

**Міністерство освіти і науки України**  
**Дніпровський державний аграрно-економічний університет**  
**Факультет менеджменту і маркетингу**  
**Кафедра менеджменту, публічного управління та адміністрування**

**ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ**  
**В ЕКЗАМЕНАЦІЙНІЙ КОМІСІЇ**

**Завідувачка кафедри,**  
**д.н.держ.упр., проф.**  
**Наталія Бондарчук**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 р.

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**  
**на тему: УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ**  
**СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Освітньо-професійна програма «Публічне управління та адміністрування»  
Спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування»  
Ступінь вищої освіти: Магістр

**Здобувач**

**Надія СОКУР**

**Науковий керівник,**  
**д.держ.упр., професор**

**Наталія БОНДАРЧУК**

Дніпро – 2023

**ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ АГРАРНО-ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ****Факультет:** Менеджменту і маркетингу**Кафедра:** Менеджменту, публічного управління та адміністрування**Освітньо-професійна програма:** «Публічне управління та адміністрування»**Спеціальність:** 281 «Публічне управління та адміністрування»**Ступінь вищої освіти:** Магістр

ЗАТВЕРДЖУЮ

Зав. кафедри \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022 р.**ЗАВДАННЯ****на підготовку кваліфікаційної роботи****Сокур Надії Олексіївни****1. Тема роботи:** Удосконалення системи управління закладом сфери охорони здоров'я**Науковий керівник:** Бондарчук Наталія Володимирівна, д. держ.упр., проф. затверджені наказом по ДДАЕУ від « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022 року № \_\_\_\_\_**2. Термін подання здобувачем роботи:** 5 лютого 2023 р.**3. Вихідні дані до роботи:** нормативно-правові акти, наукова література, статистичні дані, аналітична інформація.**4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити)**Розділ 1. Теоретичні основи системи управління закладом сфери охорони здоров'я. Розділ 2. Система управління закладом сфери охорони здоров'я: практичний аспект. Розділ 3. Напрями удосконалення системи управління закладом сфери охорони здоров'я. Висновки.**5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень)**1. Основні принципи функціонування сфери охорони здоров'я. 2. Динаміка основних показників системи охорони здоров'я. 3. Основні демографічні показники населення України. 4. Причини смертності населення. 5. SWOT-аналіз управління.

## 6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада Консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв

7. Дата видачі завдання \_\_\_\_\_

## КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів роботи	Примітка
1	Розділ 1. Теоретичні основи системи управління закладом сфери охорони здоров'я.	Лютий 2022 р. – березень 2022 р.	
2	Розділ 2. Система управління закладом сфери охорони здоров'я: практичний аспект.	Квітень - серпень 2022 р	
3	Розділ 3. Напрями удосконалення системи управління закладом сфери охорони здоров'я.	Вересень - листопад 2022 р.	
4	Формулювання висновків, положень наукової новизни	Грудень 2022 р.	

Здобувач \_\_\_\_\_ Надія СОКУР

Науковий керівник \_\_\_\_\_ Наталія БОНДАРЧУК

## РЕФЕРАТ

Тема: «Удосконалення системи управління закладом сфери охорони здоров'я»

**Кваліфікаційна робота містить:** 74 с., 5 рис., 5 табл., 63 літературних джерела.

**Метою кваліфікаційної роботи** розробка теоретичних та практичних підходів щодо удосконалення системи управління закладом сфери охорони здоров'я. .

**Об'єкт дослідження** - процес управління закладом сфери охорони здоров'я.

**Предмет дослідження** є теоретичні та практичні аспекти системи управління закладом сфери охорони здоров'я та визначення напрямів удосконалення.

**Методи дослідження.** При вирішенні поставлених завдань використано методи порівняльного аналізу, системного підходу на основі зіставлення та порівняння теоретичного та практичного матеріалу, а також графічні методи та моделі, що дозволили сформулювати обґрунтовані та достовірні висновки у дослідженні.

В ході дослідження розглянуто теоретичні системи управління закладом сфери охорони здоров'я. Проаналізовано існуючу систему управління закладом сфери охорони здоров'я. Запропоновані шляхи удосконалення системи управління закладом сфери охорони здоров'я.

Результати впроваджені в діяльність Піщанської амбулаторії загальної практики – сімейної медицини Центру первинної медико-санітарної допомоги Піщанської сільської об'єднаної територіальної громади.

### КЛЮЧОВІ СЛОВА

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я, МЕДИЧНИЙ ЗАКЛАД, ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ, УПРАВЛІННЯ.

### KEYWORDS

HEALTH PROTECTION, MEDICAL INSTALLATION, STATE MANAGEMENT, MANAGEMENT.

## ЗМІСТ

РЕФЕРАТ	
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	8
1.1 Теоретичні основи та функції управління закладом сфери охорони здоров'я	8
1.2. Методи управління закладами сфери охорони здоров'я	16
1.3. Зарубіжний досвід управління закладами сфери охорони здоров'я	21
Висновки до розділу 1	27
РОЗДІЛ 2. СИСТЕМА УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПРАКТИЧНИЙ АСПЕКТ	29
2.1. Правове регулювання державного управління сфери охорони здоров'я	29
2.2. Аналіз сфери охорони здоров'я в Україні	35
2.3 Стан управління Піщанської амбулаторії загальної практики – сімейної медицини	39
Висновки до розділу 2	43
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	46
3.1. Формування системи менеджменту якості як основа ефективного управління закладом сфери охорони здоров'я	46
3.2. Напрями поліпшення якості охорони здоров'я	52
3.3. Формування механізму управління закладом сфери охорони здоров'я в умовах цифровізації	56
Висновки до розділу 3	61
ВИСНОВКИ	63
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	67
ДОДАТКИ	74

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Сьогодні людський капітал вважається базисом економіки кожної країни, а значить його необхідно зберігати та збільшувати. Держава має враховувати пріоритети охорони здоров'я та розвивати системи охорони здоров'я за допомогою фінансових можливостей і з урахуванням рівня економічного розвитку.

Нові методи та підходи до управління у сфері охорони здоров'я вимагають вирішення питань інтеграції ресурсів, визначення спільних інтересів та точок взаємодії між усіма суб'єктами охорони здоров'я. Існуючі в даний час механізми об'єднання ринкових інститутів (інтегровані бізнес-групи, мережеві об'єднання, асоціації та ін.), володіючи рядом переваг, не позбавлені суттєвих недоліків, які обмежують їх застосування у сфері охорони здоров'я.

Удосконалення управління та підвищення ефективності діяльності закладів охорони здоров'я належать до пріоритетних завдань, пов'язаних з реалізацією соціально-економічної політики держави у сфері охорони здоров'я.

**Метою кваліфікаційної роботи** є розробка теоретичних та практичних підходів щодо удосконалення системи управління закладом сфери охорони здоров'я.

Для реалізації поставленої мети в роботі було поставлено наступні завдання:

- розглянути теоретичні та а функції управління закладом сфери охорони здоров'я;
- дослідити зарубіжний досвід управління закладами сфери охорони здоров'я;
- проаналізувати правове регулювання державного управління сфери охорони здоров'я

- дати оцінку стану управління Піщанської амбулаторії загальної практики – сімейної медицини Центру первинної медико-санітарної допомоги Піщанської сільської об'єднаної територіальної громади ;

- надати пропозиції щодо удосконалення системи управління закладом сфери охорони здоров'я.

**Об'єктом дослідження** є процес управління закладом сфери охорони здоров'я.

**Предметом дослідження** є теоретичні та практичні аспекти системи управління закладом сфери охорони здоров'я та визначення напрямів удосконалення.

**Методи дослідження.** При вирішенні поставлених завдань використано методи порівняльного аналізу, системного підходу на основі зіставлення та порівняння теоретичного та практичного матеріалу, а також графічні методи та моделі, що дозволили сформулювати обґрунтовані та достовірні висновки у дослідженні.

**Інформаційною базою** є нормативно-правова база, інформаційно-аналітичні матеріали Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я, публікації у фахових виданнях у галузі знань «Публічне управління та адміністрування».

**Наукова новизна** дослідження полягає у розробці загальних теоретико-методичних підходів до удосконалення управління закладом сфери охорони здоров'я та теоретико-практичне обґрунтування моделі забезпечення отримувачів послуг у сфері охорони здоров'я, які проживають на віддалених територіях.

Найбільш суттєві результати дослідження, що містять наукову новизну, полягають у наступному:

- з метою удосконалення системи управління медичним закладом запропоновано в діяльності застосовувати принципи загального управління на основі якості (TQM) – принцип залучення персоналу;

- запропоновано використовувати модель забезпечення одержувачів послуг, які мешкають на віддалених (важкодоступних) територіях на основі використання інформаційних технологій.

Практична значущість проведеного дослідження полягає у розробці комплексу пропозицій, які направлені на удосконалення системи управління закладом сфери охорони здоров'я.

**Апробація результатів роботи.** Основні теоретичні положення і практичні результати дипломного дослідження доповідались та обговорювались на Міжнародних науково-практичних конференціях “Економіка, фінанси, облік і право: актуальні проблеми теорії та практики” (м. Ізмаїл), Розвиток форм і методів сучасного менеджменту в умовах глобалізації» (м. Дніпро, 2022 р.).

**Структура роботи.** Кваліфікаційна робота включає вступ, три розділи, висновок, список використаних джерел. Загальний обсяг роботи – 74 сторінки. Робота містить 5 таблиць, 6 рисунків. Використане 63 літературних джерела.



## РОЗДІЛ. 1.

### ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### 1.1 Теоретичні основи та функції управління сферою охорони здоров'я

Для досягнення вдосконалення та позитивних результатів у стані здоров'я населення, необхідне постійне вдосконалення у механізмі управління закладом сфери охорони здоров'я. Охорона здоров'я для держави є важливим елементом структури соціальної сфери, яка направлена на покращення та зміцнення здоров'я населення.

Важливу роль в управлінні закладом охорони здоров'я відіграє держава. Саме державні медичні установи протягом останніх років дають можливість державі здійснювати політику галузі охорони здоров'я громадян. Головна мета держави в управлінні закладом охорони здоров'я є можливість забезпечення рівного доступу усіх громадян до якісних медичних послуг.

Термін «управління охороною здоров'я» вживається у всіх нормативно-правових актах, які регулюють сферу охорони здоров'я громадян. Незважаючи на це, термін не має офіційного визначення та використовується без однакового розуміння [17, 38, 41, 42].

Так, колектив авторів стверджують, що охорона здоров'я, будучи соціальним інститутом, інститутом соціальної сфери є системою життєзабезпечення [28]. В цьому розумінні охорону здоров'я слід розглядати як важливий фактор, який формує національну безпеку країни. Дане твердження наголошує на важливості розгляду галузі в організації та методичному забезпеченні державних структур, відомств та організацій охоронними та профілактичними заходами в галузі охорони здоров'я.

Журавель В.І. та Дейкун Н.П. також вважають, що охорону здоров'я віднесено саме до галузей соціальної сфери економіки і, яка є системою лікувально-профілактичних, протиепідемічних, реабілітаційних, медичних

заходів, а також установ державної та муніципальної власності та відповідно має галузеву структуру [20].

Отже, сфера охорона здоров'я займає виняткове місце у соціально орієнтованій ринковій економіці. Її слід визнати за аналогією з агропромисловим, паливно-енергетичним, військово-промисловим – медико-виробничим комплексом [12]. У таких умовах управління закладом охорони здоров'я розглядається як управління відокремленим галузевим господарством, а охорона здоров'я визнається галуззю соціальної сфери економіки [11]

Точне визначення дала Баєва О.В., а саме: управління – це свідомий, продуманий вплив на людей, який здійснюється через державні органи, політичні партії [4].

У юридичній літературі також можна зустріти багато визначень поняття «управління сферою охорони здоров'я». Управління – це сукупність впливу різних методів та способів суб'єкта на об'єкт для досягнення зміни, властивості та якості об'єкта.

Серед безлічі суб'єктів управління доцільно виділити наступні види управління сферою охорони здоров'я:

1. Державне управління. Воно здійснюється в межах державного організованого товариства тієї чи іншої країни
2. Регіональне управління, яке здійснюється в регіонах держави.
3. Недержавне муніципальне управління охороною здоров'я.

Держава встановлює у Конституції та законах сферу державного управління. Логвіненко Б.О., незважаючи на всі існуючі види управління, пріоритетним вважає державне управління, оскільки основний потенціал управління зосереджено саме на рівні держави [27]. Державне управління можна трактувати у вузькому та широкому значенні. У широкому значенні – це діяльність держави, яка спрямована на впорядкування та врегулювання різних суспільних відносин шляхом діяльності будь-яких державних органів усіх гілок влади.

У вузькому розумінні – це адміністративна, виконавчо-розпорядча діяльність держави, яка здійснюється системою спеціальних державних органів виконавчої влади чи органів державного управління.

Основне завдання управління закладом сфери охорони здоров'я спрямоване на ефективне досягнення мети шляхом покращення якості лікувальних, діагностичних та профілактичних заходів та раціональне використання ресурсів. Внаслідок чого держава виділяє основні завдання, які спрямовані на забезпечення охорони здоров'я громадян, здійснити які може лише державна система управління охороною здоров'я.

В Україні система управління охороною здоров'я є підсистемою управління суспільством, яка містить конкретну організацію та функції, а також зв'язок з іншими системами. Охарактеризувати її можна такими ознаками:

- має певні стійкі властивості;
- є підсистемою більш складної системи управління єдиною соціальною сферою;
- є цілісною системою, яка складається із взаємозалежних елементів;
- є підсистемою складнішої системи управління єдиною соціальною сферою;
- здатна до розвитку та самовдосконалення.

Управління охороною здоров'я складається з двох функцій – загальні та спеціальні виконавчо-розпорядчі функції. Загальні функції – розробка державних програм, їх фінансування, контроль, вирішення кадрових питань. До спеціальних функцій відносяться – постачання медичних організацій та населення всіма необхідними лікарськими засобами та медициною.

Також необхідно виділити основні засади управління, на яких базується державне управління сферою охороною здоров'я:

1. Єдність керівництва та поділ управлінської праці (завжди повинно бути єдине керівництво, щоб не виникало хаосу).
2. Громадська влада керівника (державному управлінню охороною

здоров'я з метою забезпечення виконання розпоряджень необхідна влада, повноваження і сила).

3. Єдність розпорядження з певного кола питань та конкретність виконавців. (Необхідно для якісного та коректного вказівки по питанням конкретного виконавця розпорядження).

4. Пріоритет інтересів державного управління під час виконання службових обов'язків.

5. Постійність управлінського персоналу, яка необхідна для якісного виконання та ведення справи.

6. Зворотний зв'язок в управлінні важлива для внесення виправлень у результати дій управителя.

7. Інші принципи управління, серед яких: законність, науковість, демократичність [28].

У системі охорони здоров'я існують два тісно взаємопов'язані елементи – об'єкт та суб'єкт. До об'єктів державного управління охорони здоров'я можна віднести поліклініки, диспансери, лікарні, пологові будинки, аптеки, консультації, спеціалізовані санаторії, станції швидкої медичної допомоги, судово-медичні та інші заклади охорони здоров'я. Їх можна поділити на державні, муніципальні та приватні.

Суб'єктами у сфері охорони здоров'я є органи державного та муніципального управління (Президент України, Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я України; Національна служба здоров'я України, органи місцевого самоврядування у галузі охорони здоров'я та ін..).

Взаємозв'язок між об'єктом та суб'єктом управління охорони здоров'я здійснюється на основі безперервної передачі інформації. Безперервна передача інформація необхідна для забезпечення динамічного процесу управління. Це є ключовим чинником існування управління закладом сфери охорони здоров'я.

