic. *Patient Education and Counseling*, 100(6), 1073–1082. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.01.015>

7. HFA-DB. (n.d.). *European health for all database*. Retrieved from: <http://data.euro.who.int/hfad/>.

8. Nazirova, T. A., & Kostenko, A. B. (2015). O sistemakh optimizatsii upravleniia zdravookhraneniem na regionalnom urovne na baze informatsionnykh tekhnologii. *Kompiuterni tekhnologii v miskomu ta rehionalnomu hospodarstvi: mater. Mizhnar. nauk.-prakt. internetkonf.*, (pp. 42–43). Kharkiv: KhNUMH im. O. M. Beketova. [in Russian].

9. VOOZ. (n.d.). *Vsesvitnia orhanizatsiia okhorony zdorovia*. Retrieved from: <http://www.who.int/ru/>. [in Ukrainian].

10. Wang, S. J. et al. (2003). A Cost-Benefit Analysis of Electronic Medical Records in Primary Care. *The American Journal of Medicine*, 114(5), 397-403.

11. World Population Prospects. (2015). *United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division*. Retrieved from: <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

5.7. Маркетингові підходи до менеджменту закладів охорони здоров'я

1. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 рр. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf>

2. Єржак Г.Я. *Технологія управління закладом охорони здоров'я*: дайджест. Дніпропетровськ: ДОНМБ, 2016. вип.4. с.16.
 3. Эффективность применения маркетинга в медицинских учреждениях / Г.Б.Мамедова, М.Ж. Шайманов // *Austrian Journal of Technical and Natural Sciences*. 2014. №9-10. P.81-83. URL.: <http://cyberleninka.ru/article/n/effektivnostprimeneniya-marketinga-v-meditsinskih-uchrezhdeniyah>
 4. Огнев В. А., Усенко С. Г. та ін. Використання маркетингу в системі охорони здоров'я: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої 150-річчю курорту «Березівські мінеральні води» та 50-річчю кафедри психотерапії ХМАПО, Харків, 10 жовтня 2012 р. Харків, 2012. Т. 1: Проблеми організації, управління, маркетингу санаторно-курортних послуг, актуальні питання курортології, фізіотерапії та медичної реабілітації. С. 59-60.
 5. Лісневська Н.Маркетинг в охороні здоров'я – необхідність у ринкових умовах. *Практика управління медичним закладом*.2016. №8.С.7–17.
 6. Ткаченко Л.В. Менеджмент послуг: Підручник. К., 2003. 192 с.
 7. Басва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я : навч. посібн. К.:Центр учбової літератури. 2008. 640 с.
 8. Хвисяк М.І., Парфьонов І.І. Менеджмент в охороні здоров'я : підручник. Харків. Оберіг, 2008. Ч.1. 358 с., Ч.2. 550 с.
 9. Дудкіна О.П.Технології маркетингу як інноваційний інструмент управління закладами охорони здоров'я в умовах медичної реформи / Модернізація менеджменту закладів охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи: матеріали доповідей Всеукр. конф. з міжн. участю. Тернопіль-Кам'янець-Подільський, 12-13 грудня 2018 р. С.93-96.
- 5.8. Інклюзивних підхід до управління закладами охорони здоров'я**
1. Порошенко М.А. Інклюзивна освіта: навчальний посібник. Київ : ТОВ «Агенство «Україна». 2019. 300 с.
 2. Про схвалення Стратегії розвитку інформаційного суспільства в Україні : Розпорядження Кабінету Міністрів України № 386 від 15 травня 2013 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/386-2013-%D1%80>
 3. Черемісіна В.В., Снісаренко П.І. Телемедицина та її роль у реформуванні системи охорони здоров'я. *Наукові праці Чорноморського державного університету імені Петра Могили. Сер.: Техногенна безпека*. Т. 203. Вип. 191. 2012. С. 136-141.
 4. Murphy R.L., Barber D., Broadhurst A., Bird K.T. Microwave transmission of chest roentgenograms. *Am. Rev. Respir. Dis*. 1970. Vol. 102 (5). P. 771-777.
 5. Mark R.G. Telemedicine system: the missing link between homes and hospitals? *Mod. Nurs. Home*. 1974. Vol. 32 (2). P. 39-42.
 6. Zundel K.M. Telemedicine: history, applications, and impact on librarianship. *Bull. Med. Libr. Assoc*. 1996. Vol. 84 (1). P. 71-79.
 7. Про утворення Державного клінічного науково-практичного центру телемедицини МОЗ України : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25.05.2007 року № 269. URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/71905__71905

8. Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 681 від 19.10.2015 р. URL: www.zakon5.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15.
9. Владзимирський А.В. Телемедицина в системі менеджменту та організації охорони здоров'я: Навчальний посібник. Донецьк: ТОВ «Цифрова друкарня», 2012. 468 с.
10. Злепко С.М., Новиков А.А., Азархов О.Ю. Особливості термінології в сучасній медичній інформатиці та інженирії. *Биомедицинская инженерия и электроника*. 2016. № 1. URL: biofpe.esrae.ru/207-1047
11. Модельний закон про телемедицинські послуги, прийнятий на 35-му пленарному засіданні Міжпарламентської асамблеї держав-учасників СНД. Постанова № 35-7 від 28 жовтня 2010 року. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/997_n22
12. Про телемедицину: Проект Закону України. URL : <https://ips.ligazakon.net/document/view/JF7V800A?an=3>
13. Панченко О. А., Лях Ю. Е., Антонов В. Г. Медицина и интернет. Донецк : СПД Дмитренко, 2008. 524 с.
14. Державний механізм забезпечення інформатизації системи охорони здоров'я : монографія / Р. Р. Ларіна, А. В. Владзимирський, О. В. Балуєва ; за заг. ред. проф. В. В. Дорофійенко. Донецьк : ТОВ «Цифрова типографія», 2008. С. 20.
15. Короленко В. В., Божук Б.С., Мороз В.В., Божук О.А. Телемедицина, телепсихологія: перспективи розвитку в Україні. *Український науково-медичний молодіжний журнал*. 2012. № 3. С. 26-29.
16. Владзимирський А.В. Телемедицина : монографія. Донецьк: ООО «Цифровая типографія». 2011. 437 с.
17. Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я від 19.10.2015 р. № 681. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15#n19>
18. Положення про кабінет телемедицини закладу охорони здоров'я : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 жовтня 2015 року № 681. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1401-15>
19. International society for telemedicine & ehealth (isfteh). URL: <https://www.isfteh.org/>
20. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: Закон України від 14 листопада 2017 року № 2206-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19>
21. People-centred health care : technical papers : International Symposium on the Peoplecentred Health Care : reorienting health systems in the 21st century, the Tokyo International Forum, 25 November 2007. 74 p.
22. WHA 58.28. eHealth. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/20378/WHA58_28-en.pdf?sequence=1
23. Програма Європейського Союзу «Європейська стратегія «Здоров'я-2020: основи європейської політики у підтримку дій всієї держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя». Копенгаген : ЄРБ ВООЗ, 2012.

5.9. Активізація валеологічного підходу до інституціалізації реформ охорони здоров'я

1. Groatworth of Witte, Bought with a Million of Repentance. 1592. URL: <http://around-shake.ru/personae/3660.html>
2. Горащук В.П. Основные понятия школьного курса «Основы валеологии». Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції з валеології "Формування, збереження і зміцнення здоров'я підростаючого покоління як обов'язковий компонент системи національної освіти". К.: ІЗМН, 1997. С.78-84.
3. Здоровий спосіб життя – запорука власного здоров'я. URL: <https://www.bsmu.edu.ua/blog/6587-zdoroviy-sposib-zhittya-zaporuka-vlasnogo-zdorov-ya/>
4. Секрети активного довголіття. URL: <https://starosynjavska-gromada.gov.ua/news/1570454647ллллл/>
5. МОЗ України представило рекомендації зі здорового харчування. URL: <http://moz.gov.ua/article/news/moz-ukraini-predstavilo-rekomendacii-zi-zdorovogo-harchuvannja>
6. Про засади державної політики охорони здоров'я/ Проект Закону України № 2409а від 18.02.2016 р.
7. Крентовська О. Проблеми збереження і розвитку людського потенціалу в умовах старіння населення України. *Вісник національної академії державного управління при Президенті України*. 2009. Вип. 4. С. 238-246.
8. Основи законодавства України про охорону здоров'я/ Закон України № 2802-ХІІ від 19.11.92, із змінами і доповненнями внесеними Законом України № 2581-VIII від 02.10.2018// Відомості Верховної ради України. 2018. № 46. С.371.
9. Добридень О.В. Потенціал здоров'я людини в сучасних умовах . *Філософія*. 2016. № 4. С.45-50.
10. Бюттнер Ден . Блакитні зони. 9 правил довголіття від людей, які живуть довше за усіх. URL: <http://garmonya.in.ua/den-byuttner-blakytne-zony-9-pravyl-dovgolittya-vid-lyudej-yaki-zhyvut-dovshe-za-usih/>
11. ВООЗ представила глобальний план дій для підвищення рівня фізичної активності. URL:<https://www.kmu.gov.ua/ua/news/vooz-predstavila-globalnij-plan-dij-dlya-pidvishennya-rivnya-fizichnoyi-aktivnosti-moz>.
12. Тета –хілінг. URL:<http://enmassage.in.ua/theta-healing>

**МОДЕРНІЗАЦІЯ МЕНЕДЖМЕНТУ
ТА ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ
В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Монографія

Авторський колектив:

Августин Р.Р., Апостолок О.З., Артимович А.І., Бречко О.В., Васіна А.Ю., Гойда Н.Г. Демків І.О., Дудкіна О.П., Дудка Д.С., Дяків О.П., Желюк Т.Л., Жуковська А.Ю., Зембра Б.Й., Котис Н.В., Корицький Г.І., Кривокульська Н.М., Крисько Ж.Л., Крамарчук С.П., Левицький П.Р., Литвинова О.Н., Мацик В.О., Мельник А.Ф., Медвідь М.М., Микитюк П.П., Микитюк Ю.І., Монастирський Г.Л., Овсянюк-Бердадіна О.Ф., Опалюк О.Р., Скарлош Т.Я.,Скочиляс С.М., Сорока Т.М., Стахів О.В., Нитка О.М., Павлишин Г.А., Попович Т.М., Пінчук Д.В., Романишин О.В., Шкільняк М.М., Шушпанов Д.Г., Чигур О.В., Юрик Г.Я.

Комп'ютерний дизайн та верстка – Юрій Богач

Підписано до друку 27.05.2020 р.

Формат 60x84 1/16. Гарнітура Times.

Папір офсетний. Друк офсетний.

Облік.-видав. арк. 25,45. Умов. друк. арк. 25,5 Зам. № 89/20.

Наклад 300 прим.

Видавництво «Крок». Свідоцтво №3538 від 30.07.2009 р.

46006, м. Тернопіль, вул. Гайова, 56

тел. 0352248436