

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

КОСТЮК Світлана Володимирівна

**Кластеризація закладів охорони здоров'я в умовах
проведення медичної реформи**

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

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи
МЗОЗм-21
Костюк С.В.

Науковий керівник:
к.т.н., доцент Баб'як Г.П.

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту

«__» _____ 20__ р

Завідувач кафедри

_____ М.М. Шкільняк

ТЕРНОПІЛЬ – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ КЛАСТЕРИЗАЦІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ.....	7
1.1. Поняття медичного кластеру та його специфічні риси.....	7
1.2. Зарубіжний досвід кластеризації в сфері охорони здоров'я.....	12
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ПЕРЕДУМОВ ДЛЯ КЛАСТЕРИЗАЦІЇ КНП «ШЕПЕТІВСЬКА БАГАТОПРОФІЛЬНА ЛІКАРНЯ» ШЕПЕТІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ	18
2.1. Характеристика діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я в умовах медичної реформи.....	18
2.2. Оцінка готовності медичного персоналу досліджуваного закладу охорони здоров'я до інноваційних змін.....	24
РОЗДІЛ 3. ЗАПРОВАДЖЕННЯ МЕТОДИКИ ОЦІНЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОГО КЛАСТЕРА	32
ВИСНОВКИ.....	40
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	44

ВСТУП

Актуальність проблеми. Реформа системи охорони здоров'я є однією з ключових складових забезпечення сталого розвитку країни. Вона спрямована на покращення доступності, якості та ефективності медичних послуг. Одним із важливих інструментів її реалізації є кластеризація закладів охорони здоров'я, яка передбачає їх раціональне об'єднання за територіально-економічними, функціональними та демографічними ознаками.

Кластеризація дозволяє зосередити ресурси на пріоритетних напрямках, мінімізувати дублювання функцій, оптимізувати логістичні зв'язки між закладами та створити умови для впровадження інноваційних технологій. Це особливо актуально в умовах децентралізації та обмежених фінансових можливостей, які вимагають ефективного управління бюджетними коштами.

Додатково, «цей підхід сприяє підвищенню рівня кваліфікації медичного персоналу через створення навчальних баз та центрів компетенції, а також забезпечує пацієнтів сучасним рівнем обслуговування через концентрацію висококваліфікованих кадрів та спеціалізованого обладнання в межах кластерів».

Важливість теми посилюється через глобальні виклики, такі як зростання чисельності населення, урбанізація, старіння суспільства та загроза нових епідемій. У цих умовах ефективна кластеризація закладів охорони здоров'я дозволяє оперативно реагувати на потреби населення, забезпечуючи рівномірний розподіл ресурсів та доступ до медичних послуг навіть у віддалених регіонах.

Таким чином, дослідження кластеризації закладів охорони здоров'я є надзвичайно актуальним для успішного впровадження медичної реформи, розвитку національної системи охорони здоров'я та підвищення рівня життя громадян.

Аналіз останніх досліджень і наукових праць. Теоретико-прикладні основи територіальної організації продуктивних сил, просторового розвитку секторів економіки та видів економічної діяльності знайшли своє

відображення у працях вітчизняних і зарубіжних науковців. Серед українських дослідників слід відзначити роботи М. Долішнього, З. Варналія, Я. Жаліла, М. Мельник та інших. Актуальні питання формування та функціонування госпітальних округів розглядалися А. Васиною. Проблематика територіальних кластерів висвітлена у дослідженнях О. Варяниченко, М. Гоменюк, Р. Глушаниці, С. Давимуки, В. Жерухи, О. Кузьміна, Л. Федулової. Серед зарубіжних учених, чийі праці зосереджені на питаннях кластеризації, варто виділити дослідження М. Портера, С. Кетелса, О. Сольвела, Г. Ліндквіст, М. Енрайта, Е. Брауна, Л. Берга та інших.

Попри значний інтерес до теоретичних і практичних аспектів формування та функціонування регіональних кластерів у науковій літературі, ці дослідження майже не охоплюють сферу охорони здоров'я. Особливо це стосується врахування посттрансформаційних змін, що відбулися в системі охорони здоров'я України внаслідок перших етапів реформування. Такий стан справ вимагає більш детального аналізу нових явищ у процесах кластеризації закладів охорони здоров'я та оцінки їхнього впливу з урахуванням напрацьованих емпіричних даних.

Метою кваліфікаційної роботи є здійснення теоретичних узагальнень та розробка практичних рекомендацій щодо кластеризації закладів охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи.

Відповідно до мети у кваліфікаційній роботі поставлені наступні **завдання:**

- дослідження поняття «медичний кластер» та ідентифікація його специфічних рис;
- вивчення зарубіжного досвіду проведення кластеризації в сфері охорони здоров'я;
- характеристика діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я в умовах медичної реформи;
- проведення оцінювання готовності медичного персоналу досліджуваного закладу охорони здоров'я до інноваційних змін;

– розробка методики оцінювання ефективності діяльності медичного кластера.

Об'єктом дослідження у кваліфікаційній роботі є процес кластеризації закладів охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи.

Предметом дослідження у кваліфікаційній роботі є механізм кластеризації закладів охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи.

Методи дослідження. У кваліфікаційній роботі для досягнення поставленої мети та розв'язання завдань були використані такі наукові методи дослідження:

– теоретичні методи (аналіз і синтез – для вивчення теоретичних основ кластеризації, її концептуальних підходів, нормативно-правового забезпечення та досвіду інших країн; метод порівняння – для аналізу різних моделей кластеризації закладів охорони здоров'я та їх ефективності в різних умовах; метод моделювання – для створення оптимальної моделі кластеризації, враховуючи специфіку демографічних, географічних і соціально-економічних умов);

– емпіричні методи (статистичний аналіз – для збору і аналізу даних щодо діяльності закладів охорони здоров'я, їх розташування, доступності, фінансування та рівня забезпечення ресурсами; опитування та анкетування – для збору думок пацієнтів, медичних працівників і управлінців щодо доцільності та ефективності кластеризації; спостереження – для фіксації процесів у медичних закладах, що об'єднані в кластери, з метою оцінки їх ефективності);

– методи системного аналізу – для оцінювання взаємозв'язків між різними елементами кластерної системи (лікарнями, поліклініками, навчальними центрами тощо) та розробка рекомендацій щодо інтеграції закладів у єдину мережу з урахуванням функціональних і ресурсних можливостей;

– методи математичного моделювання та кластерного аналізу – для поділу закладів охорони здоров'я на групи за схожими характеристиками (географічне розташування, потужність, спеціалізація тощо) та для визначення оптимального складу медичних кластерів.

Наукова новизна проведеного дослідження полягає у розробці методики оцінювання ефективності діяльності медичного кластера. Дана методика дозволяє здійснювати моніторинг роботи кластера, розглядати економічні процеси у їхній динаміці та взаємозв'язку; попереджати негативні тенденції, які можуть виникнути в експорті послуг кластера, та своєчасно вживати ефективних заходів для їх усунення; враховувати прогнози розвитку медичних кластерів на середньо- та довгострокову перспективу; оцінювати ефекти від створення кластеру для держави, бізнесу, споживачів; методика може бути основою розрахунку економічної ефективності кластерів, створюваних у сфері послуг як в Україні, так і закордоном.

Практична значущість результатів дослідження полягає в тому, що розроблені в ньому теоретичні положення та практичні рекомендації щодо впровадження кластеризації закладів охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи, зокрема запропонована методика оцінювання ефективності діяльності медичного кластера, можуть бути використані в роботі КНП «Шепетівська багатoproфільна лікарня» та інших медичних закладів.

Апробація. За результатами дослідження опубліковано 2 тез доповідей: на тему «Поняття медичного кластеру та його специфічні риси» у збірнику тез доповідей V Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів» [26] (м. Тернопіль, 16 травня 2024 року) та на тему «Зарубіжний досвід кластеризації в сфері охорони здоров'я» у збірнику тез доповідей Наукової інтернет-конференції молодих вчених, аспірантів та студентів кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні» [27] (м. Тернопіль, 27 листопада 2024 року).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ КЛАСТЕРИЗАЦІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

1.1. Поняття медичного кластеру та його специфічні риси

У вітчизняній науці в даний час ще не сформувалося чіткого, єдиного та загальноприйнятого терміну, що відображає поняття «медичний кластер», його характеристики та особливості. Порівняно невелика кількість наукових робіт присвячена дослідженню визначення поняття «медичний кластер», незважаючи на актуальність цієї проблеми. У зв'язку із цим виникають прогалини у розробці питань ефективного функціонування охорони здоров'я, засновані на когнітивності всіх зацікавлених сторін у цій галузі, які могли б використовувати раціонально можливості медичного кластера, що є одним із способів досягнення ефективності поставлених завдань у медичному секторі.

Визначення поняття «медичний кластер», запропоновані вітчизняними науковцями, представлені в табл. 1.1.

Таблиця 1.1

Визначення поняття «медичний кластер»

Автор	Поняття	Визначення
1	2	3
О. Баєва	Медичний кластер	Група географічно взаємопов'язаних організацій (постачальники, виробники, посередники) та пов'язаних з ними освітніх закладів, органів державного управління, інфраструктурних компаній тощо, які діють у певній сфері та взаємодоповнюють одна одну.
М. Білинська, Я. Радип	Фарма-медичний кластер	Організаційне середовище, що забезпечує найбільш оптимальну структуру взаємовідносин різних організацій медико-фармацевтичного комплексу, що забезпечує інтеграцію наукових досліджень фармацевтичного та медичного профілю, кооперацію наукових та виробничих взаємозв'язків у рамках біологічних та нанотехнологічних інновацій.
О. Варяченко	Медичний кластер	Сукупність різноманітних медичних установ, що забезпечують технології діагностичного, лікувального, профілактичного, реабілітаційного процесів в цілому, яка є єдиною інформаційно-аналітичною системою, здатною на базі сучасного апаратного комплексу надавати будь-яку інформацію про відповідність лікувального процесу прийнятим стандартам, в т. ч. юридичним, економічним.