Окрім того слід зазначити, що для системи управління головну роль мають цілі. На практиці правильно обрана мета є запорукою успішного

вирішення поставлених завдань. В управлінні закладом сфери охорони здоров'я частіше застосовують програмно-цільове управління, яке спрямоване на досягнення конкретних цілей.

Система управління охороною здоров'я в Україні є складною структурою і включає багато цілей, які взаємопов'язані між собою, але при цьому мають різні напрями. Дуже важливо відзначити, що вони не суперечать один одному, а лише відображають різні сторони головної мети управління охороною здоров'я [32].

Головна мета управління сфери охорони здоров'я направлена на зниження смертності та захворюваності населення за наявних ресурсів. Головна мета управління охороною здоров'я включає підцілі, які ставлять перед суб'єктом управління. Це можуть бути наступні підцілі:

- реабілітаційні;
- правові;
- демографічні;
- лікувально-оздоровчі.

Також за значимістю можна виділити три види цілей:

1. Стратегічні;
2. Тактичні;
3. Оперативні цілі.

Для досягнення вищезазначених цілей необхідно вирішити ряд завдань:

- підвищення ефективного управління системою охорони здоров'я при мінімізації витрат;
- розвиток програмно-цільових механізмів управління та фінансування сфери охорони здоров'я, стимулювання змішаного приватно-державного фінансування системи охорони здоров'я;
- більш чітке розмежування повноважень між державними та регіональними органами влади.

Функції пронизують організацію і процес управління. Отже вони визначають основний зміст управлінської діяльності. Вся керована діяльність

визначається такими основними функціями, які замикають цілі управління, серед яких наступні.

1. Ухвалення управлінського рішення. Необхідно оцінити ситуацію у сфері охорони здоров'я в державі та виявити потребу у медичних послугах. Після чого складається прогноз. Прогноз дозволяє виявити можливі напрями розвитку галузі охорони здоров'я. За рахунок прогнозу виконуються такі завдання: визначення динаміки явищ, у тому числі визначення перспективи кінцевого стану управління охорони здоров'я, наукове передбачення майбутнього на основі виявлення тенденції та закономірностей розвитку. Якісно виконаний прогноз стає основою планування.

Планування дозволяє оцінити ситуацію в системі державного управління охороною здоров'я. У процесі реалізації планування створюються програми з розвитку відносин у сфері охорони здоров'я. За рахунок виявлених закономірностей розвитку сфери охорони здоров'я, плановість дозволяє задовольнити потреби громадян, які мають потребу в медичних послугах, підготовку та перепідготовку, а також підвищення кваліфікації медичних працівників, будівництво медичних установ. Під час розробки плану виникає чотири основні проблеми:

- 1) визначення інтересів та потреб системи охорони здоров'я на запланований період часу;
- 2) розробка шляхів розвитку системи охорони здоров'я як соціального явища та темпів зростання його основних показників;
- 3) визначення потреб у матеріально-технічних умовах та кадрах;
- 4) встановлення форм і методів контролю над виконанням планованих заходів чи завдань.

Планування завершується ухваленням основного рішення. Прийняте рішення підлягає обов'язковому виконанню та має такі функції: координаційну, мобілізуючу. Основною метою управлінського рішення є за менших витрат досягти більшої ефективності. Рішення приймаються двома способами індивідуально та колективно. У будь-якому з двох випадків останнє

слово у вирішенні питання залишається за керівником.

2. Здійснення рішення передбачає організацію діяльності. Основну відповідальність охорони здоров'я громадян покладено на територіальні та відомчі органи охорони здоров'я. У формування системи управління організації входить координація та регулювання.

Координація – це забезпечення узгоджених дій різних учасників відносин у сфері охорони здоров'я. При збільшенні матеріально - технічної бази закладів охорони здоров'я значення координації збільшується за рахунок освіти завдання узгодження діяльності окремих одиниць. Слід відзначити, що як суб'єкти, так і об'єкти системи закладу охорони здоров'я координують свої дії.

Координацію можна розділити на два види: внутрішню та зовнішню. Внутрішня координація застосовується під час здійснення діяльності державних установ охорони здоров'я, які входять до системи Міністерства охорони здоров'я України. За рахунок внутрішньої координації здійснюється зв'язок елементів кожної із підсистем. Зовнішня координація здійснюється без втручання в оперативну діяльність міністерств та відомств [25].

Координація вищого порядку у системі управління охорони здоров'я здійснюється Президентом України та Урядом. Вони підтримують розробку та реалізацію стратегії державної політики у сфері охорони здоров'я, її законодавчого закріплення та іншого правового оформлення. До повноважень уряду України віднесено:

- затвердження та запровадження державних соціальних стандартів;
- затвердження порядку визнання громадян інвалідами;
- встановлення правил ліцензування діяльності страхових медичних організацій;
- державне регулювання цін на лікарські засоби;

Регулювання – це використання методів і методів управління у процесі організації системи управління охороною здоров'я та її функціонування. Регулювання дозволяє встановити загальнообов'язкові вимоги до процедур,

які провадяться в закладах охорони здоров'я з метою забезпечення порядку управління в галузі охорони здоров'я. Регулювання може бути використано у разі порушення у системі встановлених зв'язків між об'єктом і суб'єктом. Здебільшого регулювання залежить від специфіки керованого об'єкта (міська, районна, обласна лікарні; лікарня відновного лікування; кардіологічний диспансер; центральна районна поліклініка; центр відновлювальної терапії для воїнів-інтернаціоналістів та багато інших).

3. Контроль. Сутність контролю полягає у систематичній подачі інформації суб'єкту для детального аналізу. На підставі контролю у суб'єкта з'являється можливість проводити якісний контроль за функціонуванням суб'єктів із метою усунення недоліків у системі. Контроль здійснюється у чотири етапи: встановлення бажаного результату виконання; вивчення фактичних результатів; оцінка та порівняння отриманих результатів з запланованими; вироблення коригувальних впливів.

Результати контролю є передумовою для аналітичних висновків про стан справи, діяльність об'єктів управління. Результатом аналізу стає висновок, відповідно до якого приймається управлінське рішення. Воно породжує новий цикл управлінського процесу.

Форми державного управління є зовнішнім виразом практичної реалізації функцій та методів управління, самого керуючого впливу, конкретних дій, які у процесі здійснення виконавчої, адміністративної діяльності. Форми та методи управління складної системи охорони здоров'я в цілому та на окремих територіях визначаються рядом факторів: соціальні фактори (соціальна спрямованість рішень та дій державних, регіональних та муніципальних органів влади); рівень соціально – економічного розвитку як держави так і окремих регіонів; реалізація принципу соціальної справедливості та доступності для всіх членів суспільства досягнень науки та практики в галузі охорони здоров'я населення; рівень наукового забезпечення проблем охорони здоров'я населення; адаптація міжнародного досвіду у галузь медико-соціального забезпечення населення України.



Перед системою управління охороною здоров'я в Україні стоїть низка проблем, основними з яких є:

- соціальна та економічна нестабільність у суспільстві, гострий дефіцит фінансових ресурсів;
- неповнота та недосконалість нормативно-правової бази в галузі охорони здоров'я;
- систематичне невиконання норм охорони здоров'я.

Вирішення цих проблем бачиться в наступному:

По-перше, управлінська діяльність має бути прозора і здійснюватися відповідно до соціальних реалій суспільства.

По-друге, проведення ефективної державної політики у сфері охорони здоров'я з огляду на практичний досвід провідних країн світу.

По-третє, нормативно-правові акти, які приймаються у сфері охорони здоров'я, мають бути своєчасними, лаконічними, зрозумілими у застосуванні, юридично грамотні і не має порушувати права громадян. При цьому мають не суперечити Конституції України та іншим нормативним документам.

По-четверте, слід посилити нагляд за виконаннями розпоряджень у сфері охорони здоров'я.

На основі адміністративно-правового аналізу характерних рис та особливостей державного управління охороною здоров'я в Україні можна дати наступне його визначення. Державне управління охорони здоров'я – це цілеспрямована та безперервна діяльність органу державної влади, яка спрямована на забезпечення всіх верств громадян безоплатною, якісною та високотехнологічною медичною допомогою.

## **1.2. Методи управління закладами сфери охорони здоров'я**

Говорячи про управління в охороні здоров'я, необхідно мати на увазі два основні поняття: менеджмент і адміністрування. Традиційно державна модель управління пов'язується з адмініструванням, тоді як приватна - з

менеджментом. Однак останнім часом у зв'язку з розвитком процесів перенесення ідей та технологій менеджменту в державний сектор відбувається розмивання кордонів при використанні цих термінів, причому адміністрування все частіше замінюється менеджментом. У західній літературі з'явилося багато нових термінів, зокрема, наприклад, «новий державний менеджмент» (new public management). Цей термін зазвичай сприймається як новий тип діяльності, спрямованої на модернізацію, динамічну зміну державного сектора; новий стиль управління державними організаціями. Слід, проте, пам'ятати, як менеджмент, так і адміністрування - це перекладні терміни.

Традиційно використовуваний в Україні термін «управління», на думку більшості дослідників, є тим поняттям, яке дозволяє охопити всю різноманітність описуваного явища і набуває особливої значущості в умовах зближення методів управління приватним і державним секторами. Всі організації, незалежно від того, в якій сфері вони діють, стикаються із загальними проблемами в галузі управління. За підсумками загальних закономірностей вибудовуються конкретні методи управління в залежності від умов, в яких вони застосовуються.

Виняток не становить сфера охорони здоров'я, яка, як і будь-яка інша соціально-економічна сфера, має свою специфіку управління, що обумовлена особливим предметом діяльності та соціальною спрямованістю функціонування системи.

По-перше, результатом діяльності медичного закладу є послуга, що визначає специфічний характер взаємодії медичних установ із споживачами їх послуг: прямий контакт зі споживачем і залучення його в процес надання послуги. При цьому пацієнти є основними елементами зовнішнього середовища для медичних установ і кожен взаємодію з клієнтом можна розглядати як прямий контакт із навколишнім середовищем. В цій взаємодії важливим є те, щоб людина перестала бути пасивним об'єктом. Це, у свою чергу, знаходить вираження у багатоваріантності технологій, які можуть бути

використані у роботі з клієнтом, особливій значущості етичних цінностей і принципів, які сформувалися у суспільстві, у важливості ролі медичних працівників у процесі надання послуг. Звідси впливає складність оцінки якості та необхідності надання медичних послуг і результатів діяльності медичних організацій в цілому та праці їх співробітників. Це переважно визначає організацію управління у сфері охорони здоров'я [20].

По-друге, медичні послуги відносяться до соціальних послуг. Це означає, що, з одного боку, вони, крім безпосереднього ефекту для споживача, мають і громадський, соціальний ефект, а з іншого - суспільство визнає важливість отримання громадянами медичних послуг і свою роль в їхньому забезпеченні медичним обслуговуванням. Невипадково у конституціях багатьох розвинених країн, включаючи Україну, визнається право громадян охорону здоров'я. Таким чином, серед найбільш суттєвих ознак медичних установ, пов'язаних з характером їх діяльності і впливають на процес управління ними, можна виділити:

- складність визначення якості та вимірювання результатів роботи;
- високу спеціалізацію основної діяльності, яка часто має терміновий та невідкладний характер;
- відсутність права на невизначеність та помилку;
- потреба в тісній координації роботи різних підрозділів;
- високу кваліфікацію співробітників, більшість яких виступають як представники своїх професій. Маючи спеціальні знання та досвід, керуючись системою моральних норм і приймаючи рішення про лікування пацієнтів, вони прагнуть самостійності і виявляють лояльність насамперед стосовно пацієнтів і колег за фахом;
- необхідність контролю з боку адміністрації медичних установ за діяльністю лікарів, які безпосередньо впливають на визначення обсягу роботи та витрат медичних закладів;
- складність координації роботи та розподілу повноважень та відповідальності, пов'язану з подвійним підпорядкуванням, що існує у

багатьох медичних закладах, особливо лікарнях [18].

Система охорони здоров'я, як і будь-яка інша галузь, вимагає застосування низки методів впливу органу управління на суб'єкт. Методи управління охороною здоров'я, з одного боку, повинні ґрунтуватися на об'єктивному характері взаємовідносин учасників системи, а з іншого - враховувати специфічні особливості поведінки суб'єктів у даній сфері.

Методами державного управління є засіб практичного здійснення функцій державно-управлінської діяльності, досягнення її цілей, а також можливість організуючого впливу керуючого суб'єкта на керовані об'єкти підлеглої особи. Зазвичай прийнято розрізняти економічні, адміністративні та ідеологічні методи управлінської діяльності.

Загалом можна виділити три основні групи методів управління закладами охорони здоров'я.

1. Економічні методи - система прийомів і способів впливу на виконавців за допомогою конкретного порівняння витрат і результатів (матеріальне стимулювання та санкції, фінансування та кредитування, зарплата, собівартість, прибуток, ціна). Як основні методи управління виступає система оплати медичних послуг, яка повинна покривати витрати медичного закладу на надання медичної допомоги і стимулювати адміністрацію медичних закладів максимально ефективно використовувати наявні фінансові та матеріальні ресурси.

2. Організаційно-розпорядчі методи управління - це методи прямого впливу, які носять директивний, обов'язковий характер та засновані на дисципліні, відповідальності, владі та примусі. До організаційних методів відносять: організаційне проектування, регламентування, нормування.

Сутність організаційного регламентування в охороні здоров'я полягає, головним чином, у встановленні особливих правил, обов'язкових для виконання і визначальних зміст та порядок організації надання медичної допомоги - стандарти ресурсної бази медичних установ, стандарти процесу діагностики та лікування, стандарти результату лікування. Як вважають багато

організаторів охорони здоров'я, саме розробка ефективних і комплексних медичних стандартів є необхідною базою для реформування системи охорони здоров'я в Україні. Розпорядчі методи реалізуються у вигляді наказу, постанови, розпорядження, інструктажу, команди, рекомендації.

3. Соціально-психологічні методи управління мають особливе значення для галузі охорони здоров'я. Це пов'язано із явною соціальною спрямованістю даної системи та високою часткою людської участі. Зокрема, до методів соціально-психологічного впливу відносять моральне заохочення, соціальне планування, переконання, навіювання, особистий приклад, регулювання міжособистісних та міжгрупових відносин, створення та підтримання морального клімату в колективі та інші.

4. Серед усього різноманіття методів управління (методи психологічного, економічного впливу, переконання, примус, стимулювання тощо) для галузі охорони здоров'я особливого значення має адміністративний метод. Адміністративний метод тісно пов'язаний із з організаційно-владним впливом, формами прояву якого є директива, наказ, вказівка керуючого суб'єкта керованим об'єктам про цілі, характер та способи їх діяльності. Вони можуть бути як економічно вигідними для державі, так і мати суто соціальне значення.

Крім зазначених, існують і специфічні підходи до організації охорони здоров'я, розроблені в останнє десятиліття: системний аналіз діяльності медичних установ, управління медичною допомогою за допомогою інтегрованих систем, методи імітаційного моделювання в системах з перехідною економікою, методи експертних оцінок і т.д.

Основним напрямом вдосконалення методології управління слід вважати інтеграцію класичних методів управління та орієнтацію на об'єкт, що включає елементи трьох секторів охорони здоров'я. З одного боку, це сприятиме гнучкості управління, поліпшенню координації між секторами та більш оперативному впровадженню нових технологій, а з іншого - зміні характеру діяльності в державних організаціях, зокрема застосуванню досвіду

роботи менеджерів приватних клінік та лікарень у державних організаціях.

