

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ АГРАРНО-ЕКОНОМІЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ МЕНЕДЖМЕНТУ І МАРКЕТИНГУ
КАФЕДРА МЕНЕДЖМЕНТУ, ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА
АДМІНІСТРУВАННЯ**

ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ:
Завідувач кафедри,
д. держ. упр., професор
_____ Н.В. Бондарчук
« ____ » _____ 2022 р.

ДИПЛОМНА РОБОТА

**на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за освітньо-професійною
програмою «Публічне управління та адміністрування» зі спеціальності 281
«Публічне управління та адміністрування»**

**на тему: ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ В МЕДИЧНІЙ
СФЕРІ УКРАЇНИ З ВИКОРИСТАННЯМ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ДОСВІДУ**

Здобувач

Корпусенко О.І.

**Науковий керівник,
к.держ.упр., доцент**

Шпортюк Н.Л.

Дніпро – 2022

ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ АГРАРНО-ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет менеджменту і маркетингу

Кафедра менеджменту публічного управління та адміністрування

Спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування»

Освітня-професійна програма: «Публічне управління та адміністрування»

Освітній ступінь: «Магістр»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Зав. кафедри: д.держ.упр., професор

А.М. Пугач

« » 20 року

ЗАВДАННЯ

на дипломну роботу магістра студентки

Корпусенко Олени Ігорівни

1. Тема роботи «Прийняття управлінських рішень в медичній сфері України з використанням європейського досвіду»,

керівник роботи Шпортюк Наталя Леонідівна., к.держ.упр, доцент, затверджені наказом ректора ДДАЕУ від « ____ » _____ 2021 р. № ____.

2. Строк подання студентом роботи – 07 лютого 2022 року.

3. Вихідні дані до роботи: річні звіти КНП «Клінічна лікарня швидкої медичної допомоги» Дніпровської міської ради за 2018-2020 рр, виробничо-фінансові плани, діючі схеми організаційної структури та структури управління, основні економічні показники фінансової і господарської діяльності, бухгалтерська та статистична звітність, літературні джерела за темою дослідження.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань які потрібно розкрити). 1. Теоретичні аспекти менеджменту закладів охорони здоров'я. 2. Сучасний рівень управління в КНП «Клінічна лікарня швидкої медичної допомоги» Дніпровської міської ради. 3. Основні напрямки модернізації управління на засадах європейського досвіду. . 4. Висновки та пропозиції.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень).

1. Процес прийняття рішення менеджером в охороні здоров'я
2. Фінансові показники діяльності КНП «КЛШМД» ДМР
3. Процес прийняття управлінських рішень в КНП «КЛШМД» ДМР
4. SWOT-аналіз діяльності КНП «КЛШМД» ДМР
5. Очікувані фінансові показники діяльності КНП «КЛШМД» ДМР в 2021-2023 рр., тис. грн.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв

7. Дата видачі завдання: «20» листопада 2020 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

Пор. №	Назва етапів дипломної роботи	Термін виконання етапів роботи	Примітка
1.	Вибір теми і об'єкта дослідження, розробка плану і графіку написання дипломної роботи	листопад 2020	
2.	Збір первинного матеріалу	листопад-грудень 2020	
3.	Вибір і опрацювання літературних джерел. Теоретичний розділ роботи	грудень 2020 квітень 2021	
4.	Аналіз виробничо-економічної діяльності підприємства та написання аналітичного розділу роботи	травень-серпень 2021	
5.	Розрахунок та написання проектного розділу	вересень-жовтень 2021	
6.	Написання висновків та пропозицій	грудень 2021	
7.	Підготовка доповіді та ілюстративного матеріалу до захисту роботи	січень-лютий 2022	

Здобувач

_____ (підпис)

Корпусенко О.І.

_____ (прізвище та ініціали)

Керівник роботи

_____ (підпис)

Шпортюк Н.Л.

_____ (прізвище та ініціали)

РЕФЕРАТ

Тема: «**Прийняття управлінських рішень в медичній сфері України з використанням європейського досвіду**»

Дипломна робота магістра: 78с., 9 рис., 9 табл., 65 літературних джерел.

Об'єктом дослідження є управлінська діяльність в закладах охорони здоров'я.

Предметом дослідження є сукупність теоретико-методичних засад та прикладних проблем, пов'язаних із модернізацією управління з використанням вітчизняного та європейського досвіду.

Мета дипломної роботи магістра – подальший розвиток теоретичних положень та удосконалення методичних і практичних рекомендацій щодо модернізації управління медичних закладів з використанням європейського та вітчизняного досвіду.

Методи дослідження. У процесі дослідження використовувались методи системного підходу та порівняння, методи вертикального і горизонтального аналізу та коефіцієнтний метод; методи експертного опитування.

В роботі розроблено план дій з посилення потенціалу та послуг громадського здоров'я паралельно на національному та регіональному рівнях та розробці дорожньої карти розвитку (ДКР) з урахуванням результатів оцінювання потенціалу схвалена адміністрацією КНП «КЛШМД» ДМР.

Результати досліджень дипломної роботи впроваджено в діяльність КНП «КЛШМД» ДМР.

КЛЮЧОВІ СЛОВА

Система охорони здоров'я, медичні заклади, управлінське рішення, зарубіжний досвід, міжнародне співробітництво, світова підтримка, дорожня карта розвитку, ефективність фінансування

KEY WORDS

Health care system, medical institutions, management decision, foreign experience, international cooperation, global support, development roadmap, financing efficiency

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ МЕНЕДЖМЕНТУ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	8
1.1. Аналіз сучасного стану системи охорони здоров'я в Україні	8
1.2. Особливості управлінської діяльності в закладах охорони здоров'я	14
1.3. Інформаційне забезпечення прийняття управлінських рішень в медичних закладах	21
Висновки до першого розділу	30
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ РІВЕНЬ УПРАВЛІННЯ В КНП «КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ» ДНІПРОВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	32
2.1. Організаційні засади та специфіка роботи КНП «КЛШМД» ДМР	32
2.2. Аналіз поточного стану діяльності КНП «КЛШМД» ДМР	40
2.3. Аналіз системи менеджменту в КНП «КЛШМД» ДМР	45
Висновки до другого розділу	51
РОЗДІЛ 3. ОСНОВНІ НАПРЯМКИ МОДЕРНІЗАЦІЇ УПРАВЛІННЯ НА ЗАСАДАХ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ДОСВІДУ	54
3.1. Міжнародне співробітництво у медичній сфері	54
3.2. Стратегічне планування комплексних програм громадського здоров'я в контексті європейського досвіду	61
Висновки до третього розділу	73
ВИСНОВКИ	75
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	78

ВСТУП

Актуальність дослідження. У сучасному суспільстві формування ринкових відносин серед суспільства та закладів охорони здоров'я потребує збалансованої державної політики. Важливою умовою розвитку розвиненого ринку послуг медичних закладів є дотримання принципу «твердого ядра» щодо негативного впливу ринку на гуманітарне середовище в цілому та на систему охорони здоров'я зокрема.

Слід зазначити, що модернізація управління в закладах охорони здоров'я повинна базуватися на вимогах Конституції України, основ медичного законодавства та інших галузевих законодавчих актів. При цьому гарантія функціонування охорони здоров'я ґрунтується на фінансуванні державою соціально-економічних, лікувально-профілактичних та оздоровчих програм. Таким чином уряд створює умови для доступності та ефективності отриманої медичної допомоги.

Система охорони здоров'я, як і будь-яка система, яку необхідно вдосконалювати, базується на фундаментальних класичних правилах наук управління. Для дослідження проблеми удосконалення процесу прийняття управлінських рішень щодо модернізації управління охороною здоров'я необхідно розглянути взаємозв'язок узгодженості в організації даної системи. Основою законодавства України про охорону здоров'я є «система заходів, спрямованих на забезпечення підтримки та розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності при максимально біологічно можливій тривалості життя» [3].

Аналіз досліджень та публікацій. Серед дослідників, які аналізували розвиток та функціонування системи охорони здоров'я, можна відзначити: Бобров О.Є., Лехан В.М., Крячкова Л.В., Заярський М.І., Коломієць О.О., Пашков

В.М. та ін. Процес прийняття управлінських рішень щодо модернізації управління охороною здоров'я викликає великий інтерес для науковців, в роботах яких висвітлюються етапи розвитку СОЗ, автори проводять поглиблені дослідження, які виявили низку недоліків, запропоновано підходи до їх вирішення, але тема залишається актуальною та потребує більш глибокого аналізу.

Незважаючи на значні наукові зусилля, питання прийняття управлінських рішень в медичній галузі України на основі використання європейського досвіду залишається відкритим.

Метою даної дипломної роботи є подальший розвиток теоретичних положень та удосконалення методичних і практичних рекомендацій щодо модернізації управління медичних закладів з використанням європейського та вітчизняного досвіду.

Основними завданнями були виокремлені наступні: дослідження сучасного стану організації медичної допомоги в Україні, оцінка особливостей управлінської діяльності в закладах охорони здоров'я, дослідження організації роботи КНП «КЛШМД» ДМР, аналіз показників діяльності організації та стану системи управління, дослідження світового досвіду співробітництва у медичній сфері, розробка комплексних програм громадського здоров'я в контексті європейського досвіду.

Об'єктом дослідження є управлінська діяльність в закладах охорони здоров'я.

Предметом дослідження є сукупність теоретико-методичних засад та прикладних проблем, пов'язаних із модернізацією управління з використанням вітчизняного та європейського досвіду.

Теоретичною й методологічною базою дипломної роботи є класичні положення економічної теорії, фундаментальні праці вітчизняних і зарубіжних вчених з теми дослідження.

Інформаційною базою виступали монографії, підручники, автореферати дисертаційних робіт, статті, збірки наукових тез, законодавчі акти Верховної Ради України, постанови Міністерства фінансів, фінансова звітність.

Методи дослідження. У процесі дослідження використовувались методи системного підходу та порівняння, методи вертикального і горизонтального аналізу та коефіцієнтний метод; методи експертного опитування. Усі розрахунки проводилися у середовищі табличного процесора MS Excel.

Інформаційна база. Теоретичною й методологічною базою дослідження стали діалектичний метод пізнання, економічні закони і категорії, нормативно-правові та методичні документи, наукові праці вітчизняних і зарубіжних учених; матеріали КНП «КЛШМД» ДМР, інші джерела, що пов'язані з даним питанням.

Наукова новизна магістерської роботи полягає в розробці плану дій з посилення потенціалу та послуг громадського здоров'я паралельно на національному та регіональному рівнях та розробці дорожньої карти розвитку (ДКР) з урахуванням результатів оцінювання потенціалу схвалена адміністрацією КНП «КЛШМД» ДМР. Пропонований підхід це покроковий сценарій розвитку КНП «КЛШМД» ДМР, де наочно представлений процес досягнення цілей з відображенням стратегічно значущих подій і послідовність їх настання, що дозволяє краще зрозуміти її суть і механізми, які визначають її розвиток.

Практична значимість полягає у тому, що результати дослідження створюють необхідне підґрунтя для подальшого системного вивчення проблеми інвестиційних процесів на підприємстві та в розробці конкретних рекомендацій для КНП «КЛШМД» ДМР.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження пройшли апробацію на IX Міжнародній науково-практичній інтернет-конференції «Розвиток форм і методів сучасного менеджменту в умовах глобалізації» (м. Дніпро, 2021 р.).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ МЕНЕДЖМЕНТУ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Аналіз сучасного стану системи охорони здоров'я в Україні

Об'єктом управління є вся система охорони здоров'я країни, яка надає медичну допомогу населенню. Здоров'я людей у сучасних умовах відіграє роль провідного чинника національної безпеки та сталого розвитку країни та вважається найвищою соціальною цінністю суспільства. Водночас, на думку експертів та науковців, погіршення соціально-економічної ситуації в Україні та криза в національній економіці в попередні роки негативно вплинули на динаміку здоров'я населення. Існуюча система побутового медичного обслуговування населення не здатна повністю вирішити проблему медичного обслуговування громадян. п

Розвиток системи охорони здоров'я (СОЗ) в Україні після здобуття незалежності можна поділити на чотири періоди: 1) 1991-2000 рр., 2) 2000-2010 рр.; 3) 2010-2013 рр.; 4) з 2014 р. по теперішній час.

Характеристика першого періоду. Протягом першого десятиліття після проголошення незалежності реформи системи безпеки практично не було. Основні зусилля Уряду України та Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) як центрального органу виконавчої влади у сфері охорони здоров'я були спрямовані на недопущення розвалу існуючої системи охорони здоров'я та підтримання мінімального рівня соціальних гарантій охорони здоров'я.

Другий етап мав на меті встановити основні настанови та механізми реформування СОЗ. На рубежі століть вітчизняні та зарубіжні експерти за

підтримки міжнародних організацій працювали над визначенням широких напрямків та тестуванням ключових механізмів реформування СОЗ.

Третій етап – масштабна реформа СОЗ у пілотних регіонах. Політичні кола та експерти стверджують, що протягом усього періоду незалежності реформи СОЗ в Україні не проводилися або проводилися лише неефективно.

Четвертий (сучасний) період – масштабна реформа охорони здоров'я – розпочалася після перерви через потребу нової влади розробити підходи до реформування галузі. Перші заходи вже були спрямовані на зменшення впливу адміністративних методів і підвищення гнучкості управління. Вперше в історії країни цільове фінансування охорони здоров'я з державного бюджету запроваджено у вигляді медичної субсидії у 2015 році. Скасовано наказ МОЗ України, згідно з яким персонал ПМК має проходити навчання відповідно до ресурсів (розмір ліжкового фонду тощо) [21].