1	2	3
О. Варяченко	Медичний кластер	Об'єднання конкурентоспроможних організацій, розташованих на одній території та здатних надавати високоякісні медичні послуги.
М. Гоменюк	Медичний кластер	Інноваційна модель, що складається з однорідних об'єктів медичного призначення, об'єктів інфраструктури, інтегрування у вже наявні ресурси галузі, вищі освітні установи, об'єкти медичного призначення, транспортні мережі та кадрові ресурси.
О. Кузьмін, В. Жеруха	Медичний кластер	Сукупність різнопрофільних лікувальних закладів, об'єднаних єдиною метою надання спеціалізованої медичної допомоги конкретним групам населення, хворим на конкретний вид захворювання.
А. Мельник, Л. Матюк	Медичний кластер	Комплексна структура, що поєднує територіально-сконцентровані та (або) функціонально взаємопов'язані установи, що поєднують медичні, освітні та дослідницькі можливості для виробництва та просування у практичну охорону здоров'я сучасних конкурентоспроможних видів медичної допомоги (медичних інновацій).
В. Парій	Медичний кластер	Інноваційна модель організації процесу надання медичної допомоги, заснована на узгоджених діях щодо реалізації профільного відбору, лікування, реабілітації, диспансерного спостереження пацієнта (технологічні ланцюжки) з метою ефективного відновлення здоров'я.

Примітка. Сформовано автором на основі []

Аналіз позицій різних авторів, поданих у табл. 1.1, дозволяє зробити такі висновки. У визначеннях трапляються умови існування кластерів, такі як географічна концентрація (О. Баєва, В. Парій); взаємопов'язаність (В. Парій); взаємодоповнюваність (О. Баєва); різнопрофільність (А. Мельник, Л. Матюк). Крім цього, у визначеннях включається така якісна характеристика медичних кластерів як інноваційність (О. Кузьмін, В. Жеруха). Автори М. Білинська, Я. Радиш відзначають такі якісні характеристики, як співпраця та конкуренція. Всі ці характеристики демонструють існуючу реальність, оскільки всі кластерні структури є просторово локалізованими, взаємопов'язаними та взаємодіючими. Медичні кластери як одна з форм кластерного феномену в економічному середовищі мають всі перераховані характеристики.

Однак потрібно виділити особливості кластерів, що виникають у медичній сфері, оскільки вони виконують специфічну функцію у соціально-економічному середовищі. В аналізованих визначеннях до таких особливостей

можна віднести: забезпечення технології діагностичного, лікувального, профілактичного, реабілітаційного процесів (О. Варяченко); надання високоякісних медичних послуг (О. Варяченко), просування медичних інновацій (В. Парій), реалізація технологічних ланцюжків з метою відновлення здоров'я.

Основним недоліком у аналізованих визначеннях є відсутність системності та впорядкованості. Автори вважають, що питання розробки визначення поняття «медичний кластер» продовжує залишатися актуальним та потребує наукового підходу.

Для здійснення теоретичного аналізу визначень поняття «медичний кластер» та його особливостей у роботі використано категоріальний метод дворівневого тріадичного дешифрування базового поняття. «Зміст цього методу полягає в тому, що на першому рівні дешифрування потрібна категорія розкривається трьома поняттями, які найповніше і точно відбивають природну сутність феномена, названого цією категорією. На другому рівні процедура повторюється для дешифруючих понять» [10].

Отже, узагальнивши результати аналізу визначень, наведених у табл. 1.1, автори виділяють для поняття «медичний кластер» такі три фундаментальні характеристики: медична інфраструктура, інноваційний потенціал та людські ресурси. Пояснимо більш детально зроблений висновок.

1) «дослідження про діяльність медичних організацій показують, що збільшення спектру медичних послуг та підвищення їх якості, а також економічний результат їх діяльності суттєво залежить від рівня інфраструктурного забезпечення медичних центрів»;

2) «інноваційний потенціал відіграє істотну роль в економічному зростанні об'єктів медичної діяльності та забезпечує якісний розвиток медичних послуг на території; інноваційний потенціал медичних організацій є системою ресурсів і можливостей для досягнення цілей за рахунок реалізації інноваційних проектів у галузі медицини»;

3) «людські ресурси є одним із ключових видів ресурсів у будь-якому

організаційному процесі, тому їх наявність у кластері необхідна. Вони відіграватимуть ключову роль у досягненні всіх процесів, необхідних медичному кластеру для його функціонування та розвитку».

Перейдемо до другого рівня дешифрування.

Поняття «медична інфраструктура» може бути дешифровано такими поняттями: інформаційна інфраструктура, освітня інфраструктура та інфраструктура лікувальних закладів. Під інформаційною інфраструктурою розуміються «бази даних, інформаційні системи, технічна підтримка, центри обробки даних, довідкові служби, за допомогою яких ефективно обробляються та систематизуються потоки інформації в медичних установах та оптимізується процес комунікацій між пацієнтами та медичними організаціями, що позначається на ефективності надання екстреної медичної допомоги». Освітня інфраструктура включає «науково-дослідні центри, курси підвищення кваліфікації, проведення наукових конференцій, семінарів, симпозіумів, яка дозволяє своєчасно і результативно обмінюватися отриманим медичним досвідом, тим самим покращує якість надання медичної допомоги населенню та підвищує освітній рівень фахівців медичного кластера». До інфраструктури лікувальних закладів належать «клінічні лікарні, поліклініки, різнопрофільні диспансери, перинатальні центри, дитячі лікарні, реабілітаційні центри та багато інших медичних закладів, які надають медичні послуги населенню».

Поняття «інноваційний потенціал» може бути дешифроване такими поняттями: фармацевтичні інновації, технічні інновації та інновації щодо надання медичної допомоги. Фармацевтичні інновації передбачають розробку нових лікарських препаратів, що дозволяють суттєво розширити та вдосконалити можливості лікування різних захворювань. До технічних інновацій можна віднести «розробку сучасного високотехнологічного медичного обладнання, яке відіграє величезну роль у покращенні якості надання медичних послуг, сприяє підвищенню достовірності досліджень та ефективності лікувальних процедур». Від рівня технічної оснащеності багато

в чому залежить конкурентоспроможність, престиж та репутація медичного закладу. Інновації з надання медичної допомоги передбачають появу нових методів діагностики, лікування та профілактики різноманітних захворювань. Сучасна медицина не стоїть на місці, і більшість застарілих методів лікування зазнають радикальних змін за допомогою інновацій у медичній сфері.

Поняття «людські ресурси» може бути дешифроване такими поняттями: органи державного управління, посередники та кадровий персонал. Органи структурі державної влади забезпечують законодавчу базу, з допомогою якої опрацьовується юридична складова кластерної структури. Державні органи надають медичним кластерам фінансову підтримку, виділяють різноманітні субсидії та дотації. Медичний кластер не може існувати без виробників та постачальників медичної техніки та обладнання, витратних медичних матеріалів та лікарських засобів. Важливу роль кластерної організації грають стратегічні партнери та різноманітних посередники, які є частиною маркетингової середовища медичних організацій і впливають ефективність їх функціонування. Клінічна результативність та економічна складова діяльності медичного кластера багато в чому залежить від кадрового персоналу. До нього належать передусім кваліфіковані медичні працівники: лікарі, медсестри, санітари, а також співробітники адміністративно-управлінської ланки.

На рис. 1.2 наведено розроблену модель визначення поняття «медичний кластер». Дана модель дозволяє сформулювати таке визначення: медичний кластер – це сукупність взаємопов'язаних та взаємодіючих медичних установ та організацій, які забезпечують медичну діяльність, надають якісні медичні послуги населенню, використовують інноваційні розробки у галузі фармацевтики та медичного обладнання, а також використовують освітню, інформаційну інфраструктуру, невід'ємною частиною яких є людські ресурси.

За допомогою методу дворівневого тріадичного дешифрування базового поняття були систематизовані чинники, що зумовлюють існування та розвиток кластерів у медичному секторі економіки, виділено такі елементи як інноваційний потенціал, людські ресурси та медична інфраструктура, яка

забезпечує внутрішньо кластерні зв'язки.

Таким чином, запропоноване визначення поняття «медичний кластер» відрізняється від вже існуючих визначень системністю, що існує в сучасній науці, виділенням об'єктивних підстав існування кластерного феномену в медичному секторі економіки. У той же час воно ґрунтується на науковому уявленні про економічні кластери як про форму господарської інтеграції. Запропоноване визначення робить внесок у розвиток теорії кластерів, визначаючи місце медичному кластеру серед інших видів кластера, а також дозволяє здійснювати ідентифікацію та організаційне проектування даного типу кластерів у подальших наукових дослідженнях.

1.2. Зарубіжний досвід кластеризації в сфері охорони здоров'я

Суть кластера – концентрація, конкуренція, співробітництво та конкурентоспроможність. На формування кластерів у регіонах впливають такі чинники: сприятливі природно-кліматичні умови; забезпечення капітальними та трудовими ресурсами; наявність міцних зв'язків між суб'єктами господарювання у сфері виробництва, переробки, реалізації готової продукції тощо.