### **1.3 Зарубіжний досвід управління закладами охорони здоров'я**

Ефективність роботи значною мірою визначають знання, навички та вміння керівників різних рівнів. Гарантія професіоналізму кожного управлінця - його безперервну освіту. Основні принципи професійної освіти керівника в сучасних умовах: системність, наступність, науковість, обов'язковість, перспективність, розвиток лідерських якостей, індивідуалізація та диференціація навчального процесу, поєднання організованого навчання із самоосвітою [9].

За останні 10-15 років система освіти в Україні, у тому числі професійної, зазнала суттєвих змін і почала прискореними темпами адаптуватися до міжнародного досвіду та вимог. Тому проведення аналізу зарубіжного досвіду та існуючих підходів до вирішення цієї проблеми порівняно з вітчизняною моделлю підготовки кадрів в галузі управління охороною здоров'я могло б бути дуже корисним і дозволило б уникнути низки помилок при розвитку та вдосконаленні вітчизняної моделі. З цього погляду цікаві результати досліджень, проведених співробітниками Школи бізнесу м. Тулузи (Франція) та Лондонського університету (Великобританія), які аналізують особливості систем підготовки та розвитку управлінського персоналу у різних країнах Європи, ставлячи завдання перевірки існуючих концепцій з урахуванням емпіричного дослідження.

Останнім часом цю проблему активно вивчають. Результати показали наявність певних відмінностей у корпоративній практиці управління людськими ресурсами в інших країнах та суттєвий вплив на цю практику культурного чинника. Відмінності стосуються багатьох аспектів управління, у тому числі таких як відбір, наймання, підготовка, кар'єрне просування, звільнення працівників. Ці дослідження, у центрі яких знаходяться культурні фактори, що дозволяють виділити три моделі розвитку управлінського

персоналу, властиві європейським країнам.

Для «латинської», чи елітарної моделі характерна відсутність розвиненого внутрішньофірмового планування кадрових управлінських ресурсів. Так, французькі керівники, вирішуючи питання про призначення, схильні покладатися швидше на «політичні ігри» чи зв'язку з протекції, ніж на бюрократичні правила чи оцінку кваліфікації. Ця практика характеризується перевагою набору зовнішніх претендентів, переважно випускників привілейованих навчальних закладів (*Grandes ecoles*). Підготовка та просування потенційних менеджерів усередині фірми належної уваги не приділяють. Інакше кажучи, «латинські» підприємства вважають за краще наймати працівників із високим потенціалом, ніж виховувати їх. Крім того, перевагу віддають загальному формальному освіту, часто не пов'язану з посадою, а не конкретної кваліфікації та спеціалізації [10].

Істотно відрізняється від цього підходу «німецька» або функціональна модель, яка характеризується переважанням внутрішньофірмових процесів розвитку компетенцій та розвиненим внутрішнім ринком праці. Підготовка управлінського персоналу, кар'єрне просування, планування заміщення посад розглядають як довгострокові інструменти керівництва та важливий елемент розвиненої системи планування. Велику увагу приділяють збереженню кадрів протягом тривалого періоду часу та виховання їх прихильності до підприємства за допомогою процесу внутрішнього просування. Кадровий потенціал розглядають не як набутий раз і назавжди, а такий, який поступово розвивається за допомогою програм навчання та накопичення досвіду. Інтерес до формальної кваліфікації більшою мірою пов'язують не з наявністю диплома та з вимогами посадових функцій.

«Англо-голандська» модель або модель планованого розвитку, поєднує риси обох попередніх моделей. Тут, як і в «латинській» моделі, слабше розвинене формальне планування людських ресурсів, проте пояснюється це не так перевагами, пов'язаними з освітою, що орієнтацією внутрішніх процесів на зовнішній ринок праці, найбільш типовий для Великобританії та США.

Відмінною особливістю є слабкий інтерес до формальної освіти (як загальної, так і спеціальної) та більшу увагу до досвіду. Ряд авторів виділяють ці риси на особливу модель, називаючи її моделлю багатонаціональної корпорації [56].

У Німеччині менеджери, які почали працювати в організації, отримують інтенсивну підготовку, яка поглиблює їх професійні і технічні знання. Фірми, дотримуючись довгострокового підходу, вкладають значні кошти на підготовку та підвищення кваліфікації нових працівників. Вони тісно співпрацюють із навчальними закладами, які організують відповідні курси. Підготовка та зайнятість виявляються завданнями, які спільно вирішуються сферою виробництва та сферою освіти на галузевому рівні. Між роботодавцями немає конкуренції на ринку праці, кожне підприємство тією чи іншою мірою інвестує у підготовку своїх працівників, не прагнучи отримати готових фахівців у конкурентів.

У Франції завдання зайнятості та освіти більшою мірою відокремлені один від одного. Освіта вважається переважно функцією держави. З одного боку, навчальні заклади не вітають надто широку участь бізнесу у розробці та здійсненні навчальних програм, роль фахівців-практиків обмежується консультаційними функціями. З іншого боку, підприємства не схильні брати участь у навчанні молодих працівників, побоюючись вигоди для конкурентів, і задовольняються наймом досить кваліфікованих фахівців, які постачаються державною системою, особливо у найвищому сегменті ринку праці.

У Великій Британії наголос роблять на зовнішню освіту, проте на відміну від Німеччини (галузевий підхід, високий рівень інвестицій та «самодисципліни») на рівні фірми та Франції (значимість державних функцій, слабкі інвестиції з боку фірм) підготовка та підвищення кваліфікації у значній мірі стають особистим завданням працівника, реалізованої у процесі накопичення досвіду кар'єрного зростання. Тут досвід та знання, що набуваються різними шляхами, розглядають як шлях до підвищення кваліфікації та відіграють більшу роль, ніж загальне чи спеціалізоване



формальне навчання [10].

Порівняльний аналіз цих моделей та вітчизняної свідчить про те, що в Україні історично підготовка кадрів, у тому числі в області управління, вважалася державним завданням та здійснювалася системою вищої професійної освіти на постдипломному рівні. У країні постійно проводили навчання так званого «кадрового резерву», працювала система «наставництва». Професійне зростання високою мірою відбувалося поетапно, з урахуванням усіх можливих ступенів практичного зростання, покрокового накопичення «посадового» досвіду та т. д. Однак поряд з позитивними моментами при реалізації подібних підходів сформована система все ж таки не була досить ефективною, оскільки підготовлені таким чином фахівці не повною мірою володіли методологією та методиками управління, прийняття рішень з урахуванням потенційних ризиків, поглибленого аналізу стану здоров'я населення та його окремих груп, адекватного та раціонального планування медичного забезпечення та вирішення інших проблем розвитку та функціонування системи охорони здоров'я та охорони здоров'я населення.

У сучасному світі інтенсивно розвиваються три основні моделі бізнес-освіти. Перша з них, «традиційна» модель, яка передбачає підготовку «кваліфікованого керівника», базується на чіткому поділі професійної освіти з інженерних, економічних, гуманітарних профілів навчання в установах вищого та середньої професійної освіти та підготовки кадрів з бізнесу та менеджменту в системі додаткової професійної освіти. Ця модель найбільш розвинена в Німеччині і найближче до вітчизняної, оскільки передбачає, крім основної базової, професійну та додаткову освіту з проблем підготовки в галузі управління [56].

Багаторічний досвід та практика показують, що це оптимальний підхід до підготовки управлінських галузевих кадрів, які добре знають предмет управління, але потребують придбання додаткових відомостей, умінь та навичок у частині ефективного керівництва процесами та результатами діяльності.

Друга модель бізнес-освіти (так звана «нова») – «професійний менеджер». Вона зародилася та отримала найбільший розвиток у США.

Ключова ланка американської моделі – школи бізнесу як головні центри досліджень та освіти у сфері бізнесу та менеджменту. У них за програмами різного рівня та тривалості навчаються особи з середньою та вищою освітою у сфері бізнесу та менеджменту будь-якої спеціальності, які вже мають досвід практичної роботи.

У рамках цієї моделі навчальні центри також реалізують різноманітні програми підвищення кваліфікації менеджерів незалежно від того, закінчили вони школу бізнесу чи ні. Багато країн реалізується так звана змішана модель бізнес-освіти [10].

На основі найцікавіших інновацій у управлінській освіті та розвитку менеджменту Г. Мінцбергом із колегами з Institute of Management Bangalore (Індія), INSEAD (Франція), Lancaster University (Англія) та McGill University (Канада), а також представниками японських та корейських шкіл створено International Masters Program in Practicing Management (IMPPM), розроблені та реалізуються програми підготовки управлінських працівників на основі семи принципів: обмеження контингенту учнів практикуючими менеджерами; забезпечення інтеграції освіти та практики управління компанією; примноження професійного та життєвого досвіду як мета освіти; результати навчання повинні впливати на організаційний розвиток; здобуття освіти має бути інтерактивним процесом; кожен компонент реалізованої програми має сприяти успішності навчання.

Тільки в американській моделі менеджмент розглядається як професія, яка передбачає здобуття спеціальної ступінчастої освіти, тільки у ній підготовка управлінців поставлена на наукову основу застосовують оригінальні методики навчання, а «менеджеризм» розглядають як діловий фундамент культури [9].

Менеджмент в Україні, Німеччині, Франції сприймають як надбудову до професії (інженер-менеджер і економіст-менеджер). Із середини 1960-х років

вітчизняна управлінська освіта починає розвиватися у межах традиційної моделі. У вищих навчальних закладах запроваджують програми вищої професійної освіти з управлінських спеціальностей, створюють (переважно галузеві) інститути підвищення кваліфікації для планомірної реалізації короткострокових програм оновлення знань та навичок вже працюючих керівників та спеціалістів. В даний час можна спостерігати значні зміни в ставленні до менеджменту як професії: розроблено освітній стандарт; діють бізнес-школи; окремо до класифікатору видів економічної діяльності робітничих професій та посад службовців та тарифних розрядів запроваджено посаду менеджера; з'явився попит на освітні послуги з здобуття професії менеджера як другий спеціальності; 1999 р. сертифіковано ступінь майстра ділового адміністрування (Master of Business Administration - MBA) [58].

Виходячи з міжнародного досвіду в підготовці менеджерів сфери охорони здоров'я, у найближчому майбутньому можна визначити найбільш ймовірні тенденції розвитку освіти в галузі управління охороною здоров'я, до яких слід віднести: перехід від програм медичної додаткової професійної освіти з громадського здоров'я та охорони здоров'я до програм, що базуються на менеджменті; зростання кількості учнів із базовою немедичною освітою та кількістю програм підготовки з управління охороною здоров'я в економічних освітніх установах; збільшення кількості недержавних консалтингових та навчальних центрів, які пропонують менеджерам охорони здоров'я послуги у галузі підвищення кваліфікації та професійного консультування.

Отже, формування компетенцій управлінських працівників не обмежується вищим навчальним закладом. Подальша освіта має бути забезпечена шляхом безперервного корпоративного навчання, яке лежить в основі організації, що розвивається. Від прямих інвестицій у співробітника в кінцевому підсумку залежить вектор інноваційних перетворень в організації та її місце на ринку. Менеджери покликані активніше виконувати роль підприємця (інноватора) для забезпечення розвитку організації, виступати ініціаторами проектів, генерувати ідеї, що сприяють прогресу організації з

урахуванням впровадження інноваційних процесів.

## **Висновки до розділу 1**

В ході написання першого розділу зроблено наступні висновки:

1. Державне управління охорони здоров'я – це цілеспрямована та безперервна діяльність органу державної влади, яка спрямована на забезпечення всіх верств громадян безоплатною, якісною та високотехнологічною медичною допомогою. Визначено, що система управління охороною здоров'я в Україні є складною структурою і включає багато цілей, які взаємопов'язані між собою, але при цьому мають різні напрями. Дуже важливо відзначити, що вони не суперечать один одному, а лише відображають різні сторони головної мети управління охороною здоров'я. Головна мета управління сфери охорони здоров'я направлена на зниження смертності та захворюваності населення за наявних ресурсів.

2. Основними методами управління закладами охорони здоров'я є: економічні, організаційно-розпорядчі, соціально-психологічні, адміністративні. Основним напрямом вдосконалення методології управління слід вважати інтеграцію класичних методів управління та орієнтацію на об'єкт, що включає елементи трьох секторів охорони здоров'я.

3. Виходячи з міжнародного досвіду у підготовці менеджерів сфери охорони здоров'я, у найближчому майбутньому можна визначити найбільш ймовірні тенденції розвитку освіти в галузі управління охороною здоров'я, до яких слід віднести: перехід від програм медичної додаткової професійної освіти з громадського здоров'я та охорони здоров'я до програм, що базуються на менеджменті; зростання кількості учнів із базовою немедичною освітою та кількістю програм підготовки з управління охорони здоров'я в економічних освітніх установах; збільшення кількості недержавних консалтингових та навчальних центрів, які пропонують менеджерам охорони здоров'я послуги у галузі підвищення кваліфікації та професійного консультування.

## РОЗДІЛ 2

### СИСТЕМА УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПРАКТИЧНИЙ АСПЕКТ

#### 2.1. Правове регулювання державного управління сфери охорони здоров'я

Правове регулювання – це процес цілеспрямованого впливу держави на суспільні відносини за допомогою спеціальних юридичних засобів та методів, які спрямовані на їх стабілізацію та упорядкування.

Конституція України є основою законодавчого регулювання будь-яких відносин. В її нормах закладено, що основними завданнями української держави є створення умов забезпечення гідного життя і вільний розвиток людини, охорона здоров'я людей.

У ст. 49 Конституції України закріплено право на охорону здоров'я та медичну допомогу, яка займає найважливіше місце у системі прав людини та громадянина. Закони України, які регулюють відносини у сфері охорони здоров'я діляться на: спеціальне законодавство (регулюють виключно сферу медичної діяльності) та загальні законодавство (діє у сферах будь-яких послуг) [23].

Правові відносини, які виникають у сфері охорони здоров'я настільки багатогранні, що тісно вплітаються нормами різних галузей права структури законодавства:

- адміністративне право формує вимоги до організації управління охороною здоров'я та контролю у цій сфері, встановлює коло адміністративно-правових заборон;

- цивільне право регулює порядок та умови відшкодування заподіяної шкоди життю чи здоров'ю громадянина та компенсації моральної шкоди у разі належного надання медичної допомоги, а також надання усіх медичних послуг;

- трудове право містить норми, які регулюють взаємини медичного працівника та медичної організації при здійсненні трудовий функції;
- кримінальне право встановлює відповідальність за злочин проти свободи, проти життя та здоров'я, проти життя населення, проти честі та гідності особистості, та ін.

Правове регулювання у цій сфері суспільних відносин включає норми: які встановлюють загальні гарантії права на охорону здоров'я та медичну допомогу; закріплюють систему та правові статуси медичних організацій; встановлюють принципи охорони здоров'я; визначальні юридичні поняття та які регламентують медичну діяльність (сам процес отримання медичної допомоги) у межах стосунки пацієнт - лікар - медична організація (з урахуванням особливостей та специфіки надання окремих видів медичної допомоги). Все це необхідно, щоб правове регулювання будь-якої сфери медико-соціальних відносин було найповнішим, мало «закінчений вигляд».

Законодавчо визначено правовий статус (права, обов'язки та ін.) основних суб'єктів медико-соціальних відносин - з одного боку, пацієнта, з іншого - лікаря, медичного працівника. Окрім того законодавчо визначено ще трьох суб'єктів відносин у сфері охорони здоров'я та медичної діяльності - медична організація, фармацевтична організація та фармацевтичний працівник (ЗУ «Основи законодавства країни про охорону здоров'я »[38]).