Не так давно система охорони здоров'я базувалася на радянській моделі охорони здоров'я – системі Семашка. Це була дуже потужна система, яка використовувалася в Радянському Союзі, а також на Кубі. Основні переваги та недоліки наведено в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

Переваги та недоліки системи охорони здоров'я Семашко

Система охорони здоров'я Семашка	
Переваги	Недоліки
Формувалася на основі найкращих практик та досвіду.	Критичне недофінансування
Розмір прав на медичні виплати незалежно від статусу та доходу особи	Низька заробітна плата медичних спеціалістів, високе навантаження, що сприяло втраті престижу професії
Впровадження нових знань, надання якісних медичних послуг, що сприяло збільшенню тривалості життя населення та зниженню дитячої смертності.	Недостатнє обладнання, ефективні препарати тощо.
	Була оплата лікарям «на кишеню»
Значна кількість прийому хворих за зміну	Немає вибору лікаря за територіальним принципом

Ми вважаємо, що існує нагальна потреба реформувати систему охорони здоров'я в Україні. Відповідно до Національної стратегії реформування охорони здоров'я в Україні на 2015-2020 роки, основними принципами, на яких має базуватися система охорони здоров'я, є: наявність набору гарантованих послуг, повага до якості та професіоналізму, взаємоповага між пацієнтами та медичним персоналом, відповідальність перед пацієнтами та громадами, оптимізація ресурсів, співпраця між сектори економіки.

Для досягнення цих цілей сформовано ряд завдань [6]:

1. Створити умови для спільної відповідальності за здоров'я громадян;
2. Гарантувати вільний вибір постачальників послуг;
3. Створити більш прозорі умови праці та більшу підзвітність у секторі охорони здоров'я;
4. Надавати підтримку, у тому числі фінансову, вразливим групам населення.

Також, відповідно до стратегії реформування, для кращого впровадження реформи було обрано напрямки надання послуг, фінансування СОЗ, менеджменту та інших важливих напрямків СОЗ (рис. 1.1).

Сьогодні маємо такий стан системи охорони здоров'я. Основний орган системи центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я та захисту від соціально небезпечних інфекційних захворювань, профілактики та профілактики неінфекційних захворювань, забезпечує підготовку та реалізацію політики державної політики. у різних сферах (епідеміологічний нагляд, розвиток медичних послуг, технічне регулювання медичних виробів, постачання населення ліками, розвиток ресурсів прав людини) здійснюється Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) [7].

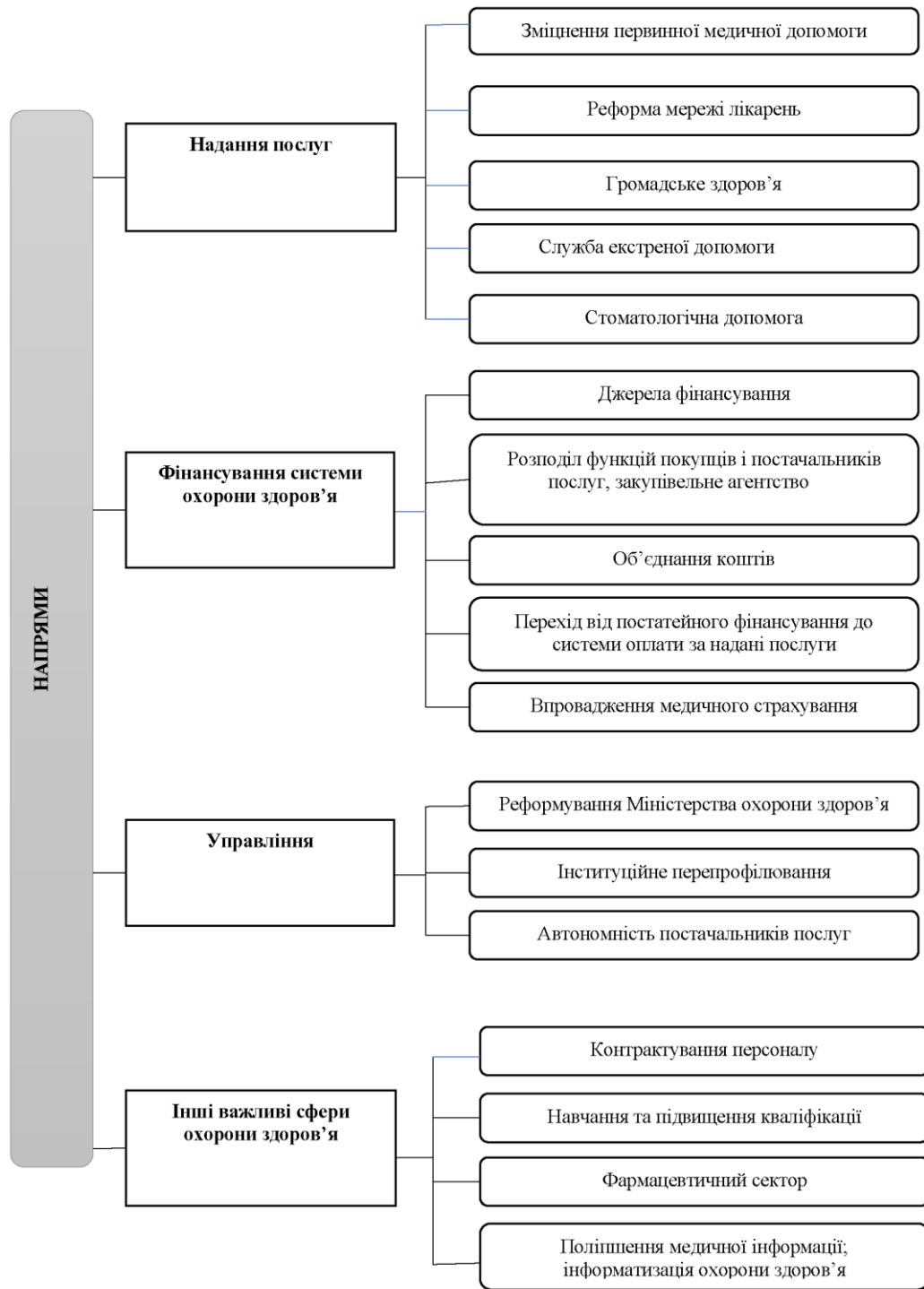


Рис. 1.1. Напрями для впровадження реформи

Відповідно до нормативно-правових актів МОЗ України, діяльність МОЗ віднесена до компетенції Кабінету Міністрів України, діяльність спрямована на

регулювання, розвиток, надання якісних медичних послуг населенню. тощо . На рисунку 1.2 показані основні завдання та функції МОЗ.



Рис. 1.2. Ключові завдання та функції МОЗ

З квітня 2020 року діє програма медичних гарантій спеціалізованої допомоги, розпочато роботу з Національною службою здоров'я України (НСЗУ), збільшилась кількість підписаних заяв, підвищилися оклади (табл. 1.2). Виходячи з вищесказаного, можна зробити висновок про позитивну динаміку реформування системи охорони здоров'я, але слід відзначити такі недоліки:

недостатня увага приділяється спеціалізованій та екстреній медичній допомозі, фінансування електронної охорони здоров'я залишається недостатнім та відсутнє оснащення закладів охорони здоров'я країни медичними інформаційними системами.

Таблиця 1.2

Основні результати реформування системи охорони здоров'я

Напрямок	Зміни
Медичні послуги, медичні гарантії	У вересні 2020 року за програмою медичних гарантій надано 3096 послуг на оплачену суму 51,6 млрд грн. (13,3 млрд грн – заклади первинної медико-санітарної допомоги, 29,7 млрд грн – заклади вторинної медичної допомоги, 3,7 млрд грн – невідкладна допомога, 4,9 млрд грн – допомога хворим або особам з підозрою на СУГО-19) Діє програма реімбурсації ліків «Доступні ліки», 264 назви видаються пацієнтам безкоштовно або за невелику доплату.
Декларації та заклади охорони здоров'я	Заповнено 30 млн. 610 тис. декларацій, 1682 уклали договори з постачальниками медичних послуг (комунальні заклади – 1102, приватні – 206, приватні лікарі – 374) на кінець вересня 2020 року
Зарплата та персонал	Заробітна плата лікарям зросла на 70%, на 50% - медичним сестрам, на 25% - молодим медсестрам З'ясування питання про відшкодування винагороди інтернам
Цифрові технології	Електронна система охорони здоров'я eHealth працює, що покращує фінансовий контроль, створює кращу статистику та зменшує адміністративне навантаження на працівників

Щоб заповнити ці прогалини, необхідні капітальні зміни в системі фінансування системи охорони здоров'я, зокрема вдосконалення тарифного розкладу на надання та оплати послуг за реальною вартістю (розробка гібридної моделі фінансування зі страхуванням), підвищення інформаційного забезпечення та якості освіти працівників медичної сфери.

1.2. Особливості управлінської діяльності в закладах охорони здоров'я

Робота керівника системи охорони здоров'я з кожним днем стає все складнішою, оскільки вона охоплює різноманітні функціональні обов'язки, такі як розробка, розвиток, фінансування під час економічної кризи, впровадження нових методів лікування та збільшення потреб пацієнтів. Рішення керівництва в медицині можуть мати глибокий вплив на загальне фінансове здоров'я закладу, результати лікування та профілактики, а також життя багатьох людей, які там працюють і про яких там доглядають. Управлінська робота неминуче пов'язана з прийняттям рішень, оскільки передбачає вибір конкретної дії з безлічі можливих варіантів (альтернатив). Потреба в прийнятті рішень пронизує всі дії керівника організації, починаючи від визначення цілей і закінчуючи їх досягненням. Менеджери повинні проаналізувати багато варіантів дій, щоб знайти правильний.

Еволюціонують також методи та принципи, які медичний менеджер використовує у своїй практиці. Замість директив та контролю за ієрархічною структурою сучасні керівники охорони здоров'я мають можливість обговорювати та розробляти єдині управлінські рішення у професійних групах, до складу яких входять не лише практикуючі лікарі, а й спеціалісти із стратегічного розвитку закладів охорони здоров'я.

Щоб управлінське рішення було ефективним і забезпечувало досягнення цілей, воно повинно відповідати низці специфічних вимог [2 3]. До них належать:

Чітка ціль – зосередження на досягненні певної мети або набору цілей.

Досягнення головної мети охорони здоров'я стикається з поєднанням політичних, економічних, демографічних та екологічних проблем. Швидке старіння населення, перехід патології в переважно хронічний перебіг, висока поширеність нездорового способу життя призводять до зростання потреби в медичній допомозі, що потребує додаткових витрат і ресурсів. Розвиток нових

медичних технологій та підвищення рівня санітарної освіти сприяють зростанню вартості медичної допомоги та підвищенню очікувань громадян щодо її якості.

Завдання менеджменту – максимально наблизити результат реалізації рішення до мети.

Комплексна валідність – правильний вибір альтернативи та (або) окремих її компонентів. Повне обґрунтування управлінського рішення потребує використання достатньо повної та достовірної інформації про стан і методи розвитку медичної системи чи закладу та середовища, ступінь відповідності рішення цілям розвитку. У реальних умовах керівник завжди стикається з необхідністю приймати рішення в умовах обмеженої інформації, оскільки жодна інформація не може повністю відобразити реальний стан елементів установи, сукупність усіх зовнішніх умов. Велику роль відіграє досвід і інтуїція керівника, його професіоналізм.

Цілеспрямованість – чітка орієнтація на конкретний об'єкт управління та конкретних високопродуктивних працівників, їх навички, кваліфікацію та вміння.

Узгодженість з раніше прийнятими рішеннями – неузгодженість ряду рішень, необхідність їх постійного коригування або коригування свідчить про некомпетентність керівництва та слабкість в обробці наявної інформації.

Повноваження – повага до прав і повноважень, наданих юридичній чи фізичній особі. Це передбачає збалансованість прав та обов'язків на всіх рівнях та органах влади. Порушення цієї вимоги до управлінських рішень суттєво знижує ефективність їх виконання як у разі перевищення повноважень, так і у разі заміни функцій підлеглими.

Ефективність – це мінімальна потреба в ресурсах при розробці управлінського рішення та його реалізації з метою досягнення бажаного результату. Управлінські рішення в охороні здоров'я, які не орієнтовані на пацієнта, не диференційовані за інтенсивністю надання допомоги, але спрямовані

на підтримку медичних закладів з надзвичайно високим рівнем високоспеціалізованої та спеціалізованої допомоги, призводять до неефективного використання ресурсів та низької якості медичної допомоги.

Своєчасність – управлінське рішення має бути прийняте якомога швидше, але не пізніше необхідного часу. Поспішне рішення падає на непідготовлений ґрунт (організаційний, психологічний, фінансовий тощо). У цьому випадку ефект може бути незначним або навіть суперечити очікуванням. Несвоєчасні рішення також практично неефективні; крім того, вони можуть мати руйнівний вплив і дискредитувати лідера або керівний орган.

Повнота, лаконічність, ясність – необхідне поєднання всіх компонентів, що охоплює всі аспекти рішення (мету, засоби та ресурси, що використовуються для досягнення цілей; основні засоби їх досягнення, терміни, місце та організація роботи на всіх етапах і етапах) . етапи виконання рішення). Управлінські рішення не повинні містити непотрібних, несуттєвих деталей, які не мають відношення до справи. Чіткість управлінських рішень усуває неоднозначність тлумачення, невизначеність повноважень, прав та обов'язків виконавців.