Якщо розглядати кластер, сформований на основі інфраструктури регіону як «будівлю», ми можемо «розглядати всі чинники, включені до цієї інфраструктури. Як наріжний камінь цієї будівлі кожна держава створює основу системи національної безпеки у широкому сенсі з інфраструктурою, яку вона формує. Соціальна інфраструктура є найважливішою частиною цієї системи безпеки. Адже здорова людина – це основа успіху та розвитку у всіх інших сферах. Система охорони здоров'я є охоронцем здоров'я людини».

Кожна країна приділяє велику увагу розвитку системи охорони здоров'я задля досягнення цих цілей та вкладає більше коштів у розвиток цього сектора. Тому всі кроки для досягнення цих цілей відіграють важливу роль у вирішенні проблем охорони здоров'я, з якими стикається населення світу. У країнах, регульованих принципами ринкової економіки, учасниками системи охорони

здоров'я є водночас малі та середні підприємства. Вони діють із бажанням заробляти поряд із виконанням своїх обов'язків перед державою та суспільством. Звичайно, діяльність у системі охорони здоров'я регулюється ухваленими законами та стандартами. Участь держави тут ширша, ніж у інших сферах. У табл. 1.2 показано, який відсоток ВВП різних країн виділяється на забезпечення діяльності та розвиток системи охорону здоров'я.

Таблиця 1.2

**Обсяг та витрати на охорону здоров'я в країнах,
де існують медичні кластери**

№ з/п	Країна	Обсяг ВВП, млн. дол.	Видатки на охорону здоров'я, % від ВВП
1.	США	20 580	17,1
2.	Китай	13 368	5,2
3.	Німеччина	3 951	11,2
4.	Великобританія	2 828	9,6
5.	Італія	2 075	8,8
6.	Іспанія	1 427	8,9
7.	Франція	2 780	11,3
8.	Швеція	556	11,0
9.	Данія	434	10,1
10.	Швейцарія	705	12,3
11.	Голландія	914	10,1
12.	Ізраїль	370	7,4

Примітка. Наведено за []

Найважливішою умовою, що з цього завдання, стає правильна організація функціонування системи охорони здоров'я. Усі суб'єкти системи охорони здоров'я становлять соціальну інфраструктуру. Однією з інфраструктурних функцій у всіх галузях є захист безпеки країни.

Підприємства та організації в галузі медицини, безпосередньо та опосередковано пов'язані з нею, також є елементами ринкової інфраструктури. Наприклад, «лікарні, лабораторії, дослідницькі центри, фармацевтичні установи, медичні страхові організації тощо. У розвинених країнах система охорони здоров'я є однією із стратегічних галузей, у яких беруть участь підприємці. Підприємства та організації, що діють як і в інших областях,

мають місцевих та іноземних конкурентів. Вони змушені здійснювати свою діяльність з урахуванням конкурентоспроможності. У деяких розвинених країнах світу підприємства та організації, що працюють у цій галузі, підвищують свою конкурентоспроможність, удосконалюючи свою діяльність шляхом створення медичних кластерів, а також покращуючи якість медичних послуг для населення».

За визначенням М. Портера, кластер – це «група географічно локалізованих взаємопов'язаних компаній, постачальників обладнання, компонентів, спеціалізованих послуг, інфраструктури та дослідницьких інститутів, які доповнюють одна одну та загалом посилюють конкурентні переваги окремих компаній та кластерів» [2]. Вчені, які продовжили дослідження Портера, відзначають, що «основна відмінність між медичними та іншими кластерами полягає в тому, що вони мають «більш диверсифіковану структуру», що включає медичні університети, університетські клініки, фармацевтів, виробників медичного обладнання, інфраструктурні об'єкти і самих споживачів» [2].

Принцип географічної близькості учасників медичного кластера може бути прийнятий до уваги. Це з тим, що у кожному місці проживання є медичні центри і кожен громадянин має доступом до медичної допомоги. Тому елементи інформаційної інфраструктури використовуються максимально ефективно під час створення медичних кластерів.

Сфери створення медичних кластерів можна поділити на три основні категорії: «кластер закладів охорони здоров'я; медичне обладнання та кластер ліків; медичний кластер біотехнологій та інновацій» [5].

Особливості медичних кластерів можна сформулювати таким чином: «додаткові зовнішні джерела фінансування (фонди обов'язкового чи добровільного медичного страхування, державний бюджет, надходження від платних послуг тощо); відсутність географічної концентрації учасників; необхідність застосування сучасних інформаційних та комунікаційних технологій; виділення медичних організацій надання невідкладної допомоги»

[8].

Проведення навчальних курсів, наукових конференцій, семінарів, симпозіумів особливо важливе у розвитку медичних кластерів. Своєчасне поширення медичного досвіду дозволяє підвищити для населення якості медичних послуг та рівень підготовки фахівців медичного кластеру. Інфраструктура медичних закладів включає клінічні лікарні, поліклініки, різні диспансери, перинатальні центри, дитячі лікарні, реабілітаційні центри та багато інших медичних закладів, які надають медичні послуги населенню. Застосування інновацій у фармацевтиці, що є одним із основних учасників медичного кластера, дозволяє розробляти лікарські препарати, здатні значно розширити та покращити лікування різних захворювань. Іншими учасниками кластеру є підприємства, які займаються виробництвом медичного обладнання.

Обладнання, вироблене цими підприємствами, відіграє важливу роль у покращенні якості медичних послуг, допомагаючи підвищити надійність досліджень та ефективність процедур лікування. Конкурентоспроможність, престиж та репутація медичного закладу залежить від рівня технічного оснащення. Загалом нововведення у наданні медичних послуг припускають появу нових методів діагностики, лікування та профілактики різноманітних захворювань. Сучасна медицина постійно розвивається, і багато застарілих методів лікування зазнають радикальних змін за допомогою медичних інновацій.

Медичні кластери включають виробників, постачальників, стратегічних партнерів, посередників, які є частиною рекламного середовища. Клінічна ефективність та економічна складова медичного кластера залежать головним чином від персоналу, насамперед від кваліфікованих лікарів, медсестер, працівників охорони здоров'я, а також від працівників адміністративного кільця.

На рис. 1.2 наведено модель медичного кластера.

Медичні кластери працюють у багатьох країнах світу, зокрема у Швеції,

Данії, Швейцарії, Ізраїлі, Нідерландах та ін.

Наприклад, «одним із найбільш швидко зростаючих секторів швейцарської економіки є виробництво медичної техніки та обладнання. Таким чином, економічне зростання в цій галузі становить 6-8% на рік. 49 000 чоловік у Швейцарії, охоплює близько 700 підприємств та організацій. Об'єднання цих компаній у єдиний кластер дозволяє постійно вводити нововведення та створювати сприятливий інвестиційний клімат у Швейцарії, а також збільшувати експорт продукції в Європейський Союз, США та інші країни. Ще одна особливість швейцарського медичного кластера – швидка адаптація і поширення вироблених ліків в кластері. швейцарській системі охорони здоров'я. Нові продукти можуть швидко поширюватися на внутрішньому ринку, що дозволяє компаніям виходити на ринок та збільшувати свої продажі».

У табл. 2.3 представлена інформація про медичні кластери, що розвиваються у деяких європейських країнах.

Таблиця 2.3

Інформація про медичні кластери в зарубіжних країнах

№ з/п	Країна	Назва кластеру	Кількість учасників	Чисельність працівників
1.	Великобританія	Kembridg	70	5 000
2.	Бельгія	Antwerpen Vrije	174	27 000
3.	Німеччина	Münchener Dörseldorf Mayns	214	115 000
4.	Швеція	Bazel	60	40 000
5.	Італія	Milan	24	34 000
6.	Франція	O-de-Sen	120	30 000
7.	Іспанія	Barselona	18	30 000

Примітка. Наведено за [12]

Метою стратегії кластера охорони здоров'я є «забезпечення оптимального розподілу ризиків, спільного доступу на зарубіжні ринки для використання знань та ключових ресурсів, підвищення довіри між учасниками кластера, зниження витрат та зміцнення відносин».

Розвиток у всіх секторах економіки можна досягти шляхом створення

необхідної інфраструктури. Існує велика потреба у виробничій та ринковій інфраструктурі для збільшення державних доходів, усунення безробіття та досягнення сталого економічного розвитку. Стійкий розвиток може бути забезпечено лише економічною політикою, орієнтованою експорту сировини. Для забезпечення сталого розвитку необхідно проводити науково обґрунтовану економічну політику, вкладаючи кошти у науку та освіту. У цьому випадку, безперечно, проблеми інфраструктури знаходять своє природне рішення.

У кожній країні, особливо у розвинених, система охорони здоров'я має потрібну інфраструктуру. «Проте, система охорони здоров'я повинна захищати людей від хвороб, які можуть статися в майбутньому. Звичайно, це складна робота, але науково-дослідні центри, лабораторії дозволяють досягти певних позитивних результатів. Так як у різних частинах світу люди використовують у харчових цілях м'ясо диких тварин, птахів, рослини, морепродукти, генно модифіковані продукти тощо, у зв'язку з цим мають бути проведені дослідження. Слід вжити необхідних заходів для того, щоб віруси, мікроби, які вони переносять, не викликали небезпеки для здоров'я людини. Як мінімум, для зниження ризику поширення захворювань, які можуть виникнути, потрібна підготовка первинних лікарських препаратів; проектування технічних засобів, які можуть знадобитися і т. д. Цей процес може здійснюватись у більш ефективній формі медичними кластерами за участю держави. У цій галузі можна зробити різні поступки та заохочувальні кроки для сходження нових кластерів та стимулювання діяльності існуючих». У той же час для досягнення позитивного результату необхідно застосовувати різні вимоги та стандарти.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ПЕРЕДУМОВ ДЛЯ КЛАСТЕРИЗАЦІЇ КНП «ШЕПЕТІВСЬКА БАГАТОПРОФІЛЬНА ЛІКАРНЯ» ШЕПЕТІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

2.1. Характеристика діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я в умовах медичної реформи

Медична допомога жителям Шепетівського району (рис. 2.1) надається КНП «Шепетівська багатопрофільна лікарня» Шепетівської районної ради Хмельницької області (КНП «Шепетівська БЛ»), в структурі якої функціонує 300 ліжок цілодобового стаціонару та 130 ліжок денного перебування хворих при консультативно-діагностичній поліклініці. Потужність консультативно-діагностичної поліклініки БЛ – 400 відвідувань. Кількість спеціальностей, за якими ведеться амбулаторний прийом – 34.