В цій сфері правових відносин під час здійснення медичної діяльності пацієнт є ключовою фігурою, з якою в тій чи іншій ступеня пов'язані всі інші суб'єкти, що у організації, забезпечення або безпосереднє надання медичної допомоги. «Найбільш значні дефініції, в яких має закладатися основа правовідносин у сфері, медичних послуг, іноді визначені підзаконними відомчими правовими актами, та практично не закріплені чинним законодавством. Дані факти призводять до появи помилок у правозастосовчій практики та спотворення сутності медичної послуги» [34].

Міністерство охорони здоров'я України, згідно з Положенням, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 р. є

центральним органом виконавчої влади, який проводить державну політику та здійснює управління в галузі охорони здоров'я, а також у випадках, встановлених законами, указами Президента та постановами Уряду, які координують діяльність у цій галузі інших державних органів виконавчої влади.

Охорона здоров'я ґрунтується на таких принципах (рис. 2.1)

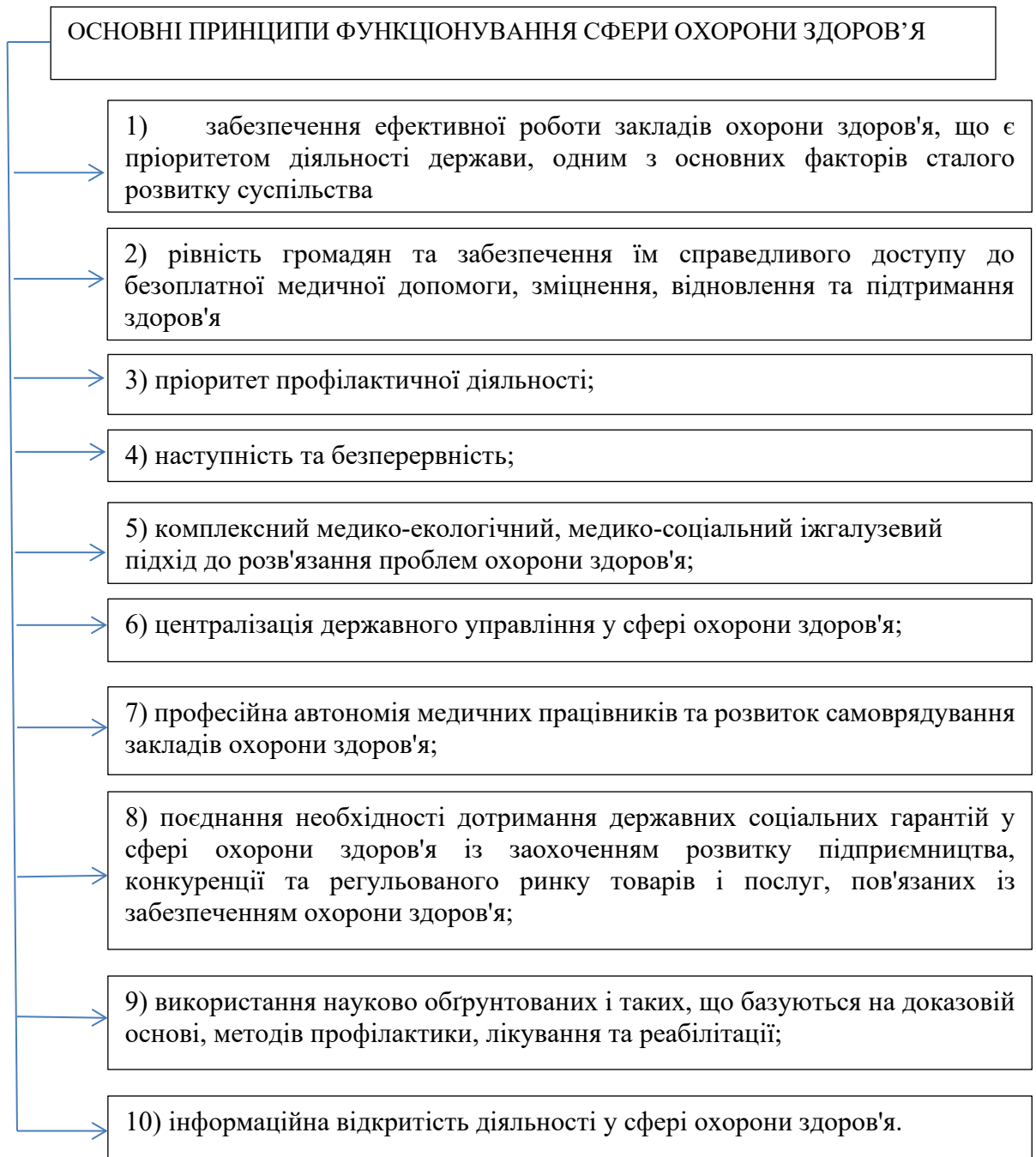


Рис. 2.1. Основні принципи функціонування сфери охорони здоров'я

Правовою основою управління в галузі охорони здоров'я є Конституція України, згідно якої:

1. Україна - соціальна держава, політика якої спрямована на створення умов, що забезпечують гідне життя та вільний розвиток людини.

2. В Україні охороняється праця та здоров'я людей, встановлюється гарантований мінімальний розмір оплати праці, забезпечується державна підтримка сім'ї, материнства, батьківства та дитинства, інвалідів та літніх громадян, розвивається система соціальних служб, встановлюються державні пенсії, допомога та інші гарантії соціальної захисту.

2. В Україні фінансуються держані програми охорони та зміцнення здоров'я населення, вживаються заходи щодо розвитку державної, муніципальної, приватної систем охорони здоров'я, заохочується діяльність, що сприяє зміцненню здоров'я людини, розвитку фізичної культури та спорту, екологічного та санітарно-епідеміологічного благополуччя.

3. Приховування посадових фактів та обставин, що створюють загрозу для життя і здоров'я людей, тягне за собою відповідальність відповідно до Закону України «Про основи законодавства України про охорону здоров'я» [23].

Зараз слід відмітити, що система охорони здоров'я в Україні знаходиться в активній стадії реформування. Основні напрями реформування закладені в Указі Президента України «Концепції розвитку охорони здоров'я населення України» від 07.12.2000 № 1313/2000 [24]. «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.».



Для подальшої реформи фінансування сфери охорони здоров'я згідно із Законом 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). визначено основні засади переходу закладів у комунальні некомерційні підприємства. «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.»

Окрім того було прийнято нормативні документи, які регламентують зміну системи фінансування сфери охорони здоров'я та медичних закладів (табл. 2.1)

«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)». Окрім того визначено основні критерії, з якими проводиться контроль наглядової ради комунального підприємства. Треба зауважити, що такий контроль є обов'язковим. Окрім того обов'язковим є «порядок утворення, організації діяльності та ліквідації наглядової ради та її комітетів, порядок призначення членів наглядової ради затверджуються рішенням Засновника».

Таблиця 2.1.

Нормативні документи, які регламентують зміну системи фінансування  
у сфері охорони здоров'я

№ документа	Назва документа
1013-р /2016 р	Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції реформи системи фінансування охорони здоров'я»
180/2017 р.	Постанова Кабінету Міністрів України «Про внесення змін та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України» (урядова програма реімбурсації «Доступні ліки»)
2168-VIII/2017 р.	Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»
2206-VIII/2017 р	Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості»
1101-2017-п/2017 р	Постанова Кабінету Міністрів України «Про утворення Національної служби здоров'я України»
503/2018 р	Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу»
504/2018 р	Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»
407/2018 р	Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік»

«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» [32].

У своїй діяльності медичні заклади підприємство керуються Конституцією України, Господарським і Цивільним Кодексами України, законами України, постановами Верховної Ради України, актами Президента

України та Кабінету Міністрів України, загально обов'язковими для всіх закладів охорони здоров'я наказами та інструкціями Міністерства охорони здоров'я України, загально обов'язковими нормативними актами інших центральних органів виконавчої влади, відповідними рішеннями місцевих органів виконавчої влади і органів місцевого самоврядування.

## **2.2. Аналіз сфери охорони здоров'я в Україні**

Вже неодноразово зазначено, що здоров'я нації є провідним чинником національної безпеки держави. Розглядаючи більш детально функціонування закладів охорони здоров'я в Україні на національному та регіональному рівнях, можна відзначити, що для забезпечення епідеміологічного нагляду та оцінки стану здоров'я та благополуччя населення створено сучасні нові засоби. Ці інструменти використовувалися для моніторингу громадського здоров'я. Використовуються базові стандарти діяльності та пріоритети. Разом із тим, сучасний стан сфери охорони здоров'я в Україні, попри позитивних наслідків реформ, які було розпочато урядом до повномасштабного вторгнення з боку Росії негативно позначились на динаміці стану здоров'я населення.

Демографічні процеси в Україні мають ознаки тривалої демографічної кризи, яка тісно пов'язана з історичними та соціально-економічними особливостями країни. Це одна з найважливіших особливостей України. Загальновідомо, що Україна належить до країн із поступовим зниженням демографічного та відтворювального потенціалу, що призводить до депопуляції та скорочення населення.

Як свідчать дані табл. 2.1 кількість медичних закладів за період дослідження має тенденцію до зниження на 29,4 %. Окрім того спостерігається зниження лікарняних ліжок на 22,2 % , кількості лікарів і середнього медичного персоналу на 23 % та 28,9 % відповідно. Таке скорочення

пов'язуємо із активним впровадженням реформи у сфері охорони здоров'я, яка проводилась в Україні [51-53].

Чисельність наявного населення в Україні, за оцінкою, на 1 січня 2022р. становила 41167,3 тис. осіб. Загальне скорочення чисельності населення у 2021р. склало 421,0 тис. осіб. На кінець серпня 2022 року цей показник значно скоротився і склав лише лише 27,8 млн. Тобто за півроку масштабного вторгнення з боку Російської Федерації чисельність тих, хто живе і працює в Україні, зменшилася на 6,7 млн. Частина виїхала за кордон, частина потрапила в окупацію [2].

Розглянемо динаміку основних показників системи охорони здоров'я.

Таблиця 2.1.

Динаміка основних показників системи охорони здоров'я

Показник	2016р.	2017р.	2018р.	2019р.	2021р.	Відношення 2022 до 2017, у %
Кількість лікарів усіх спеціальностей, тис	187	186	185	180	144	77,0
Кількість середнього медичного персоналу, тис	367	360	330	309	261	71,1
Кількість лікарняних закладів, тис	1,7	1,7	1,6	1,6	1,2	70,6
Кількість лікарняних ліжок, тис	315	309	295	275	245	77,8
Кількість лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів, тис.	10,2	10,4	10,6	10,6	8,2	80,4
Планова ємність амбулаторно-поліклінічних закладів, тис. відвідувань за зміну	915	923	920	929	831	90,8

Залишається суттєвим перевищення кількості померлих над кількістю живонароджених: на 100 померлих – 38 живонароджених.

Динаміка основних демографічних показників населення України наведено на рис. 2.2

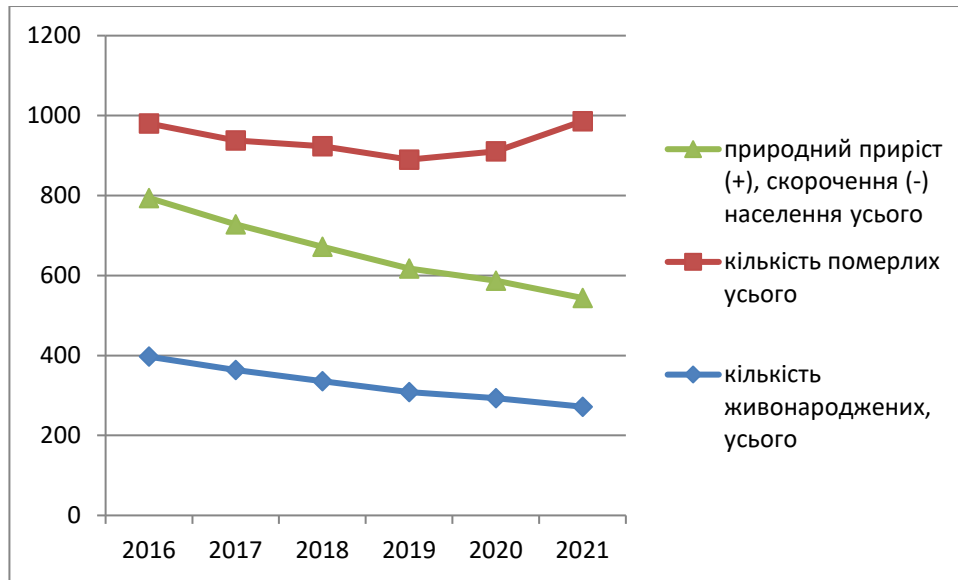


Рис. 2.2 Основні демографічні показники населення України

Як свідчать дані рис. 2.2. кількість живо народжених за період дослідження знизилась на 31,5 %, кількість померлих збільшилась на 22,4. Тобто відбувається природне скорочення населення України. У 2022 році цей показник ще більший, внаслідок проведення масштабних бойових дій на території України.

На початок 2016 року кількість дітей серед населення України становила 16,1 %, осіб працездатного віку – 61,8 %, людей похилого віку – 22,1 %. Особливістю гендерного дисбалансу є переважання жінок серед людей похилого віку внаслідок вищої смертності серед чоловіків. Поряд зі старінням населення актуальною є проблема зростання смертності, яка пов'язана із захворюваннями системи кровообігу та новоутвореннями, захворюваннями органів дихання, травлення, інфекційними та паразитарними захворюваннями. В Україні серцево-судинні захворювання (наприклад, інсульт, інфаркт) та

зляжисні новоутворення є лідерами за поширеністю та смертністю серед неінфекційних захворювань.

Причини смертності населення наведено на рис. 2.3.

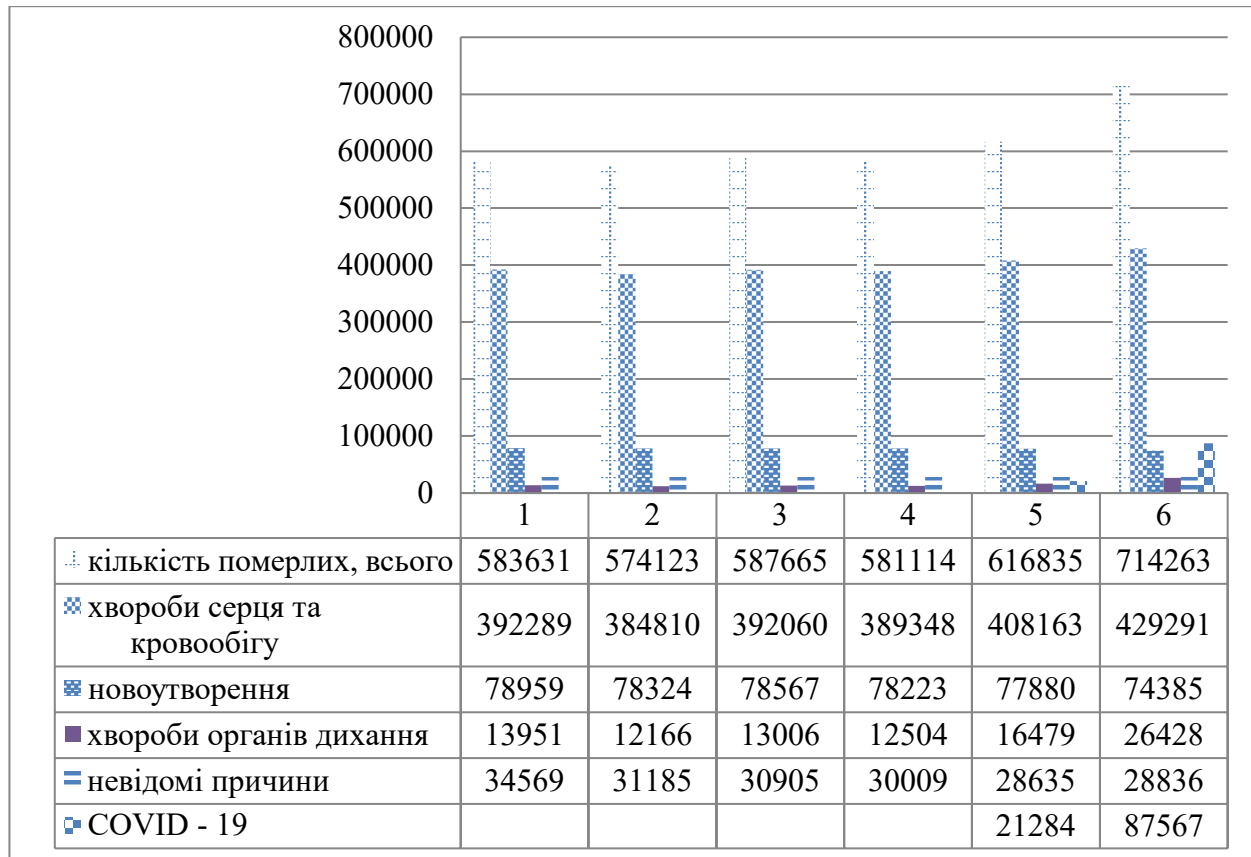


Рис. 3.3. Причини смертності населення

Щодо структури причин за смертності, у 2021 р. найбільше смертей спричиняли хвороби системи кровообігу (60,1%), COVID – (12,2 %), розвиток новоутворень (10,4%), зовнішні причини (5,2%) та органів дихання (3,7%), інші причини (4,03%). У 2016 р. така структура мала наступний вигляд: хвороби системи кровообігу (67,2%), розвиток новоутворень (13,5%), та органів дихання (2,4%), інші причини (5,9%).