Компроміс – це угода, заснована на взаємних поступках. На практиці рідко буває, що управлінське рішення, особливо комплексне, не має негативних наслідків. При цьому майже ніколи не вдається досягти хороших результатів у досягненні всіх можливих цілей. Тому майже всі управлінські рішення ґрунтуються на компромісі між позитивними та негативними результатами.

Пошук підвищення продуктивності та ефективності пов'язаний з етичними стандартами.

Фактори, що визначають якість управлінських рішень, «поділяються на внутрішні та зовнішні» [4]. Внутрішніми факторами, що стосуються систем управління та контролю, є кваліфікація управлінського персоналу, технології та методи управління, культура управління, стабільність системи управління, її чутливість до управлінських рішень та багато іншого.

До зовнішніх факторів, що характеризують вплив зовнішнього середовища, належать зміни законодавства, соціально-економічна ситуація, обмеженість ресурсів процесу, управління та системний контроль (психологічний клімат, авторитет керівника, професійна кваліфікація керівництва колективу, стан виконавчої влади, дисципліни тощо), системні оцінки рівня якості та ефективності.

В умовах перехідного періоду, що характеризуються політичною та соціально-економічною нестабільністю, зовнішні чинники «домінують у якості та ефективності управлінських рішень у сфері охорони здоров'я» [2].

Слід зазначити, що практично всі управлінські рішення приймаються швидко, т.т. На практиці на підготовку рішення виділяється менше часу, ніж для повного використання всіх даних про проблемну ситуацію. Це може знизити якість рішень, оскільки не всі альтернативи можуть бути розроблені, а ресурси використовуються неефективно. Тому головну роль відіграє своєчасне розпізнавання проблемних ситуацій. У ряді випадків потенційні втрати внаслідок погіршення якості своєчасного прийняття рішень в умовах затримки можуть бути компенсовані додатковим ефектом від більш раннього виконання рішення.

Функції керівника системи охорони здоров'я в сучасних умовах вимагають від нього повного оволодіння управлінськими навичками у вирішенні проблем [5]. Цей процес включає такі етапи: прийняття рішення; виконання рішення; контроль; оцінка результатів (рис. 1.3).

Прийняття рішення. Фаза прийняття рішення складається з п'яти основних фаз: 1) діагностика проблеми; 2) формулювання обмежень і критеріїв прийняття рішень; 3) визначення альтернатив; 4) оцінка альтернатив; 5) остаточний вибір альтернатив.

Діагностика проблеми. Першим кроком є визначення та опис проблемної ситуації, яку потрібно вирішити чи бажану. Діагностика проблеми повинна бути повною і правильною. Для визначення першопричини та джерела проблеми може

знадобитися багато інформації та глибокого аналізу. В результаті діагностика проблеми часто стає багатоетапним процесом з обхідними шляхами [6].

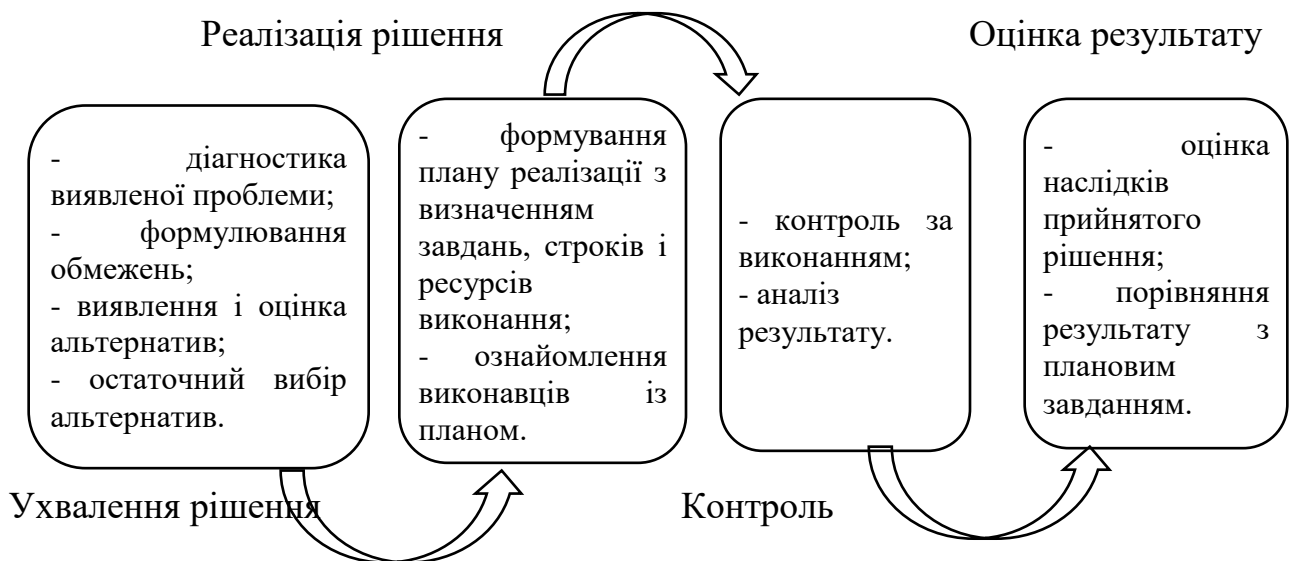


Рис. 1.3. Процес прийняття рішення менеджером в охороні здоров'я

Такими кроками можуть бути:

- визначення ознак виниклих труднощів, що дає можливість виявити проблему в цілому;
- визначити новизну проблеми та ситуації, в якій вона виникла;
- визначити причини та джерела проблеми;
- виявити можливі зв'язки проблеми з іншими відомими проблемами, дозволяючи більш чітко і глибше побачити залежність цієї проблеми, класифікувати суміжні проблеми (великі та малі, термінові та нетермінові), допомогти розробити рішення в цілому;
- визначити ступінь повноти та достовірності інформації, необхідної для прийняття рішення, та визначити можливість вирішення проблеми.
- формулювання граничних умов і критеріїв прийняття рішень. Перш ніж визначити можливі варіанти вирішення проблеми, необхідно проаналізувати наявні в системі ресурси, які можуть знадобитися для прийняття та реалізації

рішень (час, матеріали, трудові ресурси тощо), і сформулювати відповідні обмеження.

Визначення варіантів. На цьому етапі визначаються та формулюються альтернативні рішення для вирішення проблеми. В ідеалі бажано визначити всі можливі дії для усунення причин проблеми, а отже, і дії організації для досягнення поставлених цілей. На практиці, однак, менеджер рідко має достатньо знань або часу, щоб сформулювати й оцінити кожен альтернативу. Крім того, зважування багатьох альтернатив, навіть якщо вони реалістичні, часто ускладнює та затримує процес вирішення проблеми. В результаті керівник, як правило, обмежується мінімумом доступних варіантів (при серйозному розгляді), які він вважає найбільш підходящими. Тут важливу роль відіграють досвід та інтуїція менеджера. Прийняття та прийняття спільних рішень може бути ефективним.

Оцінка альтернатив. На цьому етапі аналізуються та оцінюються визначені альтернативні рішення проблеми за заданими критеріями та з урахуванням раніше виявлених обмежень.

Остаточний вибір альтернативи. На основі аналізу проблеми та оцінки альтернатив вибирається остаточне рішення – альтернатива з найбільш сприятливими та ефективними наслідками.

Прийняття рішення означає вибір найкращого способу дій. Цей вибір ґрунтується на встановлених критеріях та обмежених ресурсах. Для цього може знадобитися додаткова інформація. До вибору остаточного рішення також можуть залучатися експерти [7]. Вибір рішення може здійснюватися колегіально, але відповідальність за рішення та результати його виконання покладається на керівника, який має повноваження спрямовувати на певний рівень системи охорони здоров'я.

Реалізація рішення, моніторинг та оцінка результатів. Щоб вирішити проблему або отримати вигоду, рішення має бути реалізовано. Лише після впровадження рішення можна побачити його реальну цінність і якість. Завдання

керівника на цій стадії прийняття рішення – створити план виконання рішення, представити цей план і рішення виконавцям і контролювати його виконання. План впровадження рішення повинен включати перелік завдань, терміни, зацікавлених сторін і необхідні ресурси. При реалізації рішення необхідно стежити за виконанням роботи та отриманими результатами.

Ще одним кроком у процесі вирішення управлінської проблеми є отримання зворотного зв'язку, вимірювання та оцінка наслідків впровадження рішення, порівняння фактичних результатів з очікуваними керівником. Зворотний зв'язок, тобто отримання даних про стан керованого об'єкта до і після виконання рішення дозволяє керівнику виправити рішення, якщо результати його не влаштовують.

Результати управлінської діяльності відображаються в документації управлінських рішень. У формі розпорядчих документів оформлюються різні види управлінських рішень. Нормативні документи – це документи, за допомогою яких здійснюється оперативне керівництво в конкретному лікувальному закладі, організації чи підприємстві. Основною функцією розпорядчих документів є регулювання діяльності, що дозволяє органу управління забезпечити виконання покладених на нього завдань і досягти максимальної ефективності. Рішення, зафіксовані в розпорядчих документах, спрямовані на вдосконалення організаційної структури, характеру, змісту, засобів і методів ведення основної діяльності (виробництва) установ та забезпечення організації фінансовими, трудовими, матеріальними ресурсами, інформацією та іншим, що підлягає наданню. До цих документів належать: накази, інструкції, постанови, постанови, розпорядження та постанови. Розпорядчі документи містять рішення, які йдуть зверху вниз в системі управління: від керівного органу до керованого, від головної організації до підлеглих, від керівника організації до керівника структурного підрозділу та до працівників організації та більше.

1.3. Інформаційне забезпечення прийняття управлінських рішень в медичних закладах

Адаптація закладів охорони здоров'я до сучасних умов – це їхнє бажання та здатність швидко адаптуватися та успішно функціонувати в умовах мінливого конкурентного середовища, що виникає під комплексним впливом політичних, економічних, соціальних, правових, культурних та інших факторів, що впливають на роботу цих закладів. Підвищення ступеня адаптації закладів охорони здоров'я до викликів сучасності неминуче пов'язане з «комплексним вирішенням існуючих проблем різними шляхами: правовими, економічними, адміністративними, інформаційними, психологічними тощо» [37].

У цьому контексті в галузі охорони здоров'я важливе значення набувають інструменти таких дисциплін, як «економіка, інформатика, математика і, звичайно, статистика, яка в широкому сенсі є методологією оптимізації процесів економіки та управління» [24].

Статистика відіграє велику роль у процесі управління охороною здоров'я. Він служить ланкою зворотного зв'язку, без якого ефективне управління неможливе. Використовуючи кількісні методи дослідження та враховуючи вплив соціально-економічних та екологічних факторів, медична статистика розкриває основні тенденції та закономірності розвитку охорони здоров'я та медицини, сприяючи впровадженню науково обґрунтованого та ефективного управління. рішення в управлінні охороною здоров'я.

Використання статистичних методів в організації системи управління медичними закладами різних типів і форм власності дозволить ефективно розробляти та впроваджувати управлінські рішення у сфері охорони здоров'я, підвищити ефективність надання медичної допомоги та покращити адаптацію медичних закладів. установ на ринок. умови та забезпечити їх

конкурентоспроможність. Це оновлює дослідження можливостей використання статистичних методів в управлінні закладами охорони здоров'я.

Статичні дані допомагають контролювати діяльність медичного закладу, оперативно контролювати її та робити висновки про якість та ефективність лікувально-профілактичної роботи. При складанні поточних і перспективних планів роботи керівник будь-якого рівня повинен зосередитися на вивченні та аналізі тенденцій і закономірностей розвитку охорони здоров'я та стану здоров'я населення свого району, області, міста тощо.

Кожен критерій діяльності закладу охорони здоров'я дає змогу в кращому випадку оцінити правильну та достовірну статистику. Ведення статистичних даних, статистичний аналіз та використання статистичних методів дає змогу виявити ключові моменти в діяльності медичного закладу, значно підвищити ефективність його роботи та підвищити якість медичних послуг.

Статистика допомагає вирішити ряд управлінських завдань, зокрема:

- контроль ситуації в закладі охорони здоров'я, постійний моніторинг позитивних і негативних тенденцій у його роботі;
- оцінювати кожну медичну послугу за критеріями її успішності;
- розробка іншої стратегії розвитку медичного закладу на основі статистичних даних, щоб керівники всіх рівнів відчували себе в безпеці, використовуючи надійні дані;
- оперувати лише фактами достовірного походження;
- визначити чіткий план преміювання працівників та чіткі критерії оцінки їхньої роботи;
- визначення тих сфер, які найбільше потребують коригування чи покращення [44].

Статистична методологія передбачає формування кількісних характеристик економічних явищ. Однією з цілей статистичного методу є представлення кількісних даних у систематичній і стислій формі для кращого

сприйняття, розуміння та глибшого аналізу з метою виявлення протиріч і прогалин, які необхідно усунути, пошуку шляхів їх подолання та надання відповідних рекомендацій.

Вивчення й аналіз кількісних аспектів суспільних відносин невіддільні від їх якісного змісту, тобто кількісний зв'язок не існує без якісної визначеності. Стовпці з тисячами і навіть мільйонами цифр виглядають дуже переконливо, але мало що можна сказати про явище або процес, що вивчається. Е. Сігел справедливо стверджує: «Ми ніколи не можемо з абсолютною впевненістю сказати, що станеться в майбутньому. Однак усвідомлення того, що деякі можливості є більш правдоподібними, ніж інші, і опис їх кількісно (використовуючи відповідні цифри) дає нам перевагу перед тими, хто не уявляє, що має статися, або довіряє лише своїй інтуїції, не прагнучи мати для цього умови. Найкраще поєднати розуміння ймовірності з усіма наявними знаннями та досвідом»[20].