Рис. 2.1. Карта Шепетівського району Хмельницької області

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «Шепетівська БЛ»

КНП «Шепетівська багатoproфільна лікарня» багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування другого рівня – «заклад охорони здоров'я, що забезпечує надання вторинної медичної допомоги в умовах цілодобового стаціонару, денного стаціонару або амбулаторних умовах населенню у гострому стані захворювання або з хронічними захворюваннями, що потребують інтенсивного лікування та догляду, з обов'язковою наявністю відділень екстреної медичної допомоги» [38].

В структурі КНП «Шепетівська багатoproфільна лікарня» функціонують: 1) адміністративно-управлінські підрозділи (відділ кадрів, інформаційно-аналітичний відділ медичної статистики; бухгалтерія (розрахункова група; матеріальна група, каса); планово-економічна група; юридична група; група цивільного захисту; інженерно-технічна група); 2) консультативно-діагностична поліклініка (структурні підрозділи за різними медичними профілями); 3) стаціонар № 1 (відділення невідкладної медичної допомоги та інші відділення за різними медичними профілями); 4) стаціонар № 2 (структурні підрозділи за різними медичними профілями); 5) діагностичні підрозділи (клініко-діагностична лабораторія, кабінети та відділи за різними профілями досліджень); 6) спеціалізовані служби (паталогоанатомічне відділення; відділення трансфузіології; відділ інфекційного контролю; стерилізаційне відділення; кабінет телемедицини); 7) господарська служба (служба обслуговування будівель та споруд: господарсько-обслуговуючий персонал, будівельна група, група енергетика; авто служба; склади) (рис. 2.2) (Додаток А).

Як видно з рис. 2.2 організаційна структура КНП «Шепетівська багатoproфільна лікарня» належить до лінійного типу, який характеризується лінійними формами зв'язку між ланками управління і, як наслідок, концентрацією всього комплексу функцій управління та вироблення управлінських дій в одній ланці управління.

Переваги та недоліки такого виду організаційної структури управління представлені в табл. 2.1.



Рис. 2.2. Організаційна структура КНП «Шепетівська багатoproфiльна лiкарня»

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «Шепетівська БЛ»

Таблиця 2.1

Переваги та недоліки лінійних організаційної структури управління

Переваги	Недоліки
1. Встановлення чітких і простих зв'язків між підрозділами. 2. Єдність і чіткість розпоряджень. 3. Узгодженість дій виконавців. 4. Підвищення відповідальності керівника за результати діяльності очолюваного підрозділу. 5. Оперативність у прийнятті рішень. 6. Отримання виконавцями пов'язаних між собою розпоряджень і завдань, забезпечених ресурсами. 7. Особиста відповідальність керівника за кінцеві результати діяльності свого підрозділу.	1. Високі вимоги до керівника, який повинен мати різнобічні знання і досвід з усіх функцій управління та сфер діяльності, що, в свою чергу, обмежує його можливості щодо ефективного управління організацією. 2. Перевантаження інформацією, великий потік документації, безліч контактів з підлеглими, вищими та суміжними організаціями. 3. Відсутність спеціалістів з окремих функцій управління. 4. Невідповідність зростаючим вимогам мінливого зовнішнього середовища.

Примітка. Наведено за [25]

Основні показники функціональної діяльності КНП «Шепетівська багатoproфільна лікарня» в розрізі стаціонару та поліклініки представлені в табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Основні показники функціональної діяльності КНП «Шепетівська багатoproфільна лікарня» у 2022-2023 рр.

Показники	2022 рік	2023 рік
Поліклініка (КЛЦ тощо)		
Кількість спеціальностей амбулаторного прийому	18	22
Лікарів поліклініки: абс. число	41	45
Відвідувань в поліклініку за рік: абс. число – на 1 лікаря	155904 – 3802,5	192497- 4277,7
Стаціонар		
Кількість ліжок: абс. число	275	362
Кількість стаціонарних відділень	14	18
Робота (зайнятість) ліжка	343,4	345,2
Середній термін перебування	8,6	7,7
Всього проліковано у стаціонарі, з них	11017	15862
військовослужбовців	373	403
ВПО, з них	495	394
– дітей (0-18 років)	98	83
– дорослих	397	311
Летальність по стаціонару ЗОЗ: абс. число померлих –	359 – 3,3	391 – 2,5%

% до всіх виписаних + померлих		
У т. ч. померло у ВАІТ: абс. число	83	84
% до пролікованих у відділенні	33,8	27,6
% до всіх померлих в стаціонарі	23,2	21,2
Проліковано хворих на COVID-19		
Проліковані (виписані + померлі), з них	676	382
у ВАІТ (абс. число)	21	12
померли (абс. число – % до пролікованих)	31-4,4	22-5,7

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «Шепетівська БЛ»

Як видно з табл. 2.2, КНП «Шепетівська багатoproфільна лікарня» стрімко розвивається. Протягом 2022-2023 рр. збільшилась кількість: спеціальностей амбулаторного прийому (з 18 у 2022 р. до 22 у 2023 р.); лікарів поліклініки (з 41 у 2022 р. до 45 у 2023 р.); кількість ліжок (з 275 у 2022 р. до 362 у 2023 р.); кількість стаціонарних відділень (з 14 у 2022 р. до 18 у 2023 р.). При цьому зменшився середній термін перебування пацієнта в стаціонарі (з 8,6 у 2022 р. до 7,7 у 2023 р.) та летальність (з 3,3% у 2022 р. до 2,5% у 2023 р.). Це свідчить про підвищення загальної ефективності діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я та підвищення рівня якості медичних послуг та медичної допомоги, що надається в установі.

Основні показники кадрового забезпечення КНП «Шепетівська багатoproфільна лікарня» представлені в табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Кадрове забезпечення КНП «Шепетівська багатoproфільна лікарня» у 2022-2023 р.

Показники	2022 рік	2023 рік
Штатних посад лікарів: абс. число	152,75	171,25
Фізичних осіб лікарів: абс. число – % до штатних	129 -84,4%	143 -83,5%
Лікарів пенсійного віку: абс. число – % до всіх ф.о.	25 -19,3%	24 -16,7%
Штатних посад СМП: абс. число	279,75	332,5
Фізичних осіб СМП: абс. число – % до штатних	276 -98,6%	329 – 98,9%
СМП пенсійного віку: абс. число – % до всіх ф.о.	15 -5,4%	20-6,0%
Співвідношення лікарів до середнього медперсоналу (:)	129/276=1:2,1	143/329=1:2,3

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «Шепетівська БЛ»

Як видно з табл. 2.2, протягом 2022-2023 рр. зросла кількість штатних посад лікарів: з 152,75 у 2022 р. до 171,25 у 2023 р. Аналогічна ситуація і з середнім медичним персоналом – вона зросла з 279,75 у 2022 р. до 332,5 у 2023 р. При цьому слід відзначити і збільшення співвідношення кількості лікарів та середнього медичного персоналу з 1:2,1 у 2022 р. до 1:2,3 у 2023 р. Це свідчить про помірне старіння персоналу досліджуваного закладу охорони здоров'я.

КНП «Шепетівська багатoproфільна лікарня» законтрактоване НСЗУ за 22-ма пакетами ПМГ: «Амбулаторна спеціалізована медична допомога дорослим та дітям»; «Діагностика, лікування та супровід осіб із ВІЛ»; «Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів ЗПТ»; «Стоматологічна допомога дорослим та дітям»; «Ведення вагітності в амбулаторних умовах»; «Лікування пацієнтів методом гемодіалізу в амбулаторних умовах»; Лікування пацієнтів методом перитонеального діалізу в амбулаторних умовах»; «Медичний огляд осіб, який організовується територіальними центрами комплектування та соціальної підтримки»; «Езофагогастродуоденоскопія»; «Мамографія»; «Гістерографія»; «Колоноскопія»; «Цистоскопія»; «Бронхоскопія»; «Готовність до надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях»; «Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня»; «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах»; «Медична допомога при пологах»; «Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій»; «Медична допомога при гострому мозковому інсульті»; «Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим та дітям» (Додаток Б).

Незважаючи на позитивну динаміку і вагомі досягнення КНП «Шепетівська багатoproфільна лікарня» має ряд проблем, які потребують першочергового вирішення: 1) незавершене будівництво перинатального центру; 2) незавершений ремонт реабілітаційного відділення; 3) дефіцит кадрів, посади, які потребують доукомплектування: лікар-ортопед-травматолог (2 шт. од), лікар-педіатр (1 шт. од), лікар-лаборант (1 шт. од), лікар-

інфекціоніст (1 шт. од), лікар-епідеміолог (1 шт. од), лікар-неонатолог (2 шт. од), лікар-анестезіолог (2 шт. од), лікар з медицини невідкладних станів (2 шт. од), лікар-ендоскопіст (1 шт. од), лікар-хірург дитячий (1 шт. од), лікар-нейрохірург (1 шт. од), лікар ФРМ (2 шт. од); 4) потреба в капітальному ремонті покрівлі хірургічного корпусу; 5) невідповідність реабілітаційного відділення до вимог пакету НСЗУ №53; 6) потреба в оновленні транспорту закладу.