Тому вважаємо за необхідне посилити державне управління медичною системою країни з метою:

1. Формування та реалізації цільових профілактичних програм за підтримки уряду, неурядових організацій, приватного сектору та громадян країни.

2. Переорієнтація системи охорони здоров'я на визначення груп ризику, своєчасне виявлення хронічних захворювань та станів, а також постійний контроль їх розвитку

3. Запровадження обов'язкового профілактичного огляду працездатного населення із залученням інституту сімейного лікаря, діагностичних центрів та соціальних служб задля попередження основних класів захворювань.

4. Підвищення якості надання медичних послуг на ринкових засадах.

### **2.3. Стан управління Піщанської амбулаторії загальної практики – сімейної медицини**

Всебічний аналіз та об'єктивна оцінка роботи медичного закладу є основою ефективного керівництва її діяльністю, прийняття оптимальних управлінських рішень, своєчасного контролю, чіткого, цілеспрямованого планування та, зрештою, дієвим засобом підвищення якості медичного забезпечення прикріплених контингентів.

Дослідження проводилось на базі Піщанської амбулаторії загальної практики – сімейної медицини, яка знаходиться на території Піщанської сільської об'єднаної територіальної громади. Медичну допомогу мешканцям Піщанської ОТГ надають комунальні заклади: 4 амбулаторії загальної практики сімейної медицини, 5 ФАПів, які з 1 січня 2019 року було передано у власність територіальної громади, та один пункт постійного базування швидкої допомоги.

Головною метою діяльності Піщанської амбулаторії загальної практики – сімейної медицини є покращення стану здоров'я населення, у першу чергу за рахунок зниження захворюваності та смертності від серцево-судинних захворювань, онкологічної патології та інших соціально обумовлених недуг, збереження репродуктивного здоров'я, оптимізація мережі лікувально-профілактичних закладів з метою забезпечення відповідного доступу населення до медичних послуг усіх рівнів надання медичної допомоги.

Основними завданнями є :

- повнота здійснення скринінгових досліджень на первинному рівні надання медичної допомоги;
- забезпечення моніторингу за станом виявлення серцево-судинних захворювань, лікування хворих у відповідності до діючих стандартів та використання сучасних медичних технологій у лікуванні хворих на гострий інфаркт міокарда;
- підвищення якості надання медичної допомоги шляхом продовження локальних протоколів надання медичної допомоги при різних нозологічних формах у лікувально-профілактичних закладах;
- дооснащення центру первинної медико-санітарної допомоги відповідно до табелів оснащення за рахунок місцевих бюджетів та інших джерел, не заборонених чинним законодавством;
- підготовка та перепідготовка спеціалістів за фахом “загальна практика – сімейна медицина”, проведення тренінгів для медичних працівників первинного рівня;
- впровадження в діяльність закладів охорони здоров’я новітніх методик лікування, використання сучасної лікувально-діагностичної апаратури.

Вся лікувально-профілактична, санітарно-протиепідемічна та організаційна діяльність Піщанської амбулаторії здійснюється за заздалегідь складеним планом.

Піщанська амбулаторія у своїй діяльності керується Конституцією України, законами України, указами Президента України, постановами ВРУ.

Співробітники амбулаторії надають медичну допомогу пацієнтам, які прийшли на прийом, так і вдома. Разом із лікарем на прийомі працюють медичні сестри, які виконують необхідні маніпуляції (перев’язки, вимірювання артеріального тиску, ін'єкції та ін.) як у амбулаторії, так і при призначенні лікарем вдома.

До структури амбулаторії входять реєстратура, діагностичні кабінети



(лабораторія, рентгенологічний кабінет, відділення функціональної діагностики), процедурний кабінет. При амбулаторії працює аптека.

Таблиця 2.3.

## SWOT-аналіз управління

<b>Внутрішнє середовище управління</b>	
<b>Сильні сторони</b>	<b>Слабкі сторони</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- кваліфікований персонал</li> <li>- безоплатне лікування окремих категорій громадян</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- дефіцит медичних кадрів</li> <li>- транспортна доступність до надання послуг</li> <li>- незадовільний рівень комп'ютеризації для надання послуг, відсутність закільцьованої комп'ютерної мережі усередині установи;</li> <li>- високий рівень неукомплектованості медичним персоналом: лікарями та середнім медичним персоналом;</li> <li>- недостатня фінансова мотивація співробітників;</li> <li>- не впроваджена телемедицина</li> </ul>
<b>Зовнішнє середовище управління</b>	
<b>Можливості</b>	<b>Загрози</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- державна підтримка</li> <li>- розвиток інформаційно-комунікативних технологій</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- скорочення фінансування;</li> <li>- відтік медичних співробітників у приватні медичні організації;</li> <li>- збільшення кількості приватних медичних організацій;</li> <li>- зниження якості послуг, які надаються</li> <li>- скорочення штатної чисельності медичного та іншого персоналу;</li> <li>- слабка поінформованість та поінформованість місцевого населення про медичних послуг</li> </ul>

Крім діагностики та лікування захворювань до функцій амбулаторії входить профілактична робота з громадянами щодо запобігання захворюванням та їх ускладненням, формування позитивного ставлення до здорового способу життя, санітарно-гігієнічна робота з населенням,

експертиза тимчасової непрацездатності.

Амбулаторія керує роботою фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАПів), що знаходяться на їхній території.

Проведемо SWOT-аналіз управління амбулаторії, результати якого наведено в табл. 2.3. Для прийняття рішень в якому напрямі розвиватися амбулаторії нами проведено PEST аналіз.

**Таблиця 2.4**

Результати PEST аналізу

Політико-правові фактори	Економічні фактори
<ul style="list-style-type: none"> <li>- політична стабільність;</li> <li>- діяльність державних, регіональних та місцевих органів влади;</li> <li>- законотворча діяльність та регулювання державних медичних установ в Україні;</li> <li>- створення та застосування єдиних стандартів та порядків для надання медичної допомоги по клініко-статистичним групам захворювань;</li> <li>- розвиток ринку приватної медичної допомоги формує можливості для впровадження державного приватного партнерства</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- розмір обсягів фінансування за рахунок коштів бюджету;</li> <li>- розмір середньої заробітної плати медичних працівників у розрізі категорій;</li> <li>- розмір та динаміка темпів інфляції.</li> </ul>
Соціальні фактори	Техніко-технологічні фактори
<ul style="list-style-type: none"> <li>- чисельність населення територіальної громади;</li> <li>- рівень приросту (скорочення) населення;</li> <li>- скорочення рівня захворюваності;</li> <li>- скорочення рівня смертності;</li> <li>- розробка заходів для підвищення рівня народжуваності;</li> <li>- збільшення звернень до амбулаторії;</li> <li>- рівень доступності медичної допомоги;</li> <li>- епідеміологічний стан та ризик виникнення пандемії (COVID-19);</li> <li>- воєнні дії в країні</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- реалізація державної політики у галузі науково-технічного прогресу;</li> <li>- розробка та впровадження телемедицини;</li> <li>- створення єдиної електронної медичної інформаційної системи;</li> <li>- рівень дефіциту медичних виробів;</li> <li>- швидкість оновлення комп'ютерного обладнання та програмного забезпечення;</li> <li>- відсутність можливості підключення до Інтернету та застосування інших видів зв'язку;</li> <li>- відсутність комп'ютерної грамотності.</li> </ul>

PEST – аналіз дає уявлення на основі узагальнюючого аналізу зовнішньої середовища, де функціонує медична організація. Він дає можливість розглянути основні складові чотирьох груп зовнішніх чинників району: економічних, політико-правових, техніко-технологічних та соціальних.

Тобто PEST – аналіз дозволив дійти висновку, що Піщанській лабораторії в сучасних умовах слід активно сприяти впровадженню в діяльність результати науково – технічного прогресу, а саме впроваджувати можливість використання телемедицини.

## **Висновки до розділу 2**

Після написання другого розділу зроблено наступні висновки:

1. Правові відносини, які виникають у сфері охорони здоров'я, є багатогранними, які пов'язані з різною структурою законодавства та нормами права: адміністративне право, цивільне право, трудове право, кримінальне право. Правове регулювання у цій сфері суспільних відносин включає норми: які встановлюють загальні гарантії права на охорону здоров'я та медичну допомогу; закріплюють систему та правові статуси медичних організацій; встановлюють принципи охорони здоров'я; визначальні юридичні поняття та регламентують медичну діяльність.

2. В роботі проведено аналіз сфери охорони здоров'я в Україні. В ході якого зроблено наступні висновки. Нині спостерігається погіршення демографічної ситуації в країні, що пов'язано із агресією з боку Росії. Чисельність наявного населення в Україні, за оцінкою, на 1 січня 2022р. становила 41167,3 тис. осіб.

Як свідчать проведений аналіз кількість медичних закладів за період дослідження має тенденцію до зниження на 29,4 %. Окрім того спостерігається зниження лікарняних ліжок на 22,2 % , кількості лікарів і середнього медичного персоналу на 23 % та 28,9 % відповідно. Таке скорочення

пов'язуємо із активним впровадженням реформи у сфері охорони здоров'я, яка проводилась в Україні. Щодо структури причин за смертності, у 2021 р. найбільше смертей спричиняли хвороби системи кровообігу (60,1%), COVID – (12,2 %), розвиток новоутворень (10,4%), зовнішні причини (5,2%) та органів дихання (3,7%), інші причини (4,03%).

3. Вважаємо за необхідне посилити державне управління медичною системою країни з метою: формування та реалізації цільових профілактичних програм за підтримки уряду, неурядових організацій, приватного сектору та громадян країни; переорієнтація системи охорони здоров'я на визначення груп ризику, своєчасне виявлення хронічних захворювань та станів, а також постійний контроль їх розвитку; запровадження обов'язкового профілактичного огляду працездатного населення із залученням інституту сімейного лікаря, діагностичних центрів та соціальних служб задля попередження основних класів захворювань; підвищення якості надання медичних послуг на ринкових засадах.

4. Дослідження проводилось на базі Піщанської амбулаторії загальної практики – сімейної медицини, яка знаходиться на території Піщанської сільської об'єднаної територіальної громади. Медичну допомогу мешканцям Піщанської ОТГ надають комунальні заклади: 4 амбулаторії загальної практики сімейної медицини, 5 ФАПів, які з 1 січня 2019 року було передано у власність територіальної громади, та один пункт постійного базування швидкої допомоги.

5. Визначено, що головною метою діяльності Піщанської амбулаторії загальної практики – сімейної медицини є покращення стану здоров'я населення, у першу чергу за рахунок зниження захворюваності та смертності від серцево-судинних захворювань, онкологічної патології та інших соціально обумовлених недуг, збереження репродуктивного здоров'я, оптимізація мережі лікувально-профілактичних закладів з метою забезпечення відповідного доступу населення до медичних послуг усіх рівнів надання медичної допомоги.

6. Проведений SWOT-аналіз управління амбулаторії, який дозволив визначити сильні та слабкі сторони управління медичною установою, можливості та загрози. Окрім того, проведено PEST аналіз, який дозволив встановити, що Піщанській лабораторії в сучасних умовах слід активно сприяти впровадженню в діяльність результати науково – технічного прогресу, а саме впроваджувати можливість використання телемедицини.

## РОЗДІЛ 3

### НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### **3.1. Формування системи менеджменту якості як основа ефективного управління закладом сфери охорони здоров'я**

Охорона здоров'я є одним із найважливіших сфер соціальної політики всього світового співтовариства. Нині у галузі охорони здоров'я йде постійний пошук інноваційних рішень, як у галузі управлінських методів так і у сфері пошуку нових технологій. Проте, водночас проблема забезпечення якості медичної допомоги так само залишається однією з основних проблем сучасної охорони здоров'я. Це звучить досить парадоксально, оскільки за специфікою проблем медична сфера повинна бути особливо уважна до якості своєї роботи і навіть подавати приклад іншим галузям. Таким чином, головним завданням медичної галузі є подолання управлінського відставання та активне освоєння досвіду інших галузей, формуючи при цьому власну методологію управління, властиву специфіці охорони здоров'я.

Проблема якості медичної допомоги нині розглядається як комплекс різних проблем. Для вирішення таких проблем необхідне проведення великої кількості заходів, наприклад, у системі медичної освіти, державного регулювання, розробки та впровадження нових технологій тощо. Але разом з такими заходами слід виділити внутрішньо-організаційне управління медичною установою.

Як відомо, якість медичного обслуговування залежить від організованих та скоординованих дій, які постійно аналізуються та контролюються. У сучасних економічних умовах стає доцільним впровадження нових форм управління у вітчизняну сферу охорони здоров'я, які гарантували б максимальну ефективність діяльності лікувально-профілактичних установ за мінімальних витрат та високої якості надання

медичної допомоги. Як відомо, в Україні проблема забезпечення якості медичної допомоги в основному вирішується через контроль та оцінку якості. Це підтверджується наявністю величезної кількості наукових досліджень та публікацій з цієї теми, а також практичними застосуваннями.

Разом з тим, як свідчить зарубіжний та вітчизняний досвід, якість не виникає в процесі контролю, а планується і створюється на кожному етапі надання медичної послуги. Ця концепція передбачає діяльність, яка направлена на вдосконалення процесів, в яких якість необхідного рівня досягається на кожному етапі створення медичної послуги. Таким чином, виходить, що контроль та оцінка якості є лише окремою ланкою в цілому комплексі елементів [5, 9,10,56].

Крім того, система управління якістю все частіше розглядається як підсистема, а не як цілісна система управління медичною організацією, функціонування якої спрямоване на підвищення задоволеності споживачів, результативності технологічних процесів та всієї різноманітної діяльності медичної організації.

Під час вирішення проблем, що виникли в процесі функціонування організації охорони здоров'я, має призвести до підвищення якості та доступності медичних послуг. Необхідно створити однакову систему управління закладами охорони здоров'я, за допомогою якої підвищуватиметься якість медичної допомоги та ефективність їх діяльності.