Статистична методологія повинна бути частиною процесу прийняття управлінських рішень, оскільки вміння систематизувати отриману інформацію, перевірити її якість і достовірність, дозволяє керівнику виявляти закономірності соціально-економічних явищ, вивчати тенденції охорони здоров'я та прогнозувати розвиток медичної установ. визначати хід і результати медичної діяльності закладу охорони здоров'я, підвищувати його шанси на конкуренцію на ринку медичних послуг.

Теорія статистичних методів спрямована на вирішення реальних проблем, тому постійно виникають нові завдання аналізу статистичних даних, розробляються та впроваджуються нові методи, зростає роль сучасних інформаційних технологій [11].

Ефективність системи охорони здоров'я залежить від багатьох факторів, які важко передбачити та виміряти. Невизначеність у сфері охорони здоров'я є

дуже важливим параметром, тому без належного інформаційного забезпечення не може бути системи управління медичним закладом.

Метою збору інформації є отримання знань, необхідних для вироблення управлінських рішень, спрямованих на вдосконалення організації надання медичної допомоги чи процесу лікування.

Джерелами інформації можуть бути документи: внутрішні – найчастіше це медична документація закладу охорони здоров'я; зовнішні – зміни в системі законодавства, у соціально-економічній сфері тощо.

Нині закладами охорони здоров'я використовуються різноманітні інформаційні системи, які можуть бути використані для вирішення наступних завдань:

- створення єдиного інформаційного простору для прискорення доступу до інформації та підвищення якості медичної документації;
- моніторинг та оперативне управління процесом надання медичної допомоги для зниження ймовірності медичних помилок;
- підвищення прозорості діяльності закладу охорони здоров'я та ефективність управлінських рішень;
- аналіз економічних аспектів медичної допомоги;
- забезпечення комп'ютерного програмного забезпечення, що дозволяє медичним закладам формувати статистичні звіти на основі обробки первинних документів;
- забезпечити збір первинних та статистичних даних на рівні медичного закладу для аналізу стану здоров'я населення, яке обслуговується, та діяльності закладу.

Статистична обробка інформації вже давно є тривалим і складним процесом. Однак з розвитком комп'ютерних технологій навіть найскладніші статистичні розрахунки швидко виконуються сучасними програмами, такими як Excel, MS Office, Statistica, Statgrafics, MatLab і MathCad тощо [30].

Прикладні програми дозволяють на основі наявної інформації вирішити ряд важливих практичних завдань закладу охорони здоров'я, зокрема швидко визначити:

- середню кількість звернень первинної медичної допомоги щодо конкретних видів нозологій до конкретного лікаря; це дасть змогу визначити межі площ, які обслуговуються для раціонального розподілу навантаження лікаря;

- середню кількість повторних звернень за медичною допомогою протягом життя за окремими нозологіями, що дає можливість прогнозувати належність пацієнта до певної групи ризику;

- середню кількість повторних звернень за медичною допомогою за рік, що прогнозує ймовірність включення цього пацієнта до груп спостереження аптеки;

- середню кількість збігів між первинним і остаточним діагнозом, за допомогою яких можна оцінити якість діагностичних заходів;

- середню кількість показників результатів лікування: загоснення, покращення, погіршення, госпіталізація, смерть тощо, що дозволяє оцінити якість та адекватність методів лікування;

- показник навантаження лікаря для визначення середнього навантаження по медпункту;

- показник складності виконуваної роботи як однієї з характеристик лікаря, якості та медичної ефективності процесу надання медичної допомоги, для оцінки відповідності використовуваних технологій здоров'ю пацієнтів.

Для вирішення вищезазначених завдань як початкові дані використовуються бази даних закладу охорони здоров'я. Вихідні дані отримують за допомогою SQL-запитів, які обробляються за основними правилами математичної статистики [11].

Виходячи зі специфіки діяльності організацій охорони здоров'я в ринкових умовах, методологічна база статистичного забезпечення управління охороною здоров'я повинна бути адаптована до основних напрямків медичного регулювання в цілому, виходячи з використання підходів за цілями та функціями, та передбачати конкретні методи (рис. 1.4).



Рис. 1.4. Методологічні основи статистичного забезпечення управління закладами охорони здоров'я

Розробка різноманітних підходів до сутності статистичного забезпечення, а також його місця в управлінні медичними закладами дає підстави визначити в якості основного завдання побудову статистичного забезпечення управління здоров'ям медичної системи. Науково обґрунтовані показники що відповідає умовам і особливостям територіально-національних процесів. у цій сфері [38]. Основною метою статистичного управління для окремих медичних закладів є визначення змісту та спрямованості управлінських рішень на основі встановлених кількісних характеристик масових явищ і процесів у галузі.

Процес побудови системи статистичного забезпечення управління медичними закладами необхідно розділити на окремі етапи, враховуючи його складність та багатовекторність.

Перший етап передбачає визначення управлінських завдань, цілей і завдань, а також факторів, що визначають розвиток медичного закладу.

На другому етапі побудови статистичної системи доцільно встановити мету, завдання та принципи, на основі яких будуть формуватися основні компоненти системи.

Третій крок стосується визначення системи показників та інструментів, а також розробки методичного забезпечення діагностики стану та тенденцій розвитку охорони здоров'я.

Завершальною структурною частиною системи надання статистичних даних управління охороною здоров'я є визначення взаємовідносин споживачів, а також зміст і напрям управлінських рішень на основі статистичних досліджень.

Метою медичних закладів є збереження здоров'я людини, зниження смертності, захворюваності та інвалідності населення при оптимальному використанні фінансових, матеріальних і людських ресурсів. Проблема полягає в тому, що охорона здоров'я є надзвичайно складною динамічною системою з багатьма взаємозалежними та неоднорідними показниками та критеріями оцінки, які іноді відрізняються один від одного. Крім того, велике значення при оцінці

медичних послуг має суб'єктивний фактор, який включає цінності та особливості сприйняття людьми свого оточення.

Показники здоров'я населення та діяльності закладів охорони здоров'я дуже різноманітні та неоднозначні, оскільки покращення одних показників часто призводить до погіршення інших. Особливо це стосується узагальнених показників. Наприклад, зниження смертності від серцево-судинних захворювань може призвести до зростання захворюваності та смертності від раку чи інших вікових захворювань. Люди просто доживуть, щоб побачити, як виникає ця патологія. Висока смертність у певних медичних групах протягом певного періоду часу може призвести до зниження захворюваності та збільшення тривалості життя. Проведення диспансеризації та покращення діагнозу призводять до певного зростання захворюваності.

Хоча існують методологічні підходи до вирішення цих проблем (розрахунок віку та показників захворюваності однорідних груп, вибіркові опитування, експертні висновки, різні методи статистичного аналізу тощо), наявність занадто великої кількості показників здоров'я ускладнює їх оцінку та практичне застосування. Використання в процесі управління медичним закладом. У той же час розрахунок інтегральних показників дає занадто загальну оцінку – приблизну оцінку.

Без чіткого визначення пріоритетних цілей, показників їх досягнення, а також параметрів ефективного використання виділених на них фінансових, матеріальних і людських ресурсів неможливо ефективно керувати медичним закладом. У нашому випадку під ефективністю розуміється ступінь досягнення визначених завдань з урахуванням витрат на їх виконання, тобто ефективність — це функція, що впливає з отриманих результатів і вартості їх реалізації. Більше того, залежність між продуктивністю і витратами рідко буває лінійною. Іноді незначні витрати дуже добре окупаються, і навпаки, за певних умов використання

великих ресурсів практично неефективно, а значить ефективність їх використання прагне до нуля.

Різні види медико-економічного аналізу, клінічні епідеміологічні методи та математичне моделювання можуть бути використані для вибору пріоритетів та вирішення практичних завдань для підвищення ефективності діяльності закладів охорони здоров'я. Методи їх використання в охороні здоров'я добре розроблені. Однак для їх практичного використання необхідні первинні бази даних на основі відповідних показників. І тут ми стикаємося з низкою організаційно-методичних проблем, які не вирішуються сьогодні і, ймовірно, не будуть вирішені й найближчим часом.

По-перше, це недосконалість існуючої системи галузевих статистичних показників. Його основний недолік – надмірне збільшення. Показники якості та доступності медичної допомоги, раціонального використання фінансів, людських ресурсів, медичного обладнання, показники якості життя тощо. використовуються недостатньо.

По-друге, критерії оцінки медичних закладів не включають показники загальної вартості хвороби. При цьому аналіз витрат і вигод має враховувати всі витрати пацієнта, його сім'ї, роботодавця та суспільства в цілому, а не лише прямі витрати медичного закладу. Через «розпорошеність» цієї інформації та складність її отримання, збір цих даних утруднений.

І, нарешті, по-третє, залишаються невирішеними методологічні та організаційні проблеми оцінки здоров'я населення, здоров'я конкретних соціальних груп та індивідів. Йдеться також про наявність суб'єктивного фактора, який важко формалізувати у здоров'ї, імовірнісний характер клінічної інформації та складність системи охорони здоров'я. Необхідно з'ясувати можливість використання комплексних (комплексних) показників для оцінки діяльності закладів охорони здоров'я, оскільки здоров'я населення та вся система

охорони здоров'я є так званими нерегульованими багатокритеріальними показниками, а тому їх комплексна оцінка є важкою.

Формування показників ефективності в галузі охорони здоров'я повинно базуватися на науково обґрунтованому визначенні пріоритетів використання медико-економічного аналізу. Необхідні технології базуються на аналізі статистичних даних, використанні математичних і системних методів аналізу, процесному підході, вивченні відповідного вітчизняного та зарубіжного досвіду. При правильних пріоритетах та розробці відповідних ключових показників ефективності охорони здоров'я навіть дуже невеликі витрати можуть призвести до хороших показників охорони здоров'я.

Висновки до першого розділу

1. Проведене дослідження дає змогу відмітити позитивну динаміку реформування системи охорони здоров'я, але слід відзначити такі недоліки: недостатня увага приділяється спеціалізованій та екстреній медичній допомозі, фінансування електронної охорони здоров'я залишається недостатнім та відсутнє оснащення закладів охорони здоров'я країни медичними інформаційними системами. Щоб заповнити ці прогалини, необхідні капітальні зміни в системі фінансування системи охорони здоров'я, зокрема вдосконалення тарифного розкладу на надання та оплату послуг за реальною вартістю (розробка гібридної моделі фінансування зі страхуванням), підвищення інформаційного забезпечення та якості освіти працівників медичної сфери.

2. Досягнення головної мети охорони здоров'я стикається з поєднанням політичних, економічних, демографічних та екологічних проблем. Швидке старіння населення, перехід патології в переважно хронічний перебіг, висока поширеність нездорового способу життя призводять до зростання потреби в медичній допомозі, що потребує додаткових витрат і ресурсів. Розвиток нових

медичних технологій та підвищення рівня санітарної освіти сприяють зростанню вартості медичної допомоги та підвищенню очікувань громадян щодо її якості. Завдання менеджменту – максимально наблизити результат реалізації рішення до мети.

3. На кожному рівні управління – загальнодержавному, регіональному, місцевому, аж до рівня окремих організацій та установ – необхідна вичерпна та достовірна статистична інформація для прийняття об'єктивно визначених управлінських рішень. Статистика, яка досягає своєї функціональності шляхом збору, систематизації та аналізу інформації, що характеризує рівень розвитку галузі охорони здоров'я, відіграє роль головного постачальника точних і незаперечних фактів для осіб, які приймають рішення. Завдяки статистичним даним накопичуються в динаміці комплексні характеристики об'єктів управління, збираються характеристики економічного стану, стану соціальної та медичної сфер. Будь-яка нова ініціатива базується насамперед на оцінці існуючих фактів, стану справ у цій сфері. Саме статистичні дані дають змогу оцінити рівень та якість виконання програмних заходів, виявити проблемні та незавершені напрямки, визначити ключові тенденції розвитку охорони здоров'я, що дає змогу коригувати та коректно та швидко перерозподіляти фінансові кошти, виявити внутрішні резерви медичного закладу та досягти поставлених завдань. Статистика є невід'ємною частиною закладу охорони здоров'я, вона визначає динаміку зростання або спаду його розвитку. Результати дослідження явищ методами статистичного аналізу дають об'єктивну основу для прийняття ефективних управлінських рішень, гарантують достовірність висновків, зроблених керівниками.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ РІВЕНЬ УПРАВЛІННЯ В КНП «КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ» ДНІПРОВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ

2.1. Організаційні засади та специфіка роботи КНП «КЛШМД» ДМР

КНП «Клінічна лікарня швидкої медичної допомоги» Дніпровської міської ради є закладом середньої медичної допомоги, який надає спеціалізовану медичну допомогу в умовах цілодобового стаціонару дорослим пацієнтам з гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини, гострою шлунково-кишковою кровотечею, невідкладною кровотечею при гострих гінекологічних захворюваннях, патологія органів черевної порожнини органів різного генезу, гострий коронарний синдром, серцеві аритмії, гострі порушення мозкового кровообігу та гіпертонічні кризи, хворі терапевтичного профілю, кардіологічні, алергологічні, гінекологічні, хірургічні, хворі у важкому стані в області анестезії та анестезіологічної допомоги вторинного рівня протягом однієї години консультативно-діагностичний центр та година консультації жінок за закріпленими ділянками обслуговування.