К зв'язку із цим стратегічними векторами діяльності КНП «Шепетівська багатoproфільна лікарня» є: 1) завершення будівництва перинатального центру; 2) закінчення капітального ремонту реабілітаційного відділення; 3) придбання обладнання для реабілітаційного відділення; 4) укладення договору з НСЗУ по пакету №53 «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах»; 5) проведення акредитації закладу в цілому та клініко-діагностичної лабораторії зокрема; 6) придбання обладнання для паталого-анатомічної служби та проведення її капітального ремонту; 7) укладення договору з НСЗУ по пакету №55 «Секційне дослідження»; 8) утеплення фасаду та проведення капітального ремонту покрівлі хірургічного корпусу; 9) проведення поточного ремонту терапевтичного відділення; 10) проведення реконструкції хірургічного відділення; 11) проведення капітального ремонту бактеріологічного відділу клініко-діагностичної лабораторії.

2.2. Оцінка готовності медичного персоналу досліджуваного закладу охорони здоров'я до інноваційних змін

Дослідження готовності медичного персоналу КНП «Шепетівська багатoproфільна лікарня» до впровадження в їхню діяльність інноваційних змін проводилося з використанням соціологічного методу (анкетування).

Інструментарій дослідження (анкета) включала закриті питання з вибором варіанта відповіді та одне відкрите питання, в якому пропонувалося вказати можливі пропозиції щодо покращення якості діагностичних послуг.

Накопичення, коригування, систематизація вихідної інформації та візуалізація отриманих результатів здійснювалися в електронних таблицях MS Excel 2010. Статистичний аналіз проводився за допомогою програми IBM SPSS Statistics 23. В опитуванні взяли участь усі співробітники КНП «Шепетівська багатoproфільна лікарня».

У структурі опитаних переважали жінки (91%), приблизно рівну частку склали особи у вікових групах 30-39, 40-49, 50-59 років (близько 20% на кожну вікову групу), частка респондентів молодше 30 років склала 26%, старше 60 років – 14 %. За рівнем освіти половина опитаних мали вищу освіту, причому ряд співробітників мали дві вищі освіти (3%) або вчений ступінь кандидата наук (3%), 47% респондентів мали середньо-спеціальну освіту та 3% - середню освіту.

Аналіз дослідження продемонстрував наступні результати. Більше половини працівників (54%) вважають медичну організацію, в якій вони працюють, сучасною та інноваційною, 45% відзначають рівень роботи закладу як середній. Рівень роботи як низький не оцінив жоден працівник (рис. 2.1).

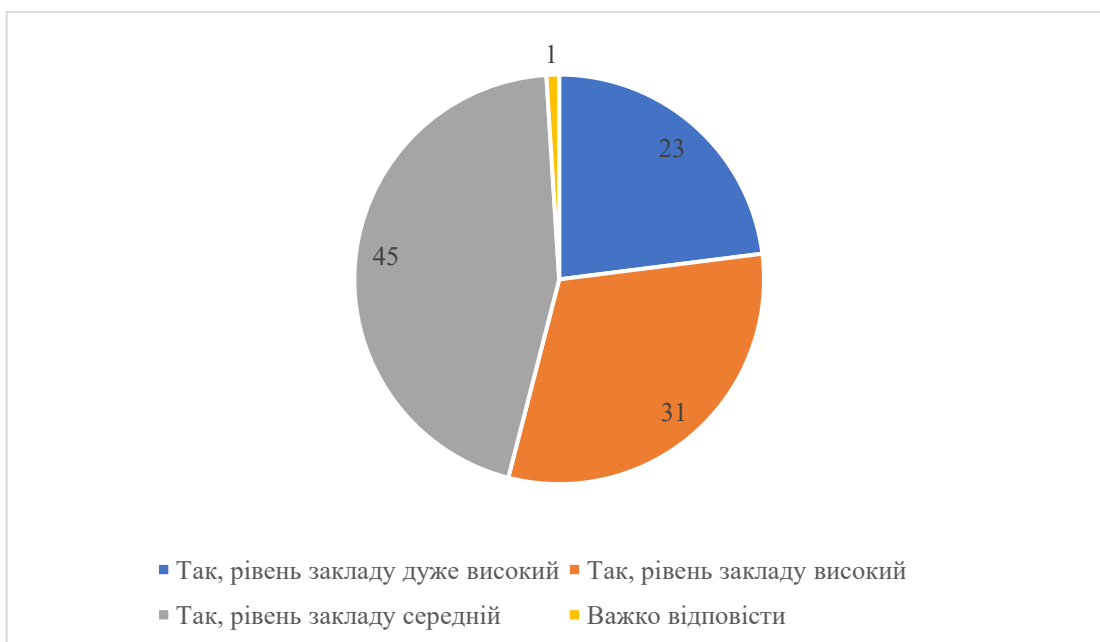


Рис. 2.1. Розподіл відповідей на питання «Чи вважаєте Ви заклад охорони здоров'я, в якому Ви працюєте, сучасним та інноваційним?»

Примітка. Наведено за результатами проведеного опитування

В цілому, працівники задоволені рівнем надання медичних послуг (89%), але при цьому повністю задоволені якістю 30% респондентів, 27% вважають, що більшість послуг відповідають необхідному рівню якості, 32% задоволені якістю окремих послуг. Однак, кожен десятий працівник не був задоволений якістю медичних послуг (8%) або їм важко було дати об'єктивну оцінку (рис. 2.2).

Відповідно до проведеного аналізу було встановлено, що відмінності розподілу оцінок якості медичних послуг за рівнем освіти та віком респондентів були несуттєвими ($p=0,711$ та $p=0,459$).

Розвиток інноваційних технологій в КНП «Шепетівська багатoproфільна лікарня» є скрутним без активної участі у них працівників. Для оцінки можливостей потенційної участі персоналу в нових дослідженнях були задані питання «Чи маєте ви можливість проводити дослідження та випробування щодо вдосконалення виконуваних робіт?» і «Чи маєте бажання проводити дослідження щодо вдосконалення виконуваних робіт?».



Рис. 2.2. Розподіл відповідей на питання «Чи задоволені Ви рівнем якості медичних послуг, які надаються закладом, в якому Ви працюєте?»

Примітка. Наведено за результатами проведеного опитування

Загалом 69% опитаних вважають, що вони мають можливість проводити дослідження щодо вдосконалення своєї діяльності, причому 11% однозначно відповіли «Так» на поставлене запитання і 58% скоріше погодилися з цим твердженням, ніж негативно відповіли (рис. 2.3). Проте, близько третини опитаних вважають, що вони не мають можливості проводити дослідження та випробування щодо вдосконалення виконуваних робіт: 5% відповіли однозначно «Ні» і 24% швидше заперечували таку можливість, ніж її наявність. Усього 2% респондентів було важко визначитись з відповіддю.

Значно вищою була чисельність тих, хто заявив про бажання проводити дослідження щодо вдосконалення виконуваних робіт (93%), причому однозначно відповіли «Так» 39% респондентів. Позитивно можна відзначити, що тільки 6% опитаних не мають бажання проводити дослідження щодо вдосконалення виконуваних робіт і 1% було важко визначитись з відповіддю (рис. 2.4).

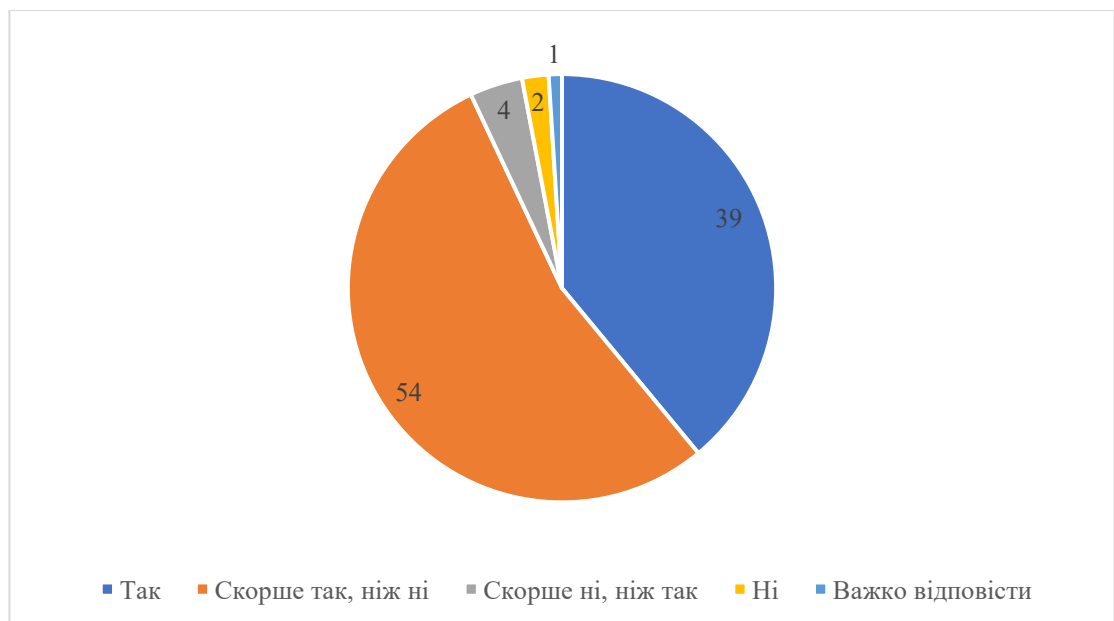


Рис. 3.2. Розподіл відповідей на питання «Чи маєте Ви бажання проводити дослідження для вдосконалення виконуваних Вами робіт?»