У сучасних економічних умовах виникає необхідність розгляду управління якістю медичної допомоги у таких аспектах:

- стандартизація та оптимізація вибору медичних технологій;
- використання інноваційних форм та методів інформатизації та організації;
- Підвищення технологічності всіх процесів надання медичної допомоги.

Дослідження щодо вивчення існуючої системи управління може складатися з таких основних етапів.

Перший етап включає в себе аналіз існуючої системи управління процесом надання медичних послуг.

На другому етапі надаються рекомендації щодо удосконалення існуючої системи управління.

Нами було проведено дослідження існуючої системи управління медичного закладу, в ході якого встановлено наступні проблеми (рис. 3.1.).

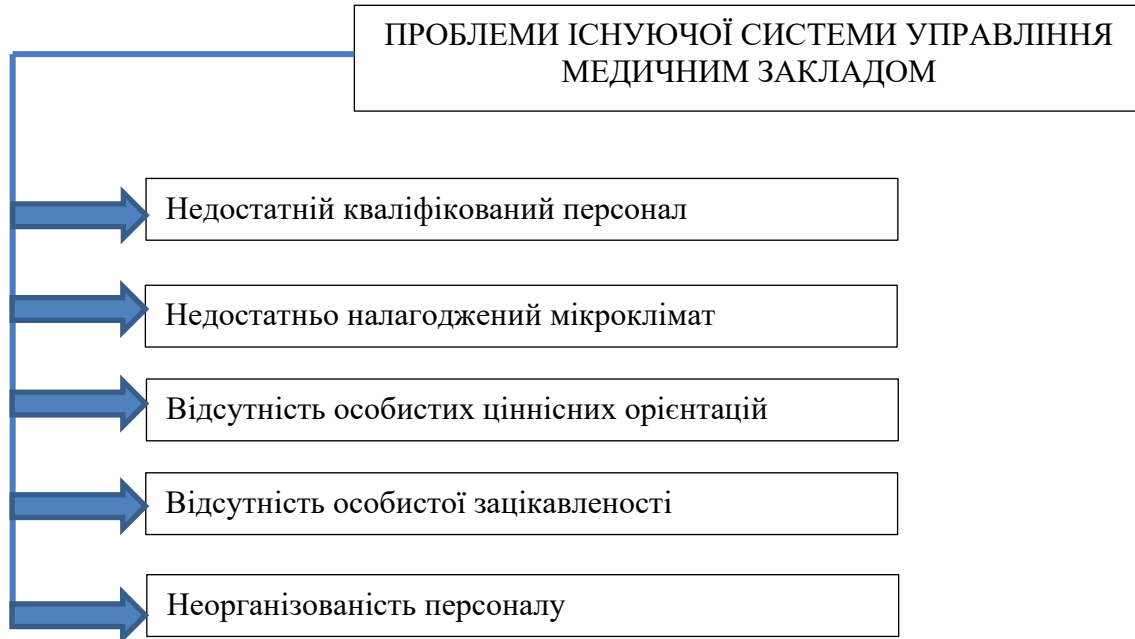


Рис. 3.1. Проблеми існуючої системи управління медичним закладом

Для вирішення виявлених проблем необхідно взяти до уваги один із принципів загального управління на основі якості (TQM) – принцип залучення персоналу. Керівництву було надано рекомендацію скласти план розвитку персоналу у сферах освіти, професійної підготовки, навчання необхідним навичкам та здобуття досвіду, можливо, при програмах обміну з іншими організаціями.

Система TQM – це комплексна система, завдання якої акцентовано на постійному поліпшенні якості, мінімізацію витрат та на поставки у строк. Філософія TQM полягає в принципі «поліпшенню немає межі». До якості функціонує цільова установка «прагнення до 0 дефекту», до витрат – «0 невиробничих витрат», до постачання – «точно вчасно» мається на увазі, що



досягти таких результатів неможливо, але цього потрібно постійно прагнути і не зупинятись на досягнутих результатах.

У системі TQM головною метою є використання колективних форм та методів пошуку, аналізу та вирішення проблем, постійна увага всього колективу у покращення якості.

Необхідно розглянути основні напрямки покращення роботи медичних установ з управління якістю, які є основною частиною планів діяльності всіх організацій галузі охорони здоров'я.

До цих напрямів відносяться:

1) Збільшення зацікавленості менеджерів вищої ланки медичної установи у покращенні його роботи. Для успішного початку процесу необхідно переконатись у впевненості вищого керівництва медичної організації в тому, що воно здатне зробити і досягти набагато більше, ніж попередні успіхи. Процес поліпшення якості починається з вищого керівництва, розвивається стільки скільки проявляється зацікавленість процесом іншими співробітниками і припиняється у зв'язку зниження інтересу з боку вищого керівництва.

2) Розуміння необхідності колегіального прийняття рішень щодо покращення діяльності. Для цього принципу колегіального прийняття рішень необхідно створити комісію з поліпшення діяльності. До складу комісії мають входити представники вищого керівництва, керівники підрозділів, служб, лікарів та іншого персоналу. Основними завданнями комісії мають бути вивчення процесу вдосконалення діяльності та її адаптація до умов лікувального закладу. Як показує практика універсальних рекомендацій щодо вдосконалення якості медичних організацій та навіть конкретного медичного закладу не існує. Ця комісія з покращення роботи є розробником процесу покращення діяльності. Також займається підготовкою медичних організацій до впровадження заходів щодо покращення та координує діяльність з реалізації цього проекту.

3) Залучення до процесу удосконалення всього складу керівництва. За провадження процесу покращення діяльності несе відповідальність весь керівний склад медичного закладу. Від кожної ланки керівництва вищої чи середньої потрібно активної продуктивної участі. Кожному керівнику необхідно пройти спеціальну підготовку для вивчення нових вимог до стандартам діяльності та ознайомлення з інформацією про існуючі методи покращення діяльності.

4) Участь лікарів та іншого персоналу в процесі впровадження заходів щодо покращення діяльності. Коли все керівництво медичної установи залучено до процесу покращення діяльності, необхідно залучати до цього процесу лікарів медичних сестер та іншого медичного персоналу лікувального закладу. Це обов'язок керівника кожного окремого підрозділу, якому необхідно створити групу з поліпшення роботи у складі свого підрозділу. Завідувач відділення несе відповідальність за організацію навчання групи, тим методам покращення роботи, які сам вивчив. Основою метою групи щодо поліпшення роботи є оцінка результатів діяльності свого підрозділу та безперервне вдосконалення діяльності.

5) Заохочення індивідуальної участі. При колективних діях, які несуть величезний внесок, необхідно приділяти увагу кожному окремо взятому члену колективу. Доцільно розробити систему заходів щодо заохочення та оцінювання результатів вкладу, який вносить кожен співробітник підвищення ефективності та якості роботи медичного закладу.

6) Формування групи щодо вдосконалення системи управління процесами. У будь-якій медичній установі є повторювані дії процесу управління, яким відбувається за допомогою тих самих методів, що застосовуються при управлінні звичайними технологічними процесами. Для ефективного вдосконалення системи управління процесами необхідно створити схему послідовності операції, організувати контроль виконання та забезпечити зворотний зв'язок. За здійснення кожного процесу надання медичної послуги та успішну діяльність, навіть якщо процес охоплює кілька

дільниць або різних функціональних підрозділів, за це відповідає одна посадова особа. Група повинна складатися із представників кожного підрозділу, який бере участь у процесі. За такої організації роботи можливо ефективно забезпечити взаємодію підрозділів та виключити негативне вплив, у разі якщо вдосконаленню піддається частина процесу.

7) Залучення постачальників. У сучасних економічних умовах усі медичні організації залежать від постачальників. Без співробітництва постачальників неможливо здійснити жоден успішний процес покращення діяльності лікувального закладу.

8) Забезпечення якості функціонування систем управління медичною організацією. Останнім часом у медичних закладах охорони здоров'я створено безліч підрозділів, що займаються вимірюванням показників якості та складанням звітів про рівень забезпечення якості у процесі надання медичні послуги. Головним завданням цих підрозділів є виявлення проблем та виправлення помилок. Цей підхід дозволяє формувати систему управління «за відхиленнями» та реагувати на скоєні помилки.

9) Розробка стратегії та тактики поліпшення діяльності. Для підвищення якості медичних послуг, установ охорони здоров'я необхідно розробити довгострокову стратегію. Довести до всіх керівників різних рівнів стратегію і переконати в тому, що кожен керівник здатний використати її для розробки короткострокових планів, що сприяють досягненню стратегічних цілей. Короткострокові плани включені до річного плану реалізації загальної стратегії.

10) Створення системи заохочення та визнання заслуг. У процесі покращення діяльності необхідно кардинально змінити ставлення до помилок. Зміни відносини можливі лише двома методами:

- застосовувати заходи стягнення до кожного, хто допустив помилки в ході виконання своїх обов'язків;

- заохочувати окремих співробітників чи колектив їли вчасно та якісно виконали поставлені ним завдання чи за значний внесок у процесі покращення діяльності

Для методу TQM зростає необхідність навчання персоналу. Для успішної реалізації методу у вітчизняній сфері охорони здоров'я лікарям потрібно зайняти в ньому центральне місце. Для успішних перетворень лікарям необхідно ухвалити суть нових вимог. Ці нові знання не викладаються у медичних навчальних закладах. Нині ці знання необхідні роботи у сучасній системі охорони здоров'я та мають увійти до арсеналу лікаря.

Отже, запропонуємо наступну концептуальну модель управління охороною здоров'я, в основу якої покладено людино центричний та інноваційний підходи розвитку охорони здоров'я (Додаток А).

### **3.2. Напрями поліпшення якості охорони здоров'я**

Підвищення ефективності діяльності є основою успішного функціонування кожного суб'єкта господарювання. Будь-якому керівнику для адекватного планування діяльності організації необхідно проводити аналіз та оцінку її головних результатів. Під результатами організації розуміються підсумки діяльності підрозділів, ресурсів, бізнес-процесів та/або організації загалом. Результати оцінюються за допомогою показників діяльності організації.

Економічна ефективність – співвідношення отриманих результатів із витраченими з їхньої досягнення ресурсами. Показник організації – характеристика результату, що у числової формі. Показники можуть бути абсолютними та відносними. Як результат може виступати будь-який показник, що відображає як загальні підсумки роботи медичної організації, і окремих підрозділів, співробітників, ресурсів, бізнес-процесів. Наприклад, дохід від реалізації, обсяг виробленої продукції, кількість нових клієнтів та/або постійних клієнтів, кількість проведених рекламних кампаній,

складський обіг тощо. Витрачені ресурси також повинні бути представлені у вигляді показників як загальних, так і приватних, що вимірюються як у натуральних, так і вартісних одиницях. Це може бути, наприклад, фонд оплати праці персоналу, чисельність працівників, собівартість продукції, рекламний бюджет, кількість транспортних засобів, вартість транспортних засобів, розміри основного та оборотного капіталу тощо.

Чинники, що впливають ефективність медичної організації, діляться на дві групи – екстенсивні і інтенсивні. До екстенсивних (кількісних) відносяться фактори, що відображають обсяг використовуваних ресурсів для медичної організації та реалізації продукції, включаючи їх використання за часом. Наприклад, збільшення чисельності працівників, зростання вартості основного капіталу, збільшення тривалості робочого дня, зниження витрат матеріалів на шлюб та втрат через відходи. До інтенсивних (якісних) відносяться фактори, які характеризують ефективність використання ресурсів (підвищення продуктивності обладнання та кваліфікації працівників, впровадження прогресивних технологій та технічних засобів медичної організації та реалізації) і т.д.)

Ефективність медичної організації може розглядатися у двох аспектах:

1. Внутрішня ефективність – економічно обґрунтована та раціональна організація праці медичного персоналу, реалізація нормативів у забезпеченні медичної допомоги, достатня фондоозброєність та фондоснащеність, раціональна експлуатація матеріально-технічної бази, раціональне використання фінансових та кадрових ресурсів та ін. 2. Зовнішня ефективність – позитивний вплив системи охорони здоров'я на суспільне відтворення: відтворення робочої сили, суспільного продукту, суспільних відносин»

2 . Розрахунок показників ефективності охорони здоров'я провадиться за такими напрямками:

- за ефективністю на макрорівні: медична, соціальна, економічна;
- за рівнем: рівень роботи лікаря, рівень підрозділів, рівень медичної установи, рівень галузі охорони здоров'я, рівень народного господарства;

- за етапами та розділами роботи: попередження захворювання; лікування захворювання; реабілітації;
- за обсягом роботи: ефективність лікувально-профілактичних заходів; ефективність медико-соціальних заходів;
- за способом вимірювання результатів: через зниження втрат ресурсів; через економію ресурсів; через додатково отриманий результат; інтегрований показник, що враховує всі результати;
- за витратами: за витратами суспільної праці; сумарний показник за витратами живого та громадського праці;
- за формою показників: нормативні показники здоров'я населення; показники трудових витрат; самостійні показники

Медична ефективність – це ступінь досягнення медичних результатів у галузі профілактики, діагностики, лікування, реабілітації. ВООЗ розглядає медичну ефективність як один із аспектів якості медичного обслуговування поряд з адекватністю, економічним та науково-технічним рівнем.

Соціальна ефективність – це рівень досягнення соціального результату. Вона безпосередньо пов'язана з медичною ефективністю.

Критеріями соціальної ефективності є основні показники громадського здоров'я – народжуваність, смертність, природний приріст населення та ін.. Одним із основних критеріїв соціальної ефективності є показник доступності медичної допомоги. Спільним індикатором соціальної ефективності медичної організації є індекс задоволення населення діяльністю медичної організації. Економічна ефективність – це той позитивний внесок, який робить охорону здоров'я у зростання національного доходу шляхом поліпшення здоров'я населення та збільшення тривалості життя.

Економічна ефективність виражається ступенем впливу на збереження та поліпшення здоров'я населення, підвищенням продуктивності праці, у запобіганні видаткам на охорону здоров'я, витрат із соціального страхування та соціального забезпечення; в економії витрат у галузях матеріального виробництва та невиробничої сфери; в збільшенні національного доходу.

Таблиця 3.1

## Напрями підвищення ефективності медичної установи

<p>– вивчення ринку послуг профілактичних послуг та аналіз їх конкурентоспроможності;</p> <p>- проведення соціологічного опитування населення, прогнозування купівельної активності споживачів профілактичних послуг;</p> <p>- проведення аналізу виконуваних профілактичних послуг та оцінка потенціалу ресурсів медичного центру;</p> <p>– затвердження комплексних програм профілактики та оздоровчих процедур.</p>	<p>– розміщення інформації на офіційному сайті установи про переліку доступних та актуальних профілактичних заходів та оздоровчих послуг;</p> <p>- зниження витрат за рахунок скорочення невиробничих витрат та оптимізації організаційної структури центру;</p> <p>- збільшення рентабельності за рахунок підвищення норм прибутку;</p> <p>– інтенсифікація процесу надання профілактичних та оздоровчих послуг</p>
<p>розширення клієнтської бази та дослідження ринку послуг</p>	<p>оптимізація процесів ресурсоспоживання</p>
<p>Підвищення якості послуг та продуктивності роботи</p>	<p>удосконалення системи мотивації та забезпечення підвищення рівня кваліфікації персоналу</p>
<p>Отримання ліцензії на реабілітацію, навчання фахівців;</p> <p>– внесення змін до чинного переліку платних профілактичних, оздоровчих та лікувально-діагностичних послуг;</p> <p>– розрахунок вартості детальних та комплексних профілактичних, оздоровчих та лікувально-діагностичних послуг;</p> <p>– затвердження цін на платні медичні послуги, що надаються понад встановлене завдання;</p> <p>- оптимізація бізнес-процесів за рахунок використання АІС.</p>	<p>– реалізація стимулюючої системи оплати праці медичних працівників, що базується на результатах роботи в рамках надання платних послуг – своєчасне та інформативне розміщення на офіційному сайті про вільні вакансії, вимоги та оплату праці;</p> <p>– стимулювання підвищення кваліфікації медичних працівників, перепідготовки та своєчасної атестації;</p> <p>– співпраця з освітніми медичними установами регіону, участь головного лікаря у ярмарках вакансій.</p>

Економічна ефективність - це співвідношення економічної вигоди, отриманої в результаті впровадження будь-яких лікувально-профілактичних заходів, та витрат на ці заходи.