Робота закладу у 2020 році була спрямована на підвищення якості медичної допомоги пацієнтам в рамках реформування та модернізації галузі та реалізації глобальної багатогалузевої регіональної програми «Здоров'я нації», від комплексної програми «Здоров'я Дніпра», «Програми розвитку та підвищення якості онкологічної допомоги на 2018-2022 роки, програми протидії поширенню соціально небезпечних інфекційних захворювань, програма репродуктивного здоров'я», «Боротьба з поширенням соціально небезпечних інфекційних захворювань на 2014-2019 роки», «Галузева програма стандартизації медичного забезпечення до 2020 року».

На даний час у структурі закладу: ЦРЛ, Жіноча поліклініка, Багатопрофільна лікарня на 720 ліжок.

Консультативно-діагностичний центр та Жіночий консультативний центр надають консультативну, діагностичну та медичну допомогу жителям Чечелівського району (63 тис. населення). Основним завданням ЦРЛ є надання адекватної та гарантованої спеціалізованої (вторинної) амбулаторної допомоги населенню, направленому ЦПМСД або на самолікування, а також пацієнтам стаціонарних відділень лікарні.

Історія закладу починається з 1904 р., коли було відкрито поліклініку, до якої 1 лютого 1959 р. приєдналися лікарня на 70 ліжок та хірургічно-травматологічне відділення.

У 1968 році було збудовано та відкрито 5-поверховий стаціонар на 270 ліжок, у якому розміщено три хірургічні відділення, відділення інфаркту та інтенсивної терапії, а в 1980 році добудовано нову 10-поверховий хірургічний корпус.

21.12.2012 року, згідно з рішенням Дніпропетровської обласної ради VI скликання №394-17/VI, до комунальному закладу «Дніпропетровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги» Дніпропетровської облдержадміністрації було приєднано комунальний заклад «Дніпропетровська міська клінічна лікарня №7».

Комунальний заклад «Дніпропетровське клінічне об'єднання екстреної медичної допомоги» ДОР відповідно до постанови Дніпропетровської обласної ради VI скликання від 21 грудня 2012 року № 394-17/VI реорганізовано шляхом приєднання до комунального закладу «Клінічна лікарня № 7» ДОР. Дніпропетровську клінічну спілку екстреної медичної допомоги передано із спільної власності у комунальну власність територіального органу міста Дніпра.

Це був перший крок у створенні медичного закладу нового типу – лікарні інтенсивної терапії в рамках проекту реформування системи охорони здоров'я в Україні та створення госпітальних округів.

Злиття двох медичних закладів та створення єдиного медичного простору дали інструмент, який сьогодні дає змогу покращити якість медичної допомоги пацієнтам завдяки поєднанню медичного обладнання, кадрового потенціалу двох лікарень та доступності консультаційних послуг. Діагностичний центр із лікарями 18 спеціальностей, які, окрім консультативної, діагностичної та лікувальної підтримки мешканців закріплених за ним територій (125 тис.), надають також послуги для стаціонарних пацієнтів, яким потрібна диференціальна діагностика та рання клінічна діагностика. 30 грудня 2018 року до Дніпровського клінічного об'єднання екстреної медичної допомоги прийняли вужчих спеціалістів – хірургів, офтальмологів, невропатологів, отоларингологів.

Для того, щоб мати можливість ефективно використовувати всі можливості створеного закладу, спочатку необхідно було створити єдину організаційну структуру взаємодії всіх підрозділів і служб єдиного медичного відділення.

Інші заходи були спрямовані на зміцнення матеріально-технічної бази, забезпечення її сучасним медико-технічним обладнанням, створення умов та відкриття нових відділень і служб у структурі закладу за медичними напрямками, з метою поступового розширення закладу з метою підвищення ефективності роботи закладу. переобладнати відділення інтенсивної терапії в стаціонар медичних сестер. «Дніпровське клінічне об'єднання екстреної медичної допомоги» є другорядним медичним закладом.

У закладі надається невідкладна медична допомога дорослим пацієнтам з діагнозом:

- гостра хірургічна патологія;
- гостра травматична патологія;
- гостра гінекологічна патологія;

- гострі серцево-судинні захворювання (гострий інфаркт міокарда);
- гостра цереброваскулярна патологія.
- невідкладна алергологічна допомога (єдиний в області алергологічний центр надає високоспеціалізовану медичну допомогу пацієнтам із важкими алергічними ускладненнями – синдромом Лайєлла, синдромом Стівенса-Джонсона, з надзвичайно високими показниками смертності, а також пацієнтам: терапевтичний та кардіологічний профіль з аритміями).

Також в умовах консультативно-діагностичного центру та пологового будинку надається спеціалізована медична допомога пацієнтам – мешканцям закріпленої за ними території.

КНП «КЛШМД» ДМР є клінічною базою 6 кафедр Державної медичної академії МОЗ: анестезіології, реанімації та невідкладної медичної допомоги, загальної хірургії, медицини катастроф і військової медицини, сімейної медицини, акушерства, гінекології та внутрішньої медицини, співробітники якого постійно перебувають серед спеціалістів ДМР КНП «КЛШМД» у якості консультантів.

Госпітальний комплекс лікарні є основою для підготовки лікарів-інтернів різного профілю.

Протягом 2018-2020 років було здійснено низку заходів для, з одного боку, підвищення якості медичної допомоги госпіталізованим пацієнтам, а з іншого – створення умов для поступового перетворення закладу. Реконструкційні роботи завершено, медичний центр катастроф працює.

У рамках проекту Світового банку «Покращення охорони здоров'я для людей», спрямованого на покращення стану системи екстреної медичної допомоги (невідкладної допомоги) шляхом реструктуризації приймальних відділень багатопрофільних лікарень (Hospitals de intensive care) завершено проект відділення невідкладної допомоги КНП «КЛШМД» ДМР.

Робота всіх діагностично-лікувальних відділень організована цілодобово (лабораторна діагностика, УЗД, рентген, комп'ютерна томографія, ФГДС та ендоскопічний контроль шлунково-кишкових кровотеч з використанням високотехнологічного хірургічного обладнання, у тому числі малоінвазивні артеріальні втручання), технології втручання (лапароскопія) для хірургічних та гінекологічних хворих.

З 1 січня 2015 року відкрито травматологічне відділення на 40 ліжок, що дало змогу надавати спеціалізовану медичну допомогу не лише жителям Дніпра та Дніпропетровської області, а й бійцям АТО. Крім того, у 13 відділеннях госпіталю надано медичну допомогу бійцям АТО, надавши все необхідне для якісної та своєчасної медичної допомоги.

Після переобладнання відновилася робота відділення трансфузіології, яке запрацювало в повному обсязі, що дозволило швидко доставити компоненти крові важкохворим, особливо з гострою шлунково-кишковою кровотечею. Враховуючи наявність у структурі закладу на базі хірургічного відділення Центру гострих шлунково-кишкових кровотеч, куди приймають хворих жителів Дніпровського, Магдалинського, Солонянського та Дніпропетровського районів, це надзвичайно важлива подія.

Закуплено та введено в експлуатацію апарат Патона для зупинки кровотечі та високочастотного зварювання біологічних тканин, що значно зменшило кількість післяопераційних ускладнень.

Закуплено та впроваджено в ендоскопічне відділення сучасні медичні діагностичні апарати (апарат ФГДС, колоноскоп), що дозволяє на новому та сучасному якісному рівні надавати спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам із шлунково-кишковими кровотечами.

Особливе значення має придбання та встановлення аргоноплазмового коагулятора, який може зупинити кровотечу за допомогою найбільш ефективного та найменш інвазивного методу та уникнути серйозних хірургічних

втручань. При захворюваннях печінки та жовчного міхура відкрито кабінет для черезшкірного (малоінвазивного) дренивання жовчних проток під контролем УЗД. Практика оснащена сучасним обладнанням (УЗД з датчиками, генератор кисню).

Введення нейрохірурга, невропатолога у відділення невідкладної допомоги дає змогу раніше обстежити хворих із цереброваскулярною патологією та розпочати лікування, що надзвичайно важливо для пацієнтів із гострим інсультом та впливає на прогноз.

У квітні 2018 року відкрився перший в Україні обласний алергологічний центр для надання алергологам цілодобової спеціалізованої медичної допомоги дорослим та дітям, а також організаційно-методичного керівництва алергологічними аптеками та госпітальними службами області.

У рамках реформування системи охорони здоров'я та незалежності закладу ухвалено постанову Дніпровської міської ради від 23 січня 2019 року № 41/40 про реорганізацію Дніпровської асоціації швидкої клінічної допомоги у КНП «КЛШМД» ДМР.

Подальший розвиток закладу планується відповідно до постійних завдань, запланованих як реанімаційна клініка II рівня в рамках госпітального округу.

КНП «КЛШМД» ДМР веде господарську діяльність, спрямовану на досягнення, збереження та зміцнення здоров'я населення та інших соціальних результатів, без прибутку.

Завданням КНП «КЛШМД» ДМР є забезпечення потреб населення у наданні вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Основним завданням є підвищення доступності та якості медичної допомоги за рахунок більш ефективного та раціонального використання ресурсів для досягнення найкращих результатів.

Діяльністю компанії є:

- надання вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичних послуг амбулаторно чи стаціонарно, у тому числі при невідкладних станах;

- надання платних послуг відповідно до законодавства України;

- направлення хворих на вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу до вищих установ (за потреби);

- здійснення діяльності, пов'язану з виготовленням, зберіганням, придбанням, збутом (відпуском), вживанням, знищенням наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у порядку, встановленому законодавством України;

- медичний огляд у разі тимчасової непрацездатності, видачу та поновлення листків непрацездатності, видачу рекомендацій щодо роботи, направлення осіб з ознаками інвалідності до медико-соціальної експертизи, направлення хворих на медико-соціальну реабілітацію;

- проведення медичних оглядів;

- проведення діяльності, пов'язаної з використанням джерел іонізуючого випромінювання;

- організація та проведення конгресів, конгресів, симпозіумів, науково-практичних конференцій, наукових форумів, круглих столів, семінарів тощо;

- педагогічно-методична науково-дослідна робота;

- інша господарська діяльність, дозволена законодавством України.

Корпоративні обов'язки:

- підвищити доступність та якість медичної допомоги для задоволення потреб населення в якісній, кваліфікованій та доступній медичній допомозі;

- цілодобова невідкладна медична допомога хворим з гострими та раптовими захворюваннями, травмами, отруєннями та іншими нещасними випадками;

- консервативне та хірургічне лікування хворих;

- консультативні та діагностичні послуги;
- розробка, впровадження та застосування передових методів лікування;
- послуги з підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичного персоналу;
- надання платних медичних послуг населенню відповідно до законодавства України.

Організація та надання медичних послуг ґрунтуються на наступних принципах:

- доступність, що забезпечує мінімальні втрати часу на прийом;
- безпека, тобто надання медичних послуг у спосіб, який мінімізує ризик заподіяння шкоди пацієнту, включаючи ризики, яких можна уникнути, та зменшує можливість медичної помилки;
- економічність, що досягається шляхом надання медичних послуг таким чином, що мінімізує використання ресурсів і дозволяє уникнути неефективних витрат;
- недискримінація при наданні медичних послуг, якість яких не відрізняється за ознакою статі, сексуальної орієнтації, раси, кольору шкіри, національності, місця проживання, матеріального становища, соціального стану, стану здоров'я, політичного, релігійного чи іншого переконання, відповідно до мови чи інших знаків;
- орієнтація на людину, що передбачає надання медичних послуг з урахуванням індивідуальних потреб осіб, для яких ці послуги надаються, у тому числі з урахуванням права пацієнта на вільний вибір лікаря.

Наші цінності:

Якісні послуги. Наші кваліфіковані спеціалісти надають якісні послуги, які відповідають потребам клієнтів та забезпечують їхнє здоров'я.

Угода на основі довіри та взаємної поваги. Як у відносинах з клієнтами, так і всередині команди ми діємо за принципами довіри та взаємоповаги.

Етичні принципи. Наша робота заснована на професіоналізмі, конфіденційності та етиці.

Фінансова ефективність. Наш заклад надає якісні послуги та гарантує фінансову ефективність.

Командний дух. Ми працюємо на принципах взаємопідтримки, виховуючи командний дух і цінуючи внесок інших.

2.2. Аналіз поточного стану діяльності КНП «КЛШМД» ДМР

КНП «КЛШМД» ДМР здійснює діяльність з надання вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, у тому числі:

Динамічний моніторинг стану здоров'я пацієнтів за допомогою фізичних, лабораторних та інструментальних досліджень відповідно до стандартів галузі охорони здоров'я.

Діагностика та лікування найбільш поширених захворювань, травм, інтоксикацій, патологічних станів з урахуванням особливостей здоров'я пацієнта.

Динамічний моніторинг пацієнтів з діагностованими хронічними захворюваннями (супутніх пацієнтів із хронічними захворюваннями та станами), включаючи комплекс діагностичних та лікувальних заходів, передбачених галузевими стандартами.

Обов'язкові медичні втручання для пацієнтів з наявними факторами ризику певних захворювань.

Ведення обліку, видача довідок про припинення роботи та направлень на медико-соціальні огляди та медичні довідки про смерть.

За час існування лікарні медичну допомогу отримали понад 1,2 млн пацієнтів. Щорічно до лікарні звертається понад 60 000 пацієнтів, у тому числі близько 33 000 у лікарнях.

Лікарня щорічно забезпечує невідкладними препаратами 30-35% хворих м. Дніпро, оперує 27-30% хворих на невідкладні операції в Дніпрі з показниками, які дорівнюють середньому по місту, а за певними нозологіями навіть краще. На рисунку 2.1 показано динаміку кількості осіб, які звернулися за допомогою до КНП «КЛШМД» ДМР.