Примітка. Наведено за результатами проведеного опитування

Оцінюючи рівень компетенції своїх колег, 73% респондентів зазначили, що вони позитивно оцінюють рівень компетенції працівників, при цьому 15%

важко відповісти на це питання і 12% не були задоволені рівнем компетенції працівників.

Проведений аналіз показав, що працівники з вищою освітою частіше, ніж працівники із середньо-спеціальною та середньою освітою, оцінювали рівень компетенцій своїх колег як незадовільний ($p=0,02$). Оцінюючи вплив віку на задоволеність рівнем компетенції своїх колег статистично значимих відмінностей встановлено було.

Більшість респондентів (80%) вважають, що знають, до кого з керівників можна звернутися щодо вдосконалення послуг, своєї роботи, роботи відділень. Це можна вважати позитивним показником щодо стимулювання працівників до вдосконалення своєї професійної діяльності.

При цьому більшість працівників високо оцінюють шанси на впровадження своїх нових ідей щодо покращення роботи (79%), і близько половини (58%) відповідають, що їхні ідеї впроваджено. Проте можна зазначити, що 21% респондентів вважають надто складним обговорення з керівництвом ідей щодо покращення роботи. Працівники з вищою освітою та у вікових категоріях 30-39 та 40-49 років значно частіше, ніж їхні колеги із середньою та середньо-спеціальною освітою та в інших вікових групах, давали позитивні оцінки процесу впровадження ідей щодо покращення роботи ($p=0,015$).

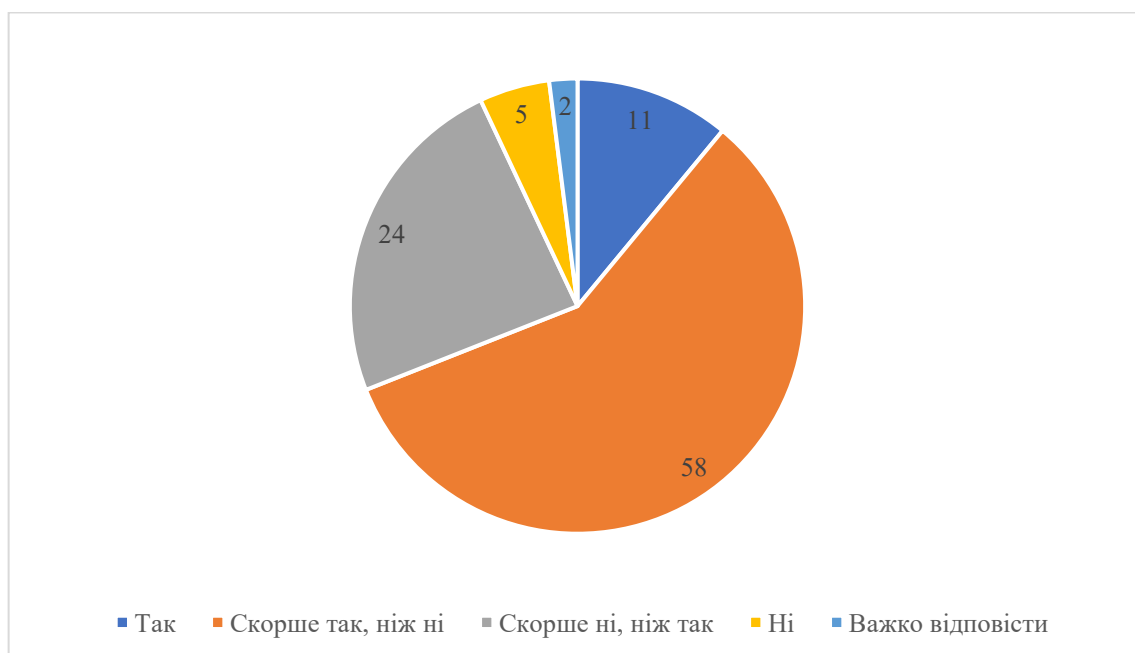


Рис. 2.4. Розподіл відповідей на питання «Чи маєте Ви можливість проводити дослідження для покращення виконуваних Вами робіт?»

Примітка. Наведено за результатами проведеного опитування

Більшість працівників КНП «Шепетівська багатoproфільна лікарня» (85%) позитивно оцінюють «свою» медичну організацію як таку, що приділяє увагу навчанню та розвитку лікарів і персоналу, проте, 13% дали негативні оцінки і 2% не змогли дати чітку відповідь.

Також більшість працівників (85%) оцінили медичну організацію, де вони працюють, як таку, що відповідає високим критеріям якості, 15% респондентів було важко визначитись із відповіддю. Рекомендувати медичну організацію друзям та родичам можуть усі працівники (35% - однозначно відповіли «Так», 55% - відповіли «Так, за окремими послугами», 10% скоріше рекомендували б, ніж ні), що можна оцінювати позитивно.

Як важливі критерії, які можна було б закласти в оцінку медичної організації, респонденти запропонували включити такі (на запитання можна було дати кілька відповідей): оцінку доступності медичної допомоги (23% опитаних), наявність високотехнологічної медичної допомоги (18% опитаних), кількісні критерії: час очікування та умови надання медичної або діагностичної послуги, своєчасність та повнота надання послуги (16% опитаних), постійне навчання персоналу та вдосконалення методів досліджень (16% опитаних), а також якісні показники: ввічливість, доброзичливість персоналу, компетентність (16% опитаних); оцінку матеріально-технічної бази та професіоналізму працівників (по 2% опитаних відповідно), позитивні рекомендації пацієнтів, доброзичливість персоналу та простота логістики (по 1% опитаних відповідно). При цьому 32% учасників опитування важко було з формулюванням таких критеріїв (рис. 2.5).



Рис. 2.5. Критерії, запропоновані респондентами, для включення в оцінку інноваційної складової медичної організації

Примітка. Наведено за результатами проведеного опитування

Респонденти дали пропозиції щодо покращення якості медичних послуг (всього 35 відповідей). Основні пропозиції пов'язані з підвищенням якості сервісу (відповідність рівня цін рівню сервісу), з навчанням персоналу, преміюванням за якісне обслуговування, з наданням зворотного зв'язку пацієнтам. Однак ці рекомендації не завжди співпадали з раніше запропонованими критеріями, які повинна мати медична організація, щоб якість її послуг можна було оцінити високо.

Отже, працівники загалом високо оцінюють діяльність КНП «Шепетівська багатoproфільна лікарня», рівень її медичних та діагностичних послуг, готові рекомендувати її рідним і знайомим.

Більшість опитаних вважають, що їхні ідеї щодо вдосконалення роботи закладу охорони здоров'я можуть бути почуті керівництвом та впроваджуються, знають, до кого можна звернутися з цього приводу, що свідчить про наявність зворотного зв'язку в управлінні структурними

підрозділами медичної організації та активну позицію як керівництва, так і медичних фахівців.

Працівники КНП «Шепетівська багатoproфільна лікарня» готові об'єктивно оцінити свій професійний рівень та професійний рівень своїх колег, причому рівень таких оцінок залежить від рівня освіти: працівники з вищою освітою дають більш критичний рівень відповідей.

Загалом проведене дослідження дозволяє стверджувати про високий рівень готовності медичного персоналу КНП «Шепетівська багатoproфільна лікарня» до проведення інноваційної політики у медичній організації та створення медичного кластеру на території Шепетівського району.

РОЗДІЛ 3

ЗАПРОВАДЖЕННЯ МЕТОДИКИ ОЦІНЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОГО КЛАСТЕРА

Для удосконалення системи охорони здоров'я населення Шепетівського району, стимулювання розвитку медицини та підвищення якості медичних послуг пропонуємо створити медичний кластер, до складу якого мають входити: КНП «Шепетівська багатoproфільна лікарня» Шепетівської міської ради Хмельницької області, КНП «Шепетівський центр перинної медико-санітарної допомоги» Шепетівської міської ради Хмельницької області, Шепетівський медичний фаховий коледж, а також аптечні заклади району. При створенні такого кластеру слід керуватися Постановою Кабінету Міністрів України «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» № 174 від 28 лютого 2023 р.

В процесі функціонування новоствореного кластеру важливо систематично моніторити ефективність його функціонування. Для цього слід розробити, затвердити та запровадити спеціальну методику оцінки ефективності функціонування медичного кластера. Використання такої методики дозволить вирішувати такі завдання: здійснювати постійний моніторинг економічної діяльності медичного кластера; розглядати економічні процеси у їхній динаміці та взаємозв'язку; проводити аналіз ендегенних та екзогенних факторів, що впливають на роботу кластера; попереджати негативні тенденції, які можуть виникнути в експорті медичних послуг, та своєчасно вживати ефективних заходів для їх усунення; розробляти прогнози розвитку медичного кластера на середньо- та довгострокову перспективу; запропонована методика може бути основою розрахунку економічної ефективності кластерів, створюваних у сфері послуг.

Загальний підхід до показників, які слід покласти в основу запропонованої методики, відображено на рис. 3.1.