Ефективність охорони здоров'я, його служб та окремих заходів вимірюється сукупністю критеріїв та показників, кожен із яких характеризує будь-яку сторону медичної діяльності. Результативність показників обумовлена формуванням та досягненням критеріїв та показників високотехнологічних, лікувальних, протиепідемічних послуг. Головним напрямом підвищення ефективності медичної організації, як і раніше, залишається підвищення якості та доступності медичної допомоги для населення.

Зазначимо, що при розгляді сучасного стану медичної науки в Україні виявляється її слабе кадрове забезпечення, розмитість пріоритетів, низький інвестиційний потенціал, поганий зв'язок з державними замовниками; слабка система впровадження наукових результатів у практичну охорону здоров'я. Все це суттєво стримує модернізацію закладів охорони здоров'я.

### **3.3. Формування механізму управління закладом сфери охорони здоров'я в умовах цифровізації**

За останні кілька десятиліть потреба в цифровізації сфери послуг охорони здоров'я надзвичайно зростає. Наявність системи, яка не тільки дозволить, але й покращить адміністративні та клінічні операції в галузі медицини, є обов'язковою.

Система управління охороною здоров'я - це комплексна програмна система, яка надає експертні рішення, автоматизує щоденні операції, керує документацією, інвентарем і рахунками та в цілому знімає важку вагу з плечей клініцистів. Все більше й більше таких програмних інструментів з'являється в закладах охорони здоров'я по всьому світу, покращуючи якість послуг, що надаються, і роблячи світ більш цифровим і структурованим.



По суті, система управління охороною здоров'я - це хмарна веб-система управління медициною, яка реєструє та об'єднує дані з кожного окремого відділу для автоматизації всіх внутрішніх дій. Програмне забезпечення системи управління охороною здоров'я має на меті охопити широкий спектр завдань: від оптимізації робочого процесу для медиків до забезпечення високого рівня обслуговування пацієнтів і всього між ними, наприклад, скорочення адміністративних витрат і зменшення кількості помилок. HMS об'єднує клініцистів, пацієнтів, медичне приладдя, дані результатів лабораторних досліджень, страхування, медичні рахунки, призначення лікаря та звіти [13].

Сфера охорони здоров'я за умов цифрової економіки будується як багаторівнева функціональна система, що має єдиний координуючий орган на державному рівні, що ґрунтується на єдиних методологічних підходи, медичні та технічні стандарти та протоколи. В практичній діяльності підприємств галузі охорони здоров'я з метою оптимізації процесів створюються та впроваджуються алгоритми, новий софт. Все це допомагає досягти більш ефективного управління послугами охорони здоров'я.

Реалізація єдиної системи надання послуг охорони здоров'я, що надаються в умовах цифрової економіки, дозволить вирішити такі основні завдання.

1. Забезпечити доступність послуг охорони здоров'я на місцевому рівні, зокрема числі у віддалених (малонаселених) районах, у надзвичайних (екстремальних) умовах за гарантованого дотримання прав одержувачів послуг.

2. Розширити гарантований обсяг послуг охорони здоров'я, які надаються безкоштовно та можливість надання додаткових послуг, виробити єдиний стандарт надання послуг.

3. Підвищити рівень та забезпечення кваліфікованими спеціалістами та їх постійного самовдосконалення.

4. Створити законодавчі, організаційні та економічні механізми

впровадження доступних, ефективних методів надання послуг охорони здоров'я та освіти у сферу охорони здоров'я.

5. Зміцнити організаційно-функціональні зв'язки у сфері охорони здоров'я України, прискорити взаємодію з питань охорони здоров'я громадян із державами далекого та ближнього зарубіжжя

Основою підвищення ефективного управління галуззю охорони здоров'я є створення системи охорони здоров'я, яка надає послуги в умовах цифрової економіки [40].

Інформаційне та телекомунікаційне забезпечення продуцентів послуг у сфері охорони здоров'я передбачає інформаційну взаємодію медичних та рятувальних служб різної відомчої підпорядкованості.

Організаційною структурою є ієрархія телемедичних центрів, які функціонують самостійно або у складі продуцентів послуг.

Вимогам доступності послуг та їх якості відповідають інформаційні та комунікаційні технології Основний наголос робиться на наданні планових та екстрених телемедичних консультацій.

Впровадження цифрових технологій передбачає створення віртуального інформаційного простору для активної взаємодії продуцентів охорони здоров'я різної підпорядкованості. Внаслідок організації мережі Телемедичних центрів з'явилася можливість надавати послуги з охорони здоров'я в умовах цифрової економіки шляхом модернізації чинного апаратно-програмного інструментарію. На основі вищевикладеного розроблено модель забезпечення одержувачів послуг, які мешкають на віддалених (важкодоступних) територіях. (рис. 3.2).

Дана модель дозволяє надавати послуги з охорони здоров'я з урахуванням консультування «Спеціаліст» – «Спеціаліст-консультант». Вказана модель забезпечення одержувачів послуг, які проживають на відокремлених та важкодоступних територіях, складається з трьох компонентів: телеконсультаційного, експертного, освітнього.

Використання телекомунікаційних технологій розширює та забезпечує нові можливості надання послуг охорони здоров'я, особливо важливо для надання послуг окремим одержувачам послуг – соціальним групам, представники яких зазнають труднощів при пересуванні (інваліди та люди похилого віку).

Переваги послуг охорони здоров'я, які надаються в умовах цифрової економіки, полягають у наступному:

- скорочення термінів та підвищення якості наданих послуг;
- соціальна та економічна ефективність.



Рис 3.2. Модель забезпечення отримувачів послуг, які проживають на віддалених територіях

Метою надання послуг з охорони здоров'я в умовах цифрової економіки є відновлення вертикалі консультаційного обслуговування та забезпечення

кваліфікованої та спеціалізованої консультаційної послуги всіх груп населення незалежно від їхнього територіального розташування, масштабне використання хмарних технологій та можливостей мережі - Інтернету.

Послуга охорони здоров'я у вигляді консультації, що спирається на досягнення науки та телемедицинські технології, включає:

- телемедицинські консультації щодо діагностики захворювань;
- телемедицинські консультації з метою уточнення діагнозу;
- телемедицинські консультації щодо тактики лікування;
- телемедицинські консультації щодо оцінки поточного стану отримувача послуги з метою уточнення методу лікування;
- телемедицинські консультації при направленні на операцію та рекомендації щодо методики проведення хірургічного втручання;
- телемедицинські консультації після хірургічного втручання.

Послуги охорони здоров'я, надані за допомогою інформаційних та комунікаційних технологій, дозволяють: сформувати систему комплексної оцінки професійних знань та результатів діяльності фахівця продуцента послуг з охорони здоров'я; організувати моніторинг дефектів надання послуг охорони здоров'я; скласти дистанційну або очну програму підвищення кваліфікації спеціаліста з моніторингом його компетентності керівництвом продуцента послуг охорони здоров'я.

Надання послуг з охорони здоров'я в умовах цифрової економіки дозволить: підвищити якість надання послуг охорони здоров'я шляхом програмування корекції професійної компетентності фахівців у процесі їх діяльності; отримати незалежну професійну оцінку компетентності спеціалістів з урахуванням вимог чинного законодавства

Новизна моделі надання послуг охорони здоров'я за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій полягає в наступному:

- модель заснована на формуванні особистої потреби фахівця у всебічний розвиток своєї компетентності для надання якісних послуг охорони здоров'я та кар'єрного зростання;

- можливості моніторингу підвищення професійної компетентності спеціаліста керівництвом продуцента послуг у сфері охорони здоров'я;
- попередження професійних помилок у роботі фахівця за рахунок систематичного контакту зі спеціалістами – консультантами обласних організацій охорони здоров'я, а також професорсько-викладацького складу ЗВО.

### **Висновки до розділу 3**

В ході написання третього розділу зроблено наступні висновки.

1. Проблема якості медичної допомоги нині розглядається як комплекс різних проблем. Для вирішення таких проблем необхідне проведення великої кількості заходів, наприклад, у системі медичної освіти, державного регулювання, розробки та впровадження нових технологій тощо. Так з метою удосконалення існуючої системи управління в Амбулаторії було запропоновано використовувати один із принципів загального управління на основі якості (TQM) – принцип залучення персоналу. Керівництву було надано рекомендацію скласти план розвитку персоналу у сферах освіти, професійної підготовки, навчання необхідним навичкам та здобуття досвіду, можливо, при програмах обміну з іншими організаціями.

2. Запропоновано концептуальну модель управління охороною здоров'я, в основу якої покладено людино центричний та інноваційний підходи розвитку охорони здоров'я

3. Зазначено, що впровадження цифрових технологій передбачає створення віртуального інформаційного простору для активної взаємодії продуцентів охорони здоров'я різної підпорядкованості. Розроблено модель забезпечення одержувачів послуг сфери охорони здоров'я, які мешкають на віддалених (важкодоступних) територіях. Дана модель дозволяє надавати послуги з охорони здоров'я з урахуванням консультування «Спеціаліст» – «Спеціаліст-консультант». Метою надання послуг з охорони здоров'я в умовах

цифрової економіки є відновлення вертикалі консультаційного обслуговування та забезпечення кваліфікованої та спеціалізованої консультаційної послуги всіх груп населення незалежно від їхнього територіального розташування, масштабне використання хмарних технологій та можливостей мережі - Інтернету.

## ВИСНОВКИ

Отже, в ході написання кваліфікаційної роботи встановлено, що в управлінні закладами сфери охорони здоров'я з'явилися нові тенденції та можливості. Проведена реформа вивела медичні заклади на новий рівень реалізації можливостей та подальшого їх розвитку. Зокрема, основними висновками є наступні.

1. Державне управління охорони здоров'я – це цілеспрямована та безперервна діяльність органу державної влади, яка спрямована на забезпечення всіх верств громадян безоплатною, якісною та високотехнологічною медичною допомогою. Основними методами управління закладами охорони здоров'я є: економічні, організаційно-розпорядчі, соціально-психологічні, адміністративні.

2. Вивчення міжнародного досвіду управління закладами у сфері охорони здоров'я дозволив визначити найбільш ймовірні тенденції розвитку в галузі управління охороною здоров'я, а саме: перехід від програм медичної додаткової професійної освіти з громадського здоров'я та охорони здоров'я до програм, які базуються на менеджменті; зростання кількості учнів із базовою немедичною освітою та кількістю програм підготовки з управління охорони здоров'я в економічних освітніх установах; збільшення кількості недержавних консалтингових та навчальних центрів, які пропонують менеджерам охорони здоров'я послуги у галузі підвищення кваліфікації та професійного консультування.

3. Правові відносини, які виникають у сфері охорони здоров'я, є багатогранними та пов'язані з різною структурою законодавства та нормами права: адміністративне право, цивільне право, трудове право, кримінальне право. Правове регулювання у цій сфері суспільних відносин включає норми, які: встановлюють загальні гарантії права на охорону здоров'я та медичну допомогу; закріплюють систему та правові статуси медичних організацій;

встановлюють принципи охорони здоров'я та визначальні юридичні поняття; регламентують медичну діяльність.

4. Проведений аналіз сфери охорони здоров'я в Україні дозволив встановити, що нині спостерігається погіршення демографічної ситуації в країні. Така ситуація пов'язана із агресією з боку Росії. Чисельність наявного населення в Україні, за оцінкою, на 1 січня 2022р. становила 41167,3 тис. осіб. Як свідчать проведений аналіз кількість медичних закладів за період дослідження має тенденцію до зниження на 29,4 %. Окрім того спостерігається зниження лікарняних ліжок на 22,2 % , кількості лікарів і середнього медичного персоналу на 23 % та 28,9 % відповідно. Таке скорочення пов'язуємо із активним впровадженням реформи у сфері охорони здоров'я, яка проводилась в Україні. Щодо структури причин за смертності, у 2021 р. найбільше смертей спричиняли хвороби системи кровообігу (60,1%), COVID – (12,2 %), розвиток новоутворень (10,4%), зовнішні причини (5,2%) та органів дихання (3,7%), інші причини (4,03%).

5. Дослідження проводилось на базі Піщанської амбулаторії загальної практики – сімейної медицини, яка знаходиться на території Піщанської сільської об'єднаної територіальної громади. Медичну допомогу мешканцям Піщанської ОТГ надають комунальні заклади: 4 амбулаторії загальної практики сімейної медицини, 5 ФАПів, які з 1 січня 2019 року було передано у власність територіальної громади, та один пункт постійного базування швидкої допомоги. Визначено, що головною метою діяльності Піщанської амбулаторії загальної практики – сімейної медицини є покращення стану здоров'я населення, у першу чергу за рахунок зниження захворюваності та смертності від серцево-судинних захворювань, онкологічної патології та інших соціально обумовлених недуг, збереження репродуктивного здоров'я, оптимізація мережі лікувально-профілактичних закладів з метою забезпечення відповідного доступу населення до медичних послуг усіх рівнів надання медичної допомоги. Проведений SWOT-аналіз управління амбулаторії, який дозволив визначити сильні та слабкі сторони управління медичною



установою, можливості та загрози. Окрім того, проведено PEST аналіз, який дозволив встановити, що Піщанській лабораторії в сучасних умовах слід активно сприяти впровадженню в діяльність результати науково – технічного прогресу, а саме впроваджувати можливість використання телемедицини.

6. Проблема якості медичної допомоги нині розглядається як комплекс різних проблем. Для вирішення таких проблем необхідне проведення великої кількості заходів, наприклад, у системі медичної освіти, державного регулювання, розробки та впровадження нових технологій тощо. Так з метою удосконалення існуючої системи управління в Піщанській амбулаторії було запропоновано використовувати один із принципів загального управління на основі якості (TQM) – принцип залучення персоналу. Керівництву було надано рекомендацію скласти план розвитку персоналу у сферах освіти, професійної підготовки, навчання необхідним навичкам та здобуття досвіду, можливо, при програмах обміну з іншими організаціями. Запропоновано концептуальну модель управління охороною здоров'я, в основу якої покладено людино центричний та інноваційний підходи розвитку охорони здоров'я

7. Зазначено, що впровадження цифрових технологій передбачає створення віртуального інформаційного простору для активної взаємодії продуцентів охорони здоров'я різної підпорядкованості. Розроблено модель забезпечення одержувачів послуг сфери охорони здоров'я, які мешкають на віддалених (важкодоступних) територіях. Дана модель дозволяє надавати послуги з охорони здоров'я з урахуванням консультування «Спеціаліст» – «Спеціаліст-консультант». Метою надання послуг з охорони здоров'я в умовах цифрової економіки є відновлення вертикалі консультаційного обслуговування та забезпечення кваліфікованої та спеціалізованої консультаційної послуги всіх груп населення незалежно від їхнього територіального розташування, масштабне використання хмарних технологій та можливостей мережі - Інтернету.