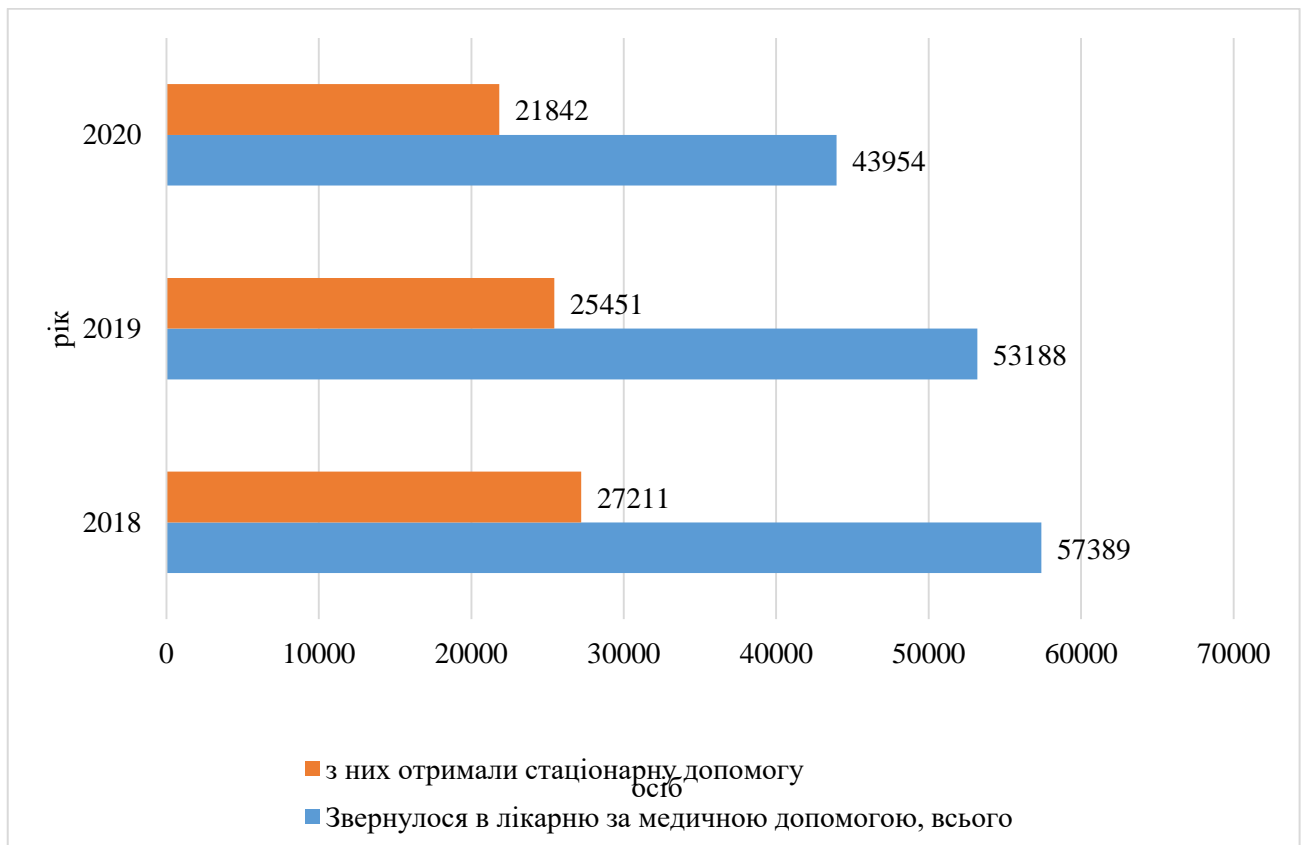


Рис. 2.1. Кількість осіб, що звернулися за медичною допомогою до КНП «КЛШМД» ДМР, пацієнти

Наведений графік демонструє високий рівень надання первинної допомоги, тобто більша частина осіб, які звернулися за медичною допомогою до КНП

«КЛШМД» ДМР отримують без відкладну допомогу, та не потребують госпіталізації. Всім хворим лікарні надається ургентна медична допомога.

Показник роботи ліжка підтримується на рівні, що нижчий середнього показника по лікувально-профілактичним закладам, які підпорядковані Департаменту охорони здоров'я м. Дніпро.

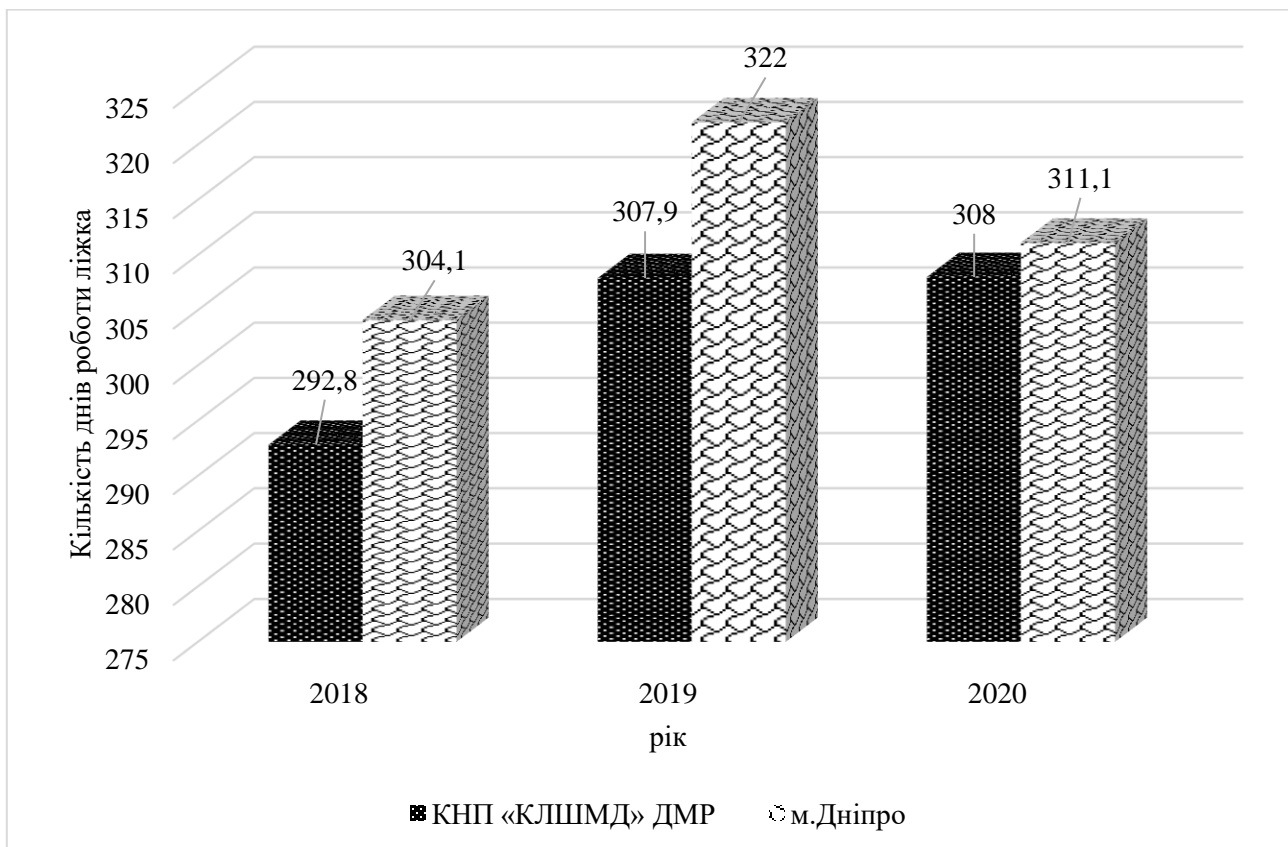


Рис. 2.2. Динаміка кількості днів роботи лікарняного ліжка в КНП «КЛШМД» ДМР

Всі оперативні втручання проводяться в ургентному порядку. Динаміка проведених оперативних втручань наведена на рис. 2.3.

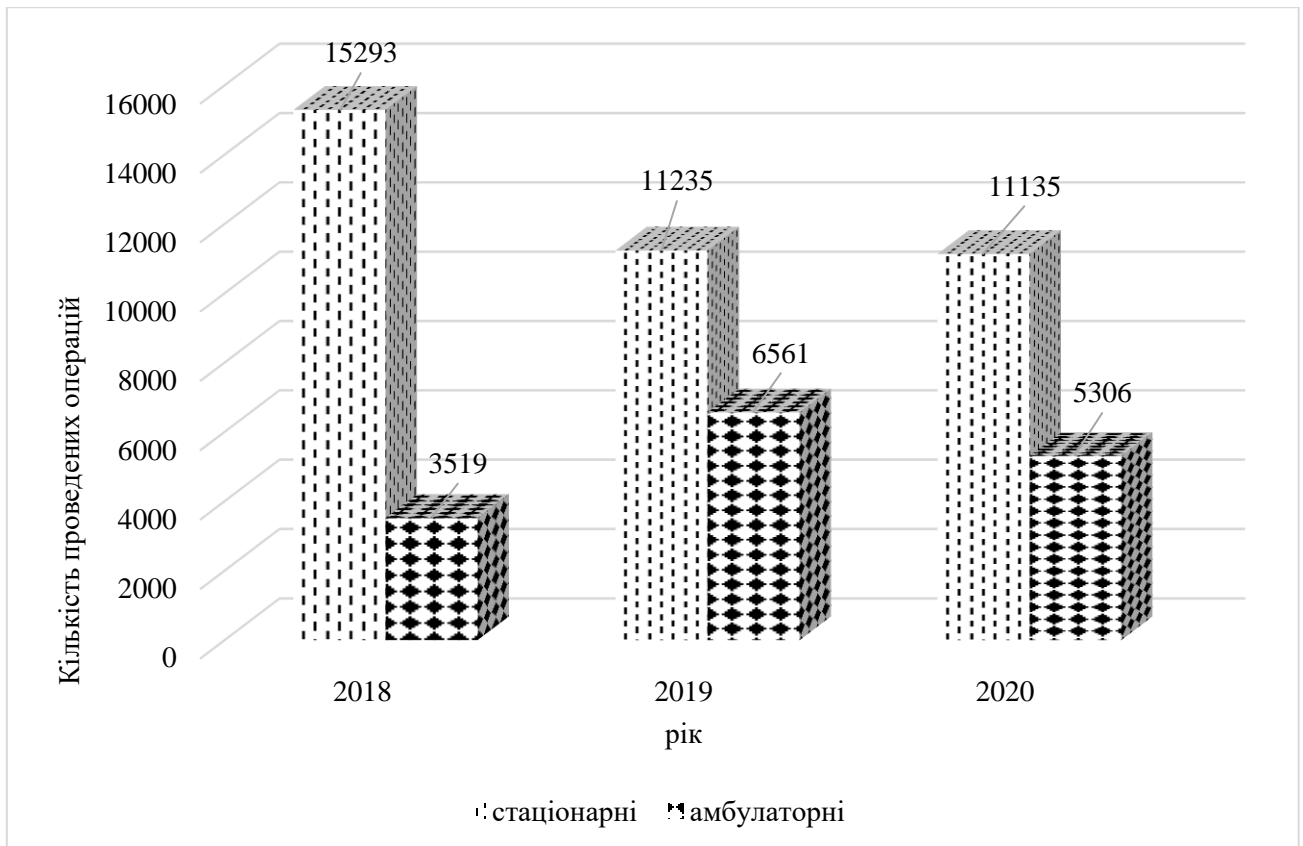


Рис. 2.3. Кількість проведених операцій в КНП «КЛШМД» ДМР

Високий рівень надання медичної допомоги на теперішній час забезпечують 470 лікарів та 432 молодших спеціаліста з медичною освітою.

Таблиця 2.1

Чисельність медичного та обслуговуючого персоналу в КНП «КЛШМД» ДМР

Показник	2018	2019	2020	Відношення 2020 до 2018, %
Чисельність лікарів	248	255	470	189,5
Середній медичний персонал	280	375	432	154,3
Молодший медичний персонал	254	271	390	153,5
Інші працівники	137	131	192	140,1
	919	1032	1484	161,5

Підприємство сплачує всі обов'язкові доплати та підвищення заробітної плати (на період безперервної роботи, відпусток, ночівлі, прийому лікаря, допомоги на реабілітацію, мінімальних надбавок) відповідно до законодавства.

Усі надбавки виплачуються за рахунок коштів, отриманих за надання медичних послуг за договором з НСЗУ та медичної допомоги.

Лікарі та молоді спеціалісти з медичною освітою атестовані на 80,2%:

На сьогоднішній день КНП «КЛШМД» ДМР досягла значного прогресу в лікуванні та діагностиці. Внаслідок цього значно розширився спектр оперативних втручань у хірургічних відділеннях, поглибилась спеціалізація відділень. Розпочато ексклюзивні хірургічні втручання, які не проводяться в інших медичних установах (Терміновий ПДР - при кровотечі із запущеної стадії пухлини головки підшлункової залози; реконструкційні операції жовчних проток при обструктивній жовтяниці; об'ємні резекції печінки; функції операції). при онкологічних захворюваннях шлунково-кишкового тракту). Значно обширні ендоскопічні втручання – поліпектомія, ендоскопічна ретроградна панкреатохоланграфія з папілотомією та літоекстракцією та літотрипсією, розтин та резекція слизової оболонки при пухлинах шлунково-кишкового тракту, черезшкірне ендоскопічне стадіювання.

КНП «КЛШМД» ДМР приділяє велику увагу розробці, впровадженню та вдосконаленню лапароскопічних та малоінвазивних операцій. Розроблені та захищені патентами лапароскопічні втручання при невідкладних патологіях органів черевної порожнини: апендектомія, холецистектомія, різні види герніопластики, лапароскопічне ушивання або висічення перфоративних виразок дванадцятипалої кишки, лапароскопічні абсцеси внутрішніх органів.