Розроблена методика складається із трьох блоків, перший з яких

характеризує місце та роль кластера у національній системі охорони здоров'я, включає показники оцінки масштабу кластера та базується на внутрішніх факторах. Для оцінки роботи медичного кластера у порівнянні з іншими організаціями системи охорони здоров'я країни використовуємо показник «питома вага медичного кластера у загальному обсязі платних послуг з охорони здоров'я».

1. Питома вага медичного кластера у загальному обсязі платних послуг в сфері охорони здоров'я (Чпп) розраховується за формулою:

$$\text{Ч}_{\text{пп}} = \frac{\text{ПП}_{\text{мк}i}}{\text{ПП}_{\text{з}i}} * 100\% \quad (3.1)$$

де ППмк – обсяг платних послуг медичного кластеру, грн.; ППз – загальний обсяг платних медичних послуг у охороні здоров'я, грн.; і – і-й період.

Він показує частку платних послуг у загальному обсязі платних послуг охорони здоров'я. Оскільки кластер створюється для максимально широкого спектру додаткових послуг, необхідно включити в методику наступний показник.

2. Питома вага додаткових (немедичних) послуг кластера у загальному обсязі всіх послуг кластера (медичних та додаткових) (Чдп) розраховується за такою формулою:

$$\text{Ч}_{\text{дп}} = \frac{\text{В}_{\text{дп}i}}{\text{В}_i} * 100\% \quad (3.2)$$

де Ввп – загальна вартість додаткових (немедичних) послуг кластера, грн; В – загальна вартість усіх послуг медичного кластеру, грн.

Він показує частку додаткових (немедичних) послуг у загальному обсязі кластера.

Другий блок, який відповідає за інноваційну діяльність кластера, включений до представленої методики, оскільки інноваційній діяльності в сучасних умовах приділяється пильна увага на всіх рівнях управління. В даний час без інновацій, використання та створення нових прогресивних технологій жодна економічна система не може ефективно розвиватися.

Показник «питома вага патентів та винаходів, отриманих резидентами медичного кластера» дозволить проілюструвати, який внесок у розробку нових технологій роблять учені кластери.

3. Питома вага патентів та винаходів у загальній кількості патентів та винаходів у охороні здоров'я (Чпв) розраховується за формулою:

$$\text{Ч}_{\text{пв}} = \frac{\text{ПВ}_{\text{мк}_i}}{\text{ПВ}_{\text{з}_i}} * 100\% \quad (3.3)$$

де ПВмк – кількість патентів та винаходів, отриманих організаціями медичного кластера; ПВз – загальна кількість патентів та винаходів у охороні здоров'я.

Він показує, який внесок у розробку патентів та винаходів роблять вчені медичного кластера у відсотках.

4. Питома вага кількості пацієнтів, які оцінюють послуги медичного кластера як високоякісні (Чпя), розраховується за такою формулою:

$$\text{Ч}_{\text{пя}} = \frac{\text{К}_{\text{я}_i}}{\text{К}_i} * 100\% \quad (3.4)$$

де Кя – кількість пацієнтів медичного кластера, які оцінюють послуги кластера як високоякісні, чол.; К – кількість пацієнтів медичного кластера, що прийняли участь у анкетуванні, чол.

Основою розрахунку цього показника будуть дані анкетування, проведеного на заключному етапі роботи з пацієнтами (передбачено в алгоритмі роботи при зверненні в медичний кластер).

Третій, експортний блок, дозволяє оцінити роботу кластера з урахуванням виходу зовнішні ринки.

5. Питома вага експорту медичного кластера в експорті послуг країни (Че) розраховується за такою формулою:

$$\text{Ч}_{\text{е}} = \frac{\text{Е}_{\text{мк}_i}}{\text{Е}_i} * 100\% \quad (3.5)$$

де Емк – експорт всіх послуг (медичних та додаткових) кластера, дол. США; Е – експорт послуг України, дол. США.

Він показує, яка питома вага експорту медичного кластера у загальному

обсязі експорту послуг країни.

6. Питома вага експорту додаткових (немедичних) послуг кластера у загальному експорті кластера ($\text{Ч}_{\text{ЕДП}}$) розраховується за такою формулою:

$$\text{Ч}_{\text{ЕДП}} = \frac{E_{\text{ДП}_i}}{E_{\text{МК}_i}} * 100\% \quad (3.6)$$

де $E_{\text{ДП}}$ – експорт додаткових (немедичних) послуг кластера, дол. США.

Він показує частку експорту додаткових (немедичних послуг) загальному експорті послуг кластера.

7. Питома вага кількості іноземних пацієнтів у медичному кластері ($\text{Ч}_{\text{ІП}}$) розраховується за такою формулою:

$$\text{Ч}_{\text{ІП}} = \frac{K_{\text{ІП}_i}}{K_i} * 100\% \quad (3.7)$$

де $K_{\text{ІП}}$ – кількість іноземних пацієнтів медичного кластера, чол.; K – загальна кількість пацієнтів медичного кластера, чол.

Він показує частку іноземних пацієнтів у загальній кількості пацієнтів медичного кластеру.

Використання в методиці зазначених вище показників дає можливість оцінювати роботу кластера не ізольовано, а у зв'язку з тими процесами, що протікають у системі охорони здоров'я країни. Методика складається з 7 показників, які мають застосовуватися комплексно та передбачають системну інтерпретацію.

Сфера застосування рекомендованої методики – «економічні відділи медичних кластерів, інші кластери, заклади охорони здоров'я, органи управління, організації, незалежні консультанти. Запропонована методика оцінки діяльності медичного кластера дозволить провести комплексну оцінку роботи кластера та може стати основою для подальшого вдосконалення та розвитку кластерів як в Україні, так і за кордоном».

Апробація результатів методики складається з таких розділів: 1) позитивна динаміка показників; 2) порівняння парних показників; 3) розрахунок інтегрального показника методики; 4) порівняння інтегрального показника з еталонним значенням; 5) використання показників для оцінки

ефектів від створення медичного кластера.

1. Позитивна динаміка показників. «У результаті аналізу, проведеного з урахуванням використання показників запропонованої методики, передбачається позитивна динаміка показників, що дозволяє оцінювати як роботу всього кластера, але окремих його структурних підрозділів. Негативні значення темпів приросту показників, відсутність позитивної динаміки свідчать про недоліки у роботі кластера. У цьому разі необхідно аналізувати кожен показник, виявити фактор чи фактори, що призвели до негативної динаміки. Для нівелювання виявлених вад доцільно розробляти заходи, які дозволять у наступних звітних періодах вийти на позитивну динаміку».

2. Порівняння парних показників. «Показники методики використовуються як самостійні показники, так і застосовуються для порівняння в парах – питома вага додаткових послуг кластера в загальному обсязі всіх послуг кластера та питома вага експорту додаткових послуг кластера у загальному експорті кластера. Порівняння парних показників дозволяє визначити, де найбільш потрібні додаткові послуги – у національній системі охорони здоров'я чи на зовнішньому ринку».

3. Вимірювання інтегрального показника методики. «Усі три блоки методики об'єднані інтегральним показником, кожному з блоків надається певна кількість балів».

Застосування інтегральної оцінки дозволяє привести показники методики до єдиного комплексного показника, розрахованого як сума зважених коефіцієнтів, що характеризують різні напрямки діяльності медичного кластера:

$$I = \sum_{n=1}^m B_n * K_n = 1 \quad (3.8)$$

де I – зведений інтегрований показник оцінки діяльності медичного кластера; B_n – бальна оцінка показника n ; K – вагові коефіцієнти, $\sum_{n=1}^m K_n = 1$; $K_n > 0$; $\forall n = 1, \dots, m$.

Бальна оцінка показника n у розробленій методиці складається із сукупності оцінок конкретних показників блоків залежно від темпів приросту

показників методики: темп приросту понад 20 % – 4 бали; темп приросту понад 10% – 3 бали; темп приросту понад 0% – 2 бали; темп приросту дорівнює 0-1 бал; темп приросту має негативне значення – 0 балів.

Вага критеріїв визначається з експертних оцінок: показники, об'єднані в блок «експорт», – 0,5; показники, об'єднані у блок «інновації», – 0,2; показники, об'єднані у блок «система охорони здоров'я», – 0,3; алгоритм розрахунку представлений у табл. 3.1.

4. Порівняння інтегрального показника із еталонним значенням. Для оцінки діяльності медичного кластера пропонуємо інтегральний показник порівнювати з еталонним значенням:

9-10 балів – діяльність кластера оцінюється як високоефективна;

5-8 балів – діяльність оцінюється як ефективна;

1-4 – діяльність оцінюється як низькоефективна;

0 – діяльність оцінюється як неефективна.

5. Застосування показників з метою оцінки ефектів від створення медичного кластера. Усі показники розробленої методики доцільно використовуватиме оцінки ефектів від створення кластера за трьома напрямками – для держави, бізнесу, споживачів (табл. 3.2).