8. Вважаємо за необхідне посилити державне управління медичною системою країни з метою: формування та реалізації цільових профілактичних програм за підтримки уряду, неурядових організацій, приватного сектору та громадян країни; переорієнтація системи охорони здоров'я на визначення груп ризику, своєчасне виявлення хронічних захворювань та станів, а також постійний контроль їх розвитку; запровадження обов'язкового профілактичного огляду працездатного населення із залученням інституту сімейного лікаря, діагностичних центрів та соціальних служб задля попередження основних класів захворювань; підвищення якості надання медичних послуг на ринкових засадах.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Н.В. Аналіз тенденцій розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Економіка та держава. 2009. № 8. С. 45–47.
2. Аніщенко М.А. Основні тенденції сучасного реформування законодавства України у сфері охорони здоров'я. Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. 2020. Т 13. № 2(33). С 278-287
3. Аніщенко М. А. Перспективний розвиток правової освіти у сфері охорони здоров'я як гарантія реалізації медичної реформи в Україні. Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. 2019. Т. 12. № 1. С. 67-73. URL: <https://doi.org/10.14739/2409-2932.2019.1.15913>
4. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: Навч. посібник. К.: Центр учбової літератури, 2008.640 с
5. Бортник Н.П. , Янчак Я.О. Зарубіжний досвід надання медичних послуг у країнах з різними моделями фінансування охорони здоров'я URL: file:///C:/Users/%D0%9D%D0%B0%D1%82%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D1%8F/Downloads/67-Article%20Text-129-1-10-20181217.pdf
6. Борщ В. І. Сучасна парадигма системи управління персоналом закладу охорони здоров'я. Економіка та управління національним господарством. 2019. № 1(69). 73-79
7. Гайдаш Д. С. Фінансування системи охорони здоров'я Польщі: досвід для України. Актуальні проблеми державного управління. 2015. № 1 (47). – С. 339–3
8. Гладун З.С. Державна політика охорони здоров'я населення : організаційно-правові проблеми формування і реалізація . Сучасне українське медичне право. Монографія; за заг ред. С.Г. Стеценка.К. Атіка, 2010. 256с.
9. Гомон Д.О. Зарубіжний досвід організації забезпечення охорони здоров'я. Науковий вісник Херсонського державного університету. 2016. Вип. 4. Т. 1. С. 123–126
10. Горін В. Фінансові аспекти реформування охорони здоров'я у

зарубіжних державах: висновки для України. Світ фінансів. 2014. № 1. С. 195–204.

11. Горин В. П. Формування фінансових ресурсів охорони здоров'я в контексті виконання критеріїв економічної безпеки. Наукові записки. Серія «Економіка». Острог: Вид-во НУ «Острозька академія», 2013. Вип. 23. С. 216–221..

12. Грабовський В. А., Клименко П.М. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. 2014. № 3. С. 136-142

13. Діджиталізація в Україні: електронне врядування та держпослуги. Ти#день. URL: <http://week.dp.gov.ua/osvitnia-prohrama/pislya91/digitalizaciya-v-ukraini>

14. 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. Київ-Львів: НАДУ, 2012. 240 с.

15. Деякі питання реалізації програми медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2020 рік : постанова Кабінету Міністрів України від 18.12.2018 № 1117. URL : [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1117-2018-%D0%BF\[8\]](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1117-2018-%D0%BF[8])

16. Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій: постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 410. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/410-2018-%D0%BF>

17. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 411. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%B>

18. Дмитрук О.В. Управління адаптацією персоналу закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання. URL: [http://www.http://pev.kpu.zp.ua/journals/2018/5\\_10\\_uk/33.pdf](http://www.http://pev.kpu.zp.ua/journals/2018/5_10_uk/33.pdf).

19. Долот В. Система охорони здоров'я в Україні: вибір національної

- моделі розвитку. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2013. № 2.  
URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=658>
20. Журавель В.І., Дейкун Н.П. Практика менеджменту в здравоохрані і його методичний інструментарій. Чернігів: Деснянська правда. 2016. 120с.
21. Ефективне управління медичними закладами. Можливості МІС.  
URL: <https://euromd.com.ua/post-8164-efektivne-upravlinnya-medichnimi-zakladami-mozhlivosti-mis>.
22. Іванчов, П. (2021). Стан охорони здоров'я в Україні: соціально-демографічний аспект. *Економіка та суспільство*, (24).  
<https://doi.org/10.32782/2524-0072/2021-24-52>
23. Конституція України: Закон України від 28 черв. 1996 р. № 254к/96-ВР. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>.
24. Концепція нової системи охорони здоров'я. URL: [http://moz.gov.ua/docfiles/Pro\\_20140527\\_0\\_dod.pdf](http://moz.gov.ua/docfiles/Pro_20140527_0_dod.pdf).
25. Корнійчук О. П. Трансформація системи охорони здоров'я України: стан та перспективи. Український медичний часопис. 2013. № 4. С. 20-26
26. Кузьменко О. В., Чорна В. Г. Актуальні проблеми отримання послуг в режимі діджиталізації в сфері обігу лікарських засобів. Київський часопис права. №2. С. 42–47.  
URL: <http://kyivchasprava.kneu.in.ua/index.php/kyivchasprava/article/view/22/20>
27. Логвиненко Б.О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика: автореф. дис. ... докт. юрид. наук: 12.00.07. Київ, 2018. 43 с
28. Мартинюк О.А., Курдибанська Н.Ф. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах. Причорноморські економічні студії. 2016. Вип. 6. С. 75-79
29. Маськевич Т. Реформування системи охорони здоров'я в Україні.

Центр досліджень соціальних комунікацій. URL:  
[http://nbuviap.gov.ua/index.php?option=com\\_content&view=article&id=752:reformuvannyasistemi-okhoroni-zdorov-ya&catid=8&Itemid=35](http://nbuviap.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=752:reformuvannyasistemi-okhoroni-zdorov-ya&catid=8&Itemid=35)

30. Матвіїв В. Аналіз надання медичних послуг населенню лікарями первинної медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я: регіональний рівень. Економічний простір. 2020. № 164. С.147-151

31. Мельник Л.А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здравооохоронної галузі. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2018. № 11. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1336>

32. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я. монографія. Тернопіль .2020.- 281с

33. Москаленко В. Ф. Нормативно-правова база – основа діяльності медичних установ і закладів. Законодавство України про охорону здоров'я. – Київ: Юрінком Інтер, 2000. – С. 96–106.

34. Музика І.С., Возняк Г.В. Система охорони здоров'я в умовах інституційних змін в Україні: фінансові аспекти. Світ фінансів. 2016. №1. С. 99–108.

35. Мукшименко Т.В. Захворюваність та смертність населення України: динаміка та регіональний аспект. Медсестринство. 2014. № 4. С. 23–28.

36. Муляр Г. Зарубіжний досвід функціонування системи охорони здоров'я в контексті забезпечення реалізації права на охорону здоров'я: DOI 10.33287/11206

37. Науковий Менеджмент в медицині. URL: <http://angio-veritas.com/innovatsiji/naukovo-innovatsijnyj-menedzhment>.

38. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>

39. Повернути втрачене. Чим Україні загрожує зменшення населення? URL:

[https://lb.ua/economics/2022/09/22/530166\\_povernuti\\_vtrachene\\_chim\\_ukraini.html](https://lb.ua/economics/2022/09/22/530166_povernuti_vtrachene_chim_ukraini.html)

40. Питання Міністерства цифрової трансформації: постанова Кабінету Міністрів України від 18 вересня 2019 р. № 856 Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/856-2019-п#Text>

41. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-1>

42. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : Закон України від 06.04.2017 № 2002-VIII URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-1>

43. Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я: наказ Міністерства охорони здоров'я України 19.10.2015 р. № 681. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15#Text>

44. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування в сільській місцевості: Закон України від 14 листопада 2017 р. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text>.

45. Про порядок контролю якості медичної допомоги: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 752. Міністерство охорони здоров'я України. Офіційний вісник України. 2012. № 94. Ст. 3830.

46. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листоп. 2016 р. № 1013-р. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-p>.

47. Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 11 вересня 2013 року № 795. Міністерство охорони здоров'я України. Офіційний вісник України. – 2013. – Ст. 2883.

48. Смирнов С. О., Бикова В.Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. Управління розвитком. 2016. № 3. С. 78–83.
49. Сокур Н.О. Напрями удосконалення державного управління у сфері охорони здоров'я. Розвиток форм і методів сучасного менеджменту в умовах глобалізації: Матеріали 10-ї Всеукраїнської наук.-практ. конф. – Дніпро, 8-9.11.2022: тези доповідей (Том 2). – Дніпро: Поліграфічний відділ ДДАЕУ, 2022.
50. Сокур Н.О. Теоретичні основи управління закладом сфери охорони здоров'я. Економіка, фінанси, облік і право: актуальні проблеми теорії та практики: збірник тез доповідей міжнародної науково-практичної конференції (Ізмаїл, 26 січня 2023 р.): у 2 ч. Ізмаїл: ЦФЕНД, 2023. Ч. 2. 55 с.
51. Статистичний щорічник України 2021 рік. Державна служба статистики України. За ред. І.Є. Вернера. 2022.447с.
52. Статистичний щорічник України 2020 рік. Державна служба статистики України. За ред. І.Є. Вернера. 2021.455с.
53. Статистичний щорічник України 2019 рік. Державна служба статистики України. За ред. І.Є. Вернера. 2020.465с.
54. Стеценко В.Ю. Організаційно-правове забезпечення медичного страхування у США URL: [http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis\\_nbuv/cgiirbis\\_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE\\_FILE\\_DOWNLOAD=1&Image\\_file\\_name=PDF/pp\\_2013\\_4\\_6.pdf](http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/pp_2013_4_6.pdf).
55. Стівен М. Шортел, Арнольд Д. Калюжний. Менеджмент в охороні здоров'я. К.: Основи. 2015. 269 с
56. Шекера О.Г. Міжнародний досвід організації медичної допомоги. Відомості із сайту «ЗДОРОВ'Я СУСПІЛЬСТВА». URL: [http://healthysociety.com.ua/index.php?option=com\\_content&view=article&id=198:2011-06-15-11-11-48&catid=36:2011-04-19-08-30-45&Itemid=58](http://healthysociety.com.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=198:2011-06-15-11-11-48&catid=36:2011-04-19-08-30-45&Itemid=58)
57. Шлапко Т.В., Старинський М.В., Миргород-Карпова В.В., Висоцький А.І., Шеїн Д.С. Правове забезпечення цифрової трансформації сфери охорони здоров'я у світлі медичної реформи з огляду на



євроінтеграційні процеси. Електронне наукове видання «Аналітично-порівняльне правознавство». DOI: <https://doi.org/10.24144/2788-6018.2021.03.27>

58. Financing British health care. The Economist. 2005. August, 18. URL: <http://www.economist.com>

59. Hudson P. Applying the lessons of high risk industries to health care. Qual Saf Health Care 2003;12 (Suppl 1): 7– 12.

60. Koval A., Mischenko O., Orlov V., Savostikova K. and Poliakova V. Reforms in the Health Care System of Ukraine URL: <https://sci.ldubgd.edu.ua/bitstream/123456789/11351/1/113546.pdf>

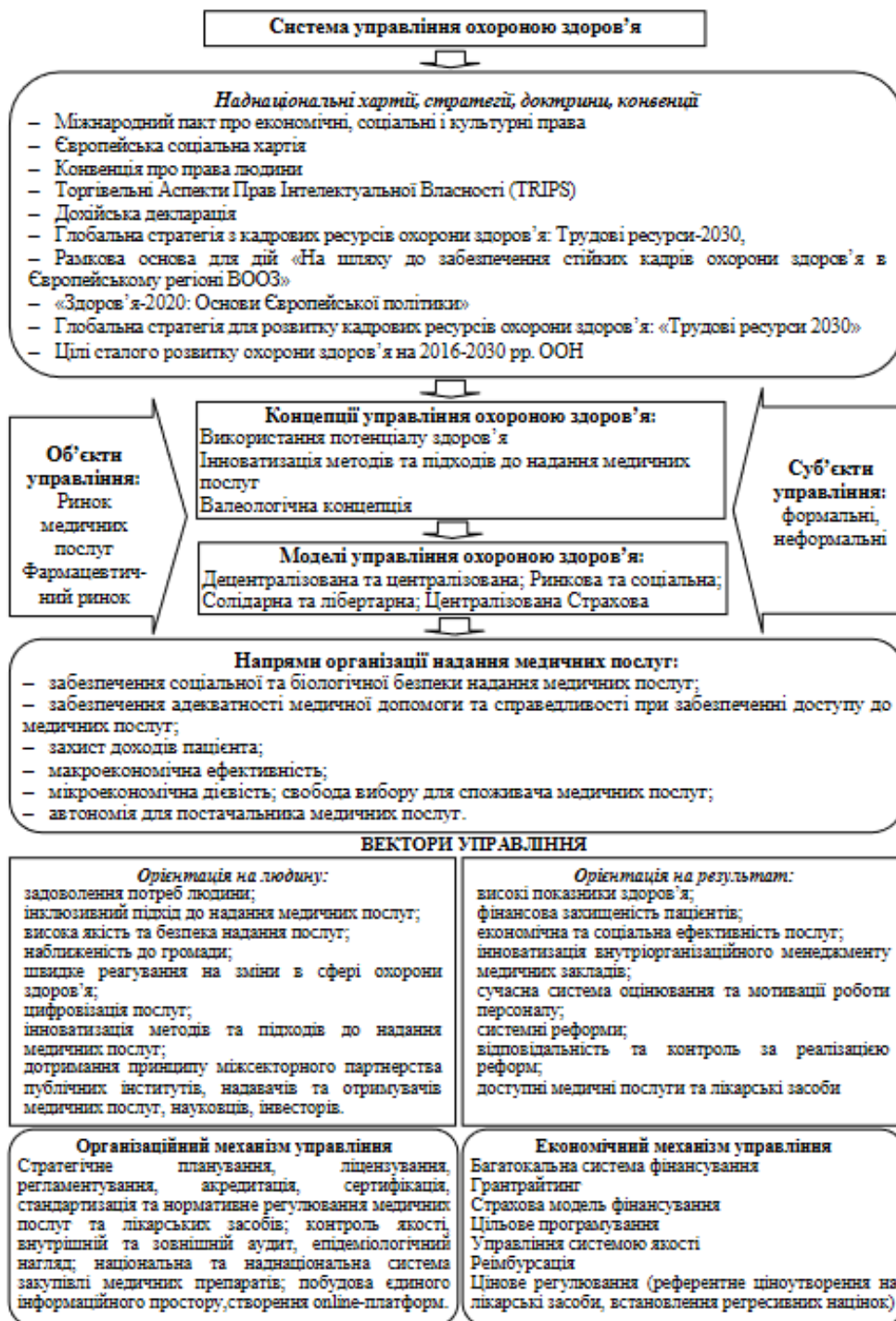
61. Reforming the health care system at the municipal level: textbook. way. I.M. Solonenko, O.P. Popov, L.I. Zhalilo, K.O. Naduty. - K.: 2017. - 211 p.

62. Roland M. How nancial and reputational incentives can be used to improve medical care / M. Roland, R. A. Dudley // Health Services Research. – 2015. – Vol. 50 (Suppl 2): 2090 – 115. DOI: 10.1111/1475-6773.1241

63. Wagner C., Gulácsi L, Takacs E and Outinen M. The implementation of quality management systems in hospitals: a comparison between three countries <file:///C:/Users/%D0%9D%D0%B0%D1%82%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D1%8F/Downloads/1472-6963-6-50.pdf>

# ДОДАТКИ

## Додаток А



Концептуальна модель управління охороною здоров'я