За останні три роки у відділеннях нейрохірургії зроблено значний розвиток. Освоєні та широко практикуються хірургічні втручання з видалення гематом головного мозку (субдуральних, епідуральних, внутрішньомозкових), видалення вдавлених переломів, аневризм мозкових артерій, крововиливів тулуба.

Особливих успіхів досягнуто в хірургічному лікуванні пухлин головного мозку основи черепа – аденом гіпофіза, краніофарингіоми, пухлин моста і мозочкового кута та краніовертебрального з'єднання. В хірургії хребта та спинного мозку хірургічні втручання проводять при травматичних ушкодженнях хребта (транспедикулярна фіксація, корпектомія з подальшою коррозією), при об'ємних утвореннях хребта та захворюваннях хребта (дискектомія з подальшою внутрішньою фіксацією хребців, низький остеосиніт). Майже всі операції з пухлин головного мозку є ексклюзивними та унікальними.

Лікарня щорічно надає невідкладну медичну допомогу 30-35% дніпровських пацієнтів, оперує 27-30% хворих у невідкладних операціях з показниками, які дорівнюють європейським, а в деяких нозологіях ще кращі.

Підприємство тісно пов'язане з службами, розташованими на його сайті, що позитивно впливає на якість діагностично-лікувального процесу та на розвиток науки і практики в цій галузі (написання та видання монографій, щорічний збірник наукових статей), навчання ординаторів та докторантів, доказові медичні технології в практиці охорони здоров'я населення.

Налагоджена співпраця із зарубіжними клініками США, Австрії, Німеччини, Франції та Великобританії для обміну досвідом допомоги хворим та пораненим. За історично короткий термін підприємство стало головним клінічним закладом Дніпра, що надає невідкладну медичну допомогу хворим і пораненим, і відоме за кордоном роботою медичного персоналу та новими методами лікування.

2.3. Аналіз системи менеджменту в КНП «КЛШМД» ДМР

КНП «КЛШМД» ДМР є одержувачем бюджетних коштів у межах бюджетних асигнувань, затверджених протягом відповідного фінансового року.

Крім того, КНП «КЛШМД» ДМР отримує фінансування на надання медичних послуг, пов'язаних з наданням вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги пацієнтам за договором № 0454-E420-P000 на надання медичної допомоги від Національної служби здоров'я України. Утримання підприємства та оплата праці здійснюються за рахунок бюджетних коштів, а також коштів, отримання яких передбачено чинним законодавством України.

Джерелами фінансування КНП «КЛШМД» ДМР є:

- кошти бюджету та власний дохід компанії;
- кошти від здачі в оренду нерухомого майна;
- грошові кошти та інші товари від реалізації продукції (робіт, послуг);
- кошти, отримані за договорами з центральним органом виконавчої влади на реалізацію державної політики у сфері державних фінансових гарантій надання медичної допомоги;
- товари, отримані безоплатно або у вигляді безоплатної фінансової допомоги чи добровільних пожертв на благодійні організації, пожертв юридичних та фізичних осіб;
- кошти, отримані на виконання програм економічного та соціального розвитку Дніпра, програм розвитку медицини;
- інші джерела, не заборонені чинним законодавством.

В таблицях 2.2 та 2.3 надано динаміку доходів та витрат КНП «КЛШМД» ДМР

Таблиця 2.2

Структура доходів КНП «КЛШМД» ДМР, тис. грн.

Доходи	2018	2019	2020
Бюджетні кошти	222 959,6	240 698,1	293 089,0
Власні надходження	6 817,5	9 355,3	11 154,5
Всього	229 777,1	250 053,4	304 243,5

Таблиця 2.3

Структура витрат КНП «КЛШМД» ДМР, тис. грн.

Показники	2018		2019		2020	
	сума	%	сума	%	сума	%
Заробітна плата (2111)	131490,0	57,2	147765,6	59,1	162067,7	53,3
Нарахування на оплату праці (2120)	28927,7	12,6	32508,4	13,0	35654,9	11,7
Предмети, матеріали, обладнання та інвентар(2210)	2536,2	1,1	2105,7	0,8	15016,1	4,9
Медикаменти та перев'язувальний інвентар(2220)	22537,2	9,8	23728,7	9,5	47264,7	15,5
Продукти харчування (2230)	3240,6	1,4	4371,7	1,7	4665,6	1,5
Оплата послуг, крім комунальних (2240)	2727,1	1,2	5720,4	2,3	3669,5	1,2
Оплата теплопостачання (2271)	8145,3	3,5	10777,0	4,3	11864,2	3,9
Оплата водопостачання (2272)	1824,9	0,8	2064,1	0,8	2378,4	0,8
Оплата електроенергії (2273)	4862,9	2,1	5298,8	2,1	5664,9	1,9
Окремі заходи по реалізації державних програм, не віднесені до заходів розвитку (2282)	14,5	0,0	32,0	0,0	58,1	0,0
Виплата пенсії і допомоги(2710)	412,4	0,2	443,6	0,2	519,6	0,2
Інші поточні видатки (2800)	1122,9	0,5	917,8	0,4	514,4	0,2
Придбання обладнання(3110)	1256,0	0,5	1211,8	0,5	3545,1	1,2
Капітальний ремонт (3130)	20679,4	9,0	13107,8	5,7	11040,7	3,6
Всього	229777,1		250053,4		304243,5	

Як свідчать дані таблиці, значна частині видатків спрямована на виплату заробітних плат співробітникам КНП «КЛШМД» ДМР. В 2020 році за даною статтею видатків було використано 53,3 % від загальної суми витрат. При чому даний показник зменшує свою питому вагу в структурі витрат на користь витрат на медичні витратні матеріали. Хоча у вартісному виразі видатки на оплату праці збільшилися. Така тенденція свідчить про підвищення ефективності обслуговування населення та розширення кількості безплатних медикаментів. В основному це зумовлено збільшенням кількості діагностиків для визначення захворювання людей на вірус Ковід 19.

В таблиці 2.4 наведені фінансові показники діяльності КНП «КЛШМД» ДМР за період 2018-2020 рр.

Таблиця 2.4

Фінансові показники діяльності КНП «КЛШМД» ДМР, тис. грн

Найменування	2018	2019	2020
Доходи всього: в т.ч.	209 361,40	235 586,30	291 861,20
Чистий дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг) в тому числі:	204 609,40	231 741,10	285 155,70
за рахунок бюджетних коштів	202 452,60	227 590,30	282 048,40
Інші операційні доходи, в тому числі	3 682,00	2 568,40	1 740,80
дохід від операційної оренди активів	2 335,80	1 885,70	1 270,30
Інші доходи, в тому числі (амортизація)	1 070,00	1 276,80	4 964,70
дохід від безоплатно одержаних активів	798,20	905,80	4 670,40
Витрати всього в т.ч.	209 361,40	235 586,30	291 861,20
Собівартість реалізованої продукції (товарів, робіт, послуг)	183 279,36	205 075,86	260 372,66
Адміністративні витрати	24 222,10	28 475,03	30 705,24
Інші операційні витрати	1 859,94	2 035,40	783,30
Інші витрати			
Фінансовий результат	0,00	0,00	0,00

Дані таблиці демонструють, що КНП «КЛШМД» ДМР не прибуткова організація, доходи якої повністю використовуються для покриття власних потреб.

Охорона здоров'я – одна з найважливіших галузей соціальної сфери в Україні. Робота медичного персоналу безпосередньо пов'язана з реалізацією конституційного права людини і громадянина на охорону здоров'я, медичне обслуговування та медичне страхування. Ефективна організація роботи медичного персоналу є одним із головних чинників, що забезпечують здоров'я населення та особи, а отже, визначають соціальну стабільність у суспільстві.

Управлінні рішення в КНП «КЛШМД» ДМР приймаються через динамічний і внутрішньо взаємопов'язаний процес, що складається з процесів, показаних на рис. 2.4.

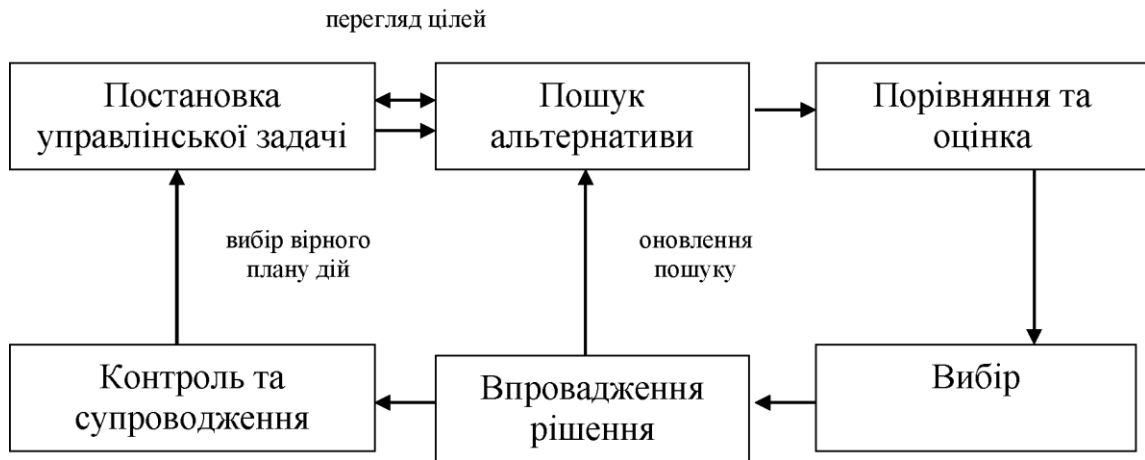


Рис. 2.4. Процес прийняття управлінських рішень в КНП «КЛШМД» ДМР

У КНП «КЛШМД» управлінські рішення ДМД насамперед розробляє та затверджує головний лікар. Тому можна припустити, що це традиційні методи прийняття управлінських рішень. Головний лікар, у свою чергу, підпорядковується Дніпропетровській міській раді та в разі надзвичайної ситуації узгоджує з нею окремі управлінські рішення.

Наведений вище рисунок було використано в управлінні рішення про придбання PHILIPS MX8000 CT наприкінці 2017 року. Запуск відбувся на початку 2018 року, але рішення про покупку передувало наступним крокам:

Прийняття рішення керівництва КНП «КЛШМД» ДМР про закупівлю томографа починається із вирішення завдання нововведень (придбання томографа);

Пошук альтернатив. Це дослідження полягає у вивченні зовнішнього та внутрішнього середовища ЦНП «КЛШМД» ДМР з метою отримання необхідної інформації, яка потім буде використана для створення переліку альтернативних рішень, які в іншому випадку призвели б до вирішення проблеми оздоровлення.

На рис. 2.5. наведено SWOT-аналіз діяльності КНП «КЛШМД» ДМР.

СИЛЬНІ СТОРОНИ	МОЖЛИВОСТІ
<p>1. Інфраструктура:</p> <ul style="list-style-type: none"> - лікарня відповідає усім вимогам до лікарень інтенсивного лікування; - розпочато реконструкцію та капітальний ремонт. <p>2. Досвід:</p> <ul style="list-style-type: none"> - широкий спектр медичних послуг; - кваліфікований лікарський персонал; - досвід ургентної допомоги в т.ч. при надзвичайних ситуаціях; - спеціалізація відділень; - широке впровадження інноваційних медичних технологій; - консультативна допомога ЛЗ м. Дніпро. <p>3. Активність:</p> <ul style="list-style-type: none"> - прогресивне ставлення колективу щодо модернізації; - співпраця з іноземними клініками; - активна співпраця зі страховими компаніями. 	<p>1. Можливість для впровадження додаткових платних медичних послуг.</p> <p>2. Активна позиція місцевої влади, зацікавленість та сприяння щодо розвитку медицини.</p> <p>3. Співпраця з приватними клініками.</p> <p>4. Залучення благодійних фондів, донорських коштів, грантової допомоги.</p> <p>5. Очікування 100% фінансування екстренної медичної послуги.</p> <p>6. Можливість створення АДЛЦ.</p> <p>7. Активний розвиток системи добровільного медичного страхування та перспектива введення обов'язкового медичного страхування.</p>
СЛАБКІ СТОРОНИ	ЗАГРОЗИ
<p>1. Кадрові ресурси:</p> <ul style="list-style-type: none"> - плінність кадрів; - недостатня мотивація; - неукомплектованість кадрами; - низька мотивація лікарів старшого віку щодо набуття нових навичок та компетенцій. <p>2. Фінансові та матеріальні ресурси:</p> <ul style="list-style-type: none"> - обмеженість фінансових ресурсів та джерел їх поповнення; - наявність управлінських обмежень; - значний знос основних засобів; - наявність застарілого обладнання, що потребує заміни; - потреба в ремонтні приміщень. <p>3. Інформаційні технології:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Недостатній рівень використання сучасних інформаційних технологій. 	<p>1. Дороговартісне впровадження інноваційних методів діагностики та лікування.</p> <p>2. Погіршення демографічної ситуації.</p> <p>3. Звільнення молодих спеціалістів у зв'язку з низьким рівнем оплати праці.</p> <p>4. Складна економічна та політична ситуація в країні.</p> <p>5. Ріст мережі приватних клінік.</p> <p>6. Брак кваліфікованих кадрів через відтік останніх за кордон та в приватні заклади охорони здоров'я.</p> <p>7. Зменшення потоку фінансування на період епідемії та здійснення заходів із запобігання поширенню гострої респіраторної хвороби Ковід-19.</p>

Рис. 2.5. SWOT-аналіз діяльності КНП «КЛШМД» ДМР

Порівняння та оцінка існуючих альтернатив здійснюється шляхом пошуку альтернативних шляхів досягнення мети (підвищення рівня обслуговування та прибутковості клініки) та оцінки цих рішень. Доступні альтернативи включали:

- створення стоматологічної та протезної практики;
- встановлення більш точного ультразвукового обладнання;
- встановлення новітнього обладнання цифрової рентгенографії.