Таблиця 3.1

Алгоритм розрахунку показників методики

Показ- ник, n	Темп зростання показник n, Tn	Темп приросту показника n, ΔTn	Бальна оцінка показника, Бп	Вагові коефіцієнти критеріїв, Кп	Оцінка показників методики
n	$T_n = \frac{n_i}{n_{i-1}} * 100\%$	ΔTn<0	0	0,3 для показників блоку «система охорони здоров'я»; 0,2 для показників блоку «інновації»; 0,5 для показників блоку «експорт»	Бп*Кп
		ΔTn=0	1		
		0<ΔTn≤10	2		
		10<ΔTn≤20	3		
		ΔTn>20	4		
Інтеграль-	-	-	-	-	Сума всіх

ний показник					оцінок показників методики
-----------------	--	--	--	--	----------------------------------

Примітка. Розроблено автором

Таблиця 3.2

Використання показників методики для оцінки ефектів від створення кластера

Показник	Оцінка ефекту (за напрямками)
Питома вага медичного кластера у загальному обсязі платних послуг охорони здоров'я	Д
Питома вага додаткових послуг кластера у загальному обсязі всіх послуг кластера	Д, Б
Питома вага патентів та винаходів у загальній кількості патентів та винаходів у охороні здоров'я	Д
Питома вага кількості пацієнтів, які оцінюють послуги медичного кластера як високоякісні	Д, П
Питома вага експорту медичного кластера в експорті послуг країни	Д
Питома вага експорту додаткових послуг кластера у загальному експорті кластера	Д, Б
Питома вага кількості іноземних пацієнтів у медичному кластері	Д, Б, П

Примітка. Розроблено автором

Д – ефекти для держави; Б – ефекти для бізнесу; П – ефекти для пацієнтів

Застосування розробленої методики оцінки діяльності медичного кластера дозволить досягти позитивного ефекту за такими напрямками.

Для бізнесу: «розширення економічного потенціалу фірми з допомогою отримання нових можливостей з урахуванням довгострокових договорів; впровадження інновацій за умов пільгових державних преференцій; збільшення прибутку, підвищення продуктивності праці; зниження ризиків в умовах державних гарантій та підтримки».

Для державного сектора: «підвищення якості та доступності медичних послуг; технічне та технологічне переозброєння організацій охорони здоров'я; використання передових методик лікування; збільшення експорту медичних послуг, залучення додаткової кількості пацієнтів; оптимізація системи керування організаціями медичного профілю; зниження бюджетних видатків на фінансування організацій охорони здоров'я».

Для споживачів: «іноземним пацієнтам, які приїжджають на лікування в Україну, буде надано широкий спектр послуг починаючи з розміщення, харчування, транспортних послуг та закінчуючи лікуванням, що підвищить ефективність організації лікування та перебування на території нашої країни; підвищення якості послуг, що надаються в рамках кластера, виграють українські пацієнти і все суспільство загалом як глобальний споживач медичних послуг; зниження вартості послуг з допомогою конкуренції між постачальниками услуг».

Таким чином, «застосування методики на практиці дозволить здійснювати моніторинг роботи кластера, розглядати економічні процеси у їхній динаміці та взаємозв'язку; попереджати негативні тенденції, які можуть виникнути в експорті послуг кластера, та своєчасно вживати ефективних заходів для їх усунення; враховувати прогнози розвитку медичних кластерів на середньо- та довгострокову перспективу; оцінювати ефекти від створення кластеру для держави, бізнесу, споживачів; методика може бути основою розрахунку економічної ефективності кластерів, створюваних у сфері послуг як в Україні, так і закордоном».

ВИСНОВКИ

В результаті проведеного дослідження виявлено відсутність у вітчизняній науці чіткого, єдиного та загальноприйнятого терміну, що відображає поняття «медичний кластер», його характеристики та особливості.

Для здійснення теоретичного аналізу визначень поняття «медичний кластер» та його особливостей у роботі використано категоріальний метод дворівневого тріадичного дешифрування базового поняття. За допомогою даного методу були систематизовані чинники, що зумовлюють існування та розвиток кластерів у медичному секторі економіки, виділено такі елементи як інноваційний потенціал, людські ресурси та медична інфраструктура, яка забезпечує внутрішньо кластерні зв'язки.

На основі отриманих даних розроблено модель визначення поняття «медичний кластер», яка дала змогу сформулювати таке визначення: медичний кластер – це сукупність взаємопов'язаних та взаємодіючих медичних установ та організацій, які забезпечують медичну діяльність, надають якісні медичні послуги населенню, використовують інноваційні розробки у галузі фармацевтики та медичного обладнання, а також використовують освітню, інформаційну інфраструктуру, невід'ємною частиною яких є людські ресурси. Запропоноване визначення поняття «медичний кластер» відрізняється від вже існуючих визначень системністю, що існує в сучасній науці, виділенням об'єктивних підстав існування кластерного феномену в медичному секторі економіки.

На основі аналізу зарубіжного досвіду кластеризації в сфері охорони здоров'я ідентифіковано сфери створення медичних кластерів: кластер закладів охорони здоров'я; медичне обладнання та кластер ліків; медичний кластер біотехнологій та інновацій.

В ході проведеного дослідження систематизовано особливості організації функціонування медичних кластерів: додаткові зовнішні джерела фінансування (фонди обов'язкового чи добровільного медичного страхування, державний бюджет, надходження від платних послуг тощо); відсутність

географічної концентрації учасників; необхідність застосування сучасних інформаційних та комунікаційних технологій; виділення медичних організацій надання невідкладної допомоги.

КНП «Шепетівська багатoproфільна лікарня» багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування другого рівня – «заклад охорони здоров'я, що забезпечує надання вторинної медичної допомоги в умовах цілодобового стаціонару, денного стаціонару або амбулаторних умовах населенню у гострому стані захворювання або з хронічними захворюваннями, що потребують інтенсивного лікування та догляду, з обов'язковою наявністю відділень екстреної медичної допомоги».

Незважаючи на позитивну динаміку і вагомі досягнення КНП «Шепетівська багатoproфільна лікарня» має ряд проблем, які потребують першочергового вирішення: незавершене будівництво перинатального центру; незавершений ремонт реабілітаційного відділення; дефіцит кадрів, посади, які потребують доукомплектування: лікар-ортопед-травматолог (2 шт. од), лікар-педіатр (1 шт. од), лікар-лаборант (1 шт. од), лікар-інфекціоніст (1 шт. од), лікар-епідеміолог (1 шт. од), лікар-неонатолог (2 шт. од), лікар-анестезіолог (2 шт. од), лікар з медицини невідкладних станів (2 шт. од), лікар-ендоскопіст (1 шт. од), лікар-хірург дитячий (1 шт. од), лікар-нейрохірург (1 шт. од), лікар ФРМ (2 шт. од); потреба в капітальному ремонті покрівлі хірургічного корпусу; невідповідність реабілітаційного відділення до вимог пакету НСЗУ №53; потреба в оновленні транспорту закладу.

К зв'язку із цим стратегічними векторами діяльності КНП «Шепетівська багатoproфільна лікарня» є: завершення будівництва перинатального центру; закінчення капітального ремонту реабілітаційного відділення; придбання обладнання для реабілітаційного відділення; укладення договору з НСЗУ по пакету №53 «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах»; проведення акредитації закладу в цілому та клініко-діагностичної лабораторії зокрема; придбання обладнання для паталого-анатомічної служби та проведення її капітального ремонту; укладення договору з НСЗУ по пакету

№55 «Секційне дослідження»; утеплення фасаду та проведення капітального ремонту покрівлі хірургічного корпусу; проведення поточного ремонту терапевтичного відділення; проведення реконструкції хірургічного відділення; проведення капітального ремонту бактеріологічного відділу клініко-діагностичної лабораторії.

В роботі проведене дослідження готовності медичного персоналу КНП «Шепетівська багатoproфільна лікарня» до впровадження в їхню діяльність інноваційних змін проводилося з використанням соціологічного методу (анкетування). Його результати засвідчили, що працівники загалом високо оцінюють діяльність КНП «Шепетівська багатoproфільна лікарня», рівень її медичних та діагностичних послуг, готові рекомендувати її рідним і знайомим.

Більшість опитаних вважають, що їхні ідеї щодо вдосконалення роботи закладу охорони здоров'я можуть бути почуті керівництвом та впроваджуються, знають, до кого можна звернутися з цього приводу, що свідчить про наявність зворотного зв'язку в управлінні структурними підрозділами медичної організації та активну позицію як керівництва, так і медичних фахівців.

Працівники КНП «Шепетівська багатoproфільна лікарня» готові об'єктивно оцінити свій професійний рівень та професійний рівень своїх колег, причому рівень таких оцінок залежить від рівня освіти: працівники з вищою освітою дають більш критичний рівень відповідей.

Загалом проведене дослідження дозволяє стверджувати про високий рівень готовності медичного персоналу КНП «Шепетівська багатoproфільна лікарня» до проведення інноваційної політики у медичній організації та створення медичного кластеру на території Шепетівського району.

Для удосконалення системи охорони здоров'я населення Шепетівського району, стимулювання розвитку медицини та підвищення якості медичних послуг в роботі рекомендовано створити медичний кластер, до складу якого мають входити: КНП «Шепетівська багатoproфільна лікарня» Шепетівської міської ради Хмельницької області, КНП «Шепетівський центр перинної

медико-санітарної допомоги» Шепетівської міської ради Хмельницької області, Шепетівський медичний фаховий коледж, а також аптечні заклади району. При створенні такого кластеру слід керуватися Постановою Кабінету Міністрів України «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» № 174 від 28 лютого 2023 р.

Для забезпечення систематичного моніторингу ефективності його функціонування в роботі розроблено спеціальну методику оцінки ефективності функціонування медичного кластера. Використання такої методики дозволить вирішувати такі завдання: здійснювати постійний моніторинг економічної діяльності медичного кластера; розглядати економічні процеси у їхній динаміці та взаємозв'язку; проводити аналіз ендегенних та екзогенних факторів, що впливають на роботу кластера; попереджати негативні тенденції, які можуть виникнути в експорті медичних послуг, та своєчасно вживати ефективних заходів для їх усунення; розробляти прогнози розвитку медичного кластера на середньо- та довгострокову перспективу; запропонована методика може бути основою розрахунку економічної ефективності кластерів, створюваних у сфері послуг.