Відбір. Головний лікар вибирає правильний варіант з безлічі варіантів. Виявилось, що найкращим варіантом є той, який дозволяє отримати результат, який найбільше відповідає цілям і цінностям КНП «КЛШМД» ДМР. Таким варіантом було придбання КТ-сканера PHILIPS MX8000.

Проаналізувавши систему розроблення та прийняття управлінських рішень у КНП «КЛШМД» ДМР та фінансову звітність лікарні, зроблено такі висновки:

- КНП «КЛШМД» ДМР використовує традиційні методи прийняття рішень, де основним відповідальним за прийняття управлінських рішень є головний лікар;
 - управлінські рішення здебільшого приймає одна особа;
 - система прийняття управлінських рішень КНП «КЛШМД» ДМР включає 6 рівнів, серед яких можливий перегляд цілей прийняття рішень;
 - систему прийняття управлінських рішень КНП «КЛШМД» ДМР необхідно модернізувати для збільшення доходів і зниження витрат;
 - необхідно переглянути показники ефективності управлінських рішень, роблячи акцент на економічному та соціальному аспекті.

Висновки до другого розділу

1. КНП «Клінічна лікарня швидкої медичної допомоги» Дніпровської міської ради є закладом середньої медичної допомоги, який надає спеціалізовану медичну допомогу в умовах цілодобового стаціонару дорослим пацієнтам. Робота всіх діагностично-лікувальних відділень організована цілодобово (лабораторна діагностика, УЗД, рентген, комп'ютерна томографія, ФГДС та ендоскопічний контроль шлунково-кишкових кровотеч з використанням

високотехнологічного хірургічного обладнання, у тому числі малоінвазивні артеріальні втручання), технології втручання (лапароскопія) для хірургічних та гінекологічних хворих.

2. За час існування лікарні медичну допомогу отримали понад 1,2 млн пацієнтів. Щорічно до лікарні звертається понад 60 000 пацієнтів, у тому числі близько 33 000 у лікарнях. Лікарня щорічно забезпечує невідкладними препаратами 30-35% хворих м. Дніпро, оперує 27-30% хворих на невідкладні операції в Дніпрі з показниками, які дорівнюють середньому по місту, а за певними нозологіями навіть краще.

3. КНП «КЛШМД» ДМР є одержувачем бюджетних коштів у межах бюджетних асигнувань, затверджених протягом відповідного фінансового року. Крім того, КНП «КЛШМД» ДМР отримує фінансування на надання медичних послуг, пов'язаних з наданням вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги пацієнтам за договором № 0454-E420-P000 на надання медичної допомоги від Національної служби здоров'я України. Значна частині видатків спрямована на виплату заробітних плат співробітникам КНП «КЛШМД» ДМР. В 2020 році за даною статтею видатків було використано 53,3 % від загальної суми витрат. При чому даний показник зменшує свою питому вагу в структурі витрат на користь витрат на медичні витратні матеріали. Хоча у вартісному виразі видатки на оплату праці збільшилися. Така тенденція свідчить про підвищення ефективності обслуговування населення та розширення кількості безплатних медикаментів. В основному це зумовлено збільшенням кількості діагностиків для визначення захворювання людей на вірус Ковід 19.

4. У КНП «КЛШМД» управлінські рішення ДМД насамперед розробляє та затверджує головний лікар. Головний лікар, у свою чергу, підпорядковується Дніпропетровській міській раді та в разі надзвичайної ситуації узгоджує з нею окремі управлінські рішення. Проаналізувавши систему розроблення та

прийняття управлінських рішень у КНП «КЛШМД» ДМР та фінансову звітність лікарні, зроблено такі висновки: використовує традиційні методи прийняття рішень, де основним відповідальним за прийняття управлінських рішень є головний лікар; систему прийняття управлінських рішень КНП «КЛШМД» ДМР необхідно модернізувати для збільшення доходів і зниження витрат; необхідно переглянути показники ефективності управлінських рішень, роблячи акцент на економічному та соціальному аспекті.

РОЗДІЛ 3

ОСНОВНІ НАПРЯМКИ МОДЕРНІЗАЦІЇ УПРАВЛІННЯ НА ЗАСАДАХ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ДОСВІДУ

3.1. Міжнародне співробітництво у медичній сфері

У 2020 році трансформація системи охорони здоров'я успішно пройшла другий етап. З 1 квітня 2020 року почалися зміни в обслуговуванні спеціалістів. Адже починалися там, де їх найбільше чекали пацієнти та медперсонал – у клініках та лікарнях. Ці зміни були внесені в умовах дуже складної ситуації для системи охорони здоров'я. Почалася пандемія COVID-19, до якої не була готова жодна медична система у світі, лікарі були змушені працювати в складних умовах невизначеності та великого навантаження. Механізми реагування на пандемію у світі розвивалися стрімко, готових рішень не було, а Національна служба здоров'я України довела свою ефективність у надзвичайних ситуаціях, підготувавши та запровадивши зміни до відповідної програми гарантій здоров'я.

Також слід зазначити, що внаслідок процесів, спричинених політичним циклом в Україні, у 2020 році змінилося керівництво МОЗ. Однією з цілей цього року було налагодження інституційної співпраці. Зі свого боку НСЗУ чітко та детально надав всю необхідну інформацію щодо механізмів трансформації, їхньої місії та бачення. організації охорони здоров'я мали повний доступ до всіх даних про фінансування медичних закладів протягом періоду трансформації охорони здоров'я.

У резолюції Європарламенту від 11 лютого 2021 року щодо імплементації Угоди про асоціацію між ЄС та Україною депутати віддали належне трансформаційним процесам української системи охорони здоров'я, зокрема

діяльності Національного Міністерства охорони здоров'я, що служить Україні. запровадити прозору систему фінансування медичних послуг.

Також у 2020 році міжнародні партнери активно підтримували Україну на шляху до національного покриття. Міжнародні партнери, такі як Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), Світовий банк, Швейцарське агентство розвитку та співпраці, Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), Агентство США з міжнародного розвитку (USAID), уряд Сполученого Королівства (UKAid), Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, Представництво ЄС в Україні, Уряд Канади через закордонні справи, торгівлю та розвиток Канади, Міжнародний благодійний фонд «Відродження», Центри контролю та профілактики захворювань США, Посольства Європи в Україні та інших міжнародних партнерів. Ми брали участь та надавали експертну та фінансову підтримку для впровадження процесів трансформації охорони здоров'я. Ми відчули їхню підтримку на всіх важливих етапах цього непростого року, як-от: Б. у впровадженні другого етапу реформ, політична ситуація в Україні в уряді та зміна голови Національної служби охорони здоров'я з. Україна, використання COVID-19. 19 Система реагування на пандемію.

Подальшу реалізацію передбачають низка міжнародних зобов'язань України, зокрема Угода про асоціацію Україна-ЄС, Програма підтвердження з МВФ, спільний проект МОЗ України та Світового банку «Поліпшення здоров'я людей на роботі». Реформи у розвитку первинної медико-санітарної допомоги, запровадження нової моделі фінансування медичних працівників, поступове впровадження єдиного медичного простору, сучасне фінансове стимулювання для підвищення доступності та якості медичних послуг тощо. Міжнародні партнери підтримали Україну в боротьбі з пандемією. Тому Світовий банк виділив кошти в рамках додаткового фінансування проекту «Краще здоров'я для людей» для посилення реагування на пандемію COVID-19 у сфері охорони здоров'я в Україні. У рамках проекту Фонду «Краще здоров'я на службі у людей»

та його додаткового фінансування НСЗУ відіграє ключову роль у підтримці та реалізації цілей проекту з підтримки трансформації системи охорони здоров'я, включаючи участь у впровадженні індикаторів, орієнтований на результат. У рамках проекту технічної допомоги на підтримку реформи охорони здоров'я та управління, що фінансується Швейцарським офісом співробітництва в Україні, діагностичними групами проаналізовано процес впровадження та профінансовано Спільний проект Групи Кореї та Світового банку. Group Partnership Facility) уклав співпрацю з колегами із Кореї.

Відповідно до дворічної угоди про співпрацю між Урядом України та Європейським регіональним бюро ВООЗ, а також за фінансової підтримки Великого Герцогства Люксембург та Європейського Союзу в рамках партнерства ЄС-Люксембург - ВООЗ для універсального доступу службам охорони здоров'я ВООЗ надає аналітичну підтримку та допомогу. Зокрема, експерти ВООЗ проаналізували дані та змодельовали бюджети лікарень, розробили сценарії зниження ризиків та остаточні моделі контрактів на медичне обслуговування в рамках підготовки до другого етапу реформи у квітні 2020 року. Команда ВООЗ внесла свій внесок у збереження ключових принципів реформи та зміцнення сприяння політичному діалогу. та консультації високого рівня щодо Закону про державні фінансові гарантії, плюсів і мінусів впровадження різних моделей фінансування, наслідків для фінансового захисту, задоволення потреб, ефективності та якості медичної допомоги. послуги.

ВООЗ надала постійну технічну підтримку для аналізу ситуації з коронавірусом та зміцнила спроможність медичних закладів реагувати на COVID-19, організувавши навчальний семінар для співробітників центральних та міжрегіональних офісів НСЗУ. Семінар використовував епідеміологічні прогнози групи ВООЗ щодо надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я для планування надання послуг.

У розпал епідемії та розглянути можливість використання фінансових та медичних інструментів для запобігання ризику переповненості. ВООЗ у співпраці з представниками міжрегіональних відділень НСЗУ провела оцінку забезпечення киснем лікарень, які приймають хворих на COVID-19.

Підтримка міжнародних партнерів також знайшла своє відображення у низці спільно реалізованих проєктів міжнародної технічної допомоги, спрямованих на посилення спроможності НСЗУ як менеджера реформи охорони здоров'я та її складових: індивідуальна реформа, розвиток системи електронного здоров'я та громадського доступу, забезпечення та покращення якості ліків.

Зусилля Проєкту допомоги реформі охорони здоров'я USAID були зосереджені на розбудові організаційного потенціалу НСЗУ та інтенсивному спілкуванні з усіма зацікавленими сторонами реформи охорони здоров'я.

Проєкт забезпечив експертну та технічну підтримку у п'яти напрямках:

- поліпшення управління в секторі охорони здоров'я;
- сприяння трансформації моделі фінансування охорони здоров'я;
- розширити можливості медичних працівників;
- підвищити прозорість, підзвітність системи охорони здоров'я та її реагування на зміни;
- удосконалення системи обслуговування на всіх рівнях.

У рамках проєкту «Підтримка розвитку інфраструктури e-health в Україні», що реалізується за підтримки уряду США через Агентство США з міжнародного розвитку, здійснювалась співпраця щодо зміцнення системи e-Health, зокрема автоматизація Процеси NHS та передача прав інтелектуальної власності на комп'ютерну програму, що містить програмне забезпечення та інші продукти, що є частиною системи eHealth.

У рамках проєкту «Посилення зусиль з ВІЛ/СНІДу в Україні» за підтримки Уряду США через Агентство США з міжнародного розвитку розпочато оптимізацію системи зберігання електронних медичних карт та передачу прав

інтелектуальної власності в окремій частині центральна електронна база даних. системи охорони здоров'я. Проект також забезпечив комплексну інформаційну підтримку процесів трансформації охорони здоров'я в умовах пандемії COVID-19.

Проект «Безпечні, доступні та ефективні ліки для українців» (SAFEMed), що фінансується урядом США через Агентство США з міжнародного розвитку, допоміг NSSU покращити доступ громадськості до безпечних та високоякісних NSSS. Удосконалити знання сучасних методів ціноутворення та передового міжнародного досвіду щодо ціноутворення та реімбурсації ліків, а також розробити систему ключових показників ефективності електронних рецептів.

Ряд проектів спрямований на зміцнення та подальший розвиток системи eHealth. Зокрема, проект ACCESS Pro: Доступ громади до лікування ВІЛ через зміцнення інформаційних систем та покращення доступу до послуг, що фінансується урядом США через Міністерство охорони здоров'я та соціальних служб США (DHHS)/Центри контролю та профілактики захворювань США (CDC) розпочав співпрацю з удосконалення систем електронного здоров'я для розробки можливостей функціонального кодування для діагностики психічних захворювань та ВІЛ.

У рамках проекту «Електронний уряд для підзвітності уряду та участі громади» (EGAP), який фінансується Урядом Швейцарської Конфедерації через Швейцарське агентство розвитку та співпраці (SDC), компонент охорони здоров'я програми ІТ та його інтеграція з d' інша інформація розробляється стала. Медичні системи свідоцтва про народження.

Це забезпечило запуск інтегрованого онлайн-сервісу eBaby: лікар створює електронний документ у реєстрі центральної бази електронної системи охорони здоров'я, який автоматично отримується після внесення заявником даних на портал сільської місцевості.

Крім того, інтегрований сервіс eBaby включає реєстрацію в реєстрі пацієнтів центральної бази даних системи eHealth, що ще більше спрощує взаємодію громадян з медичною допомогою та дозволяє повною мірою скористатися перевагами системи eHealth. інструмент

Проект також передбачає електронну взаємодію з Національним реєстром актів цивільного стану для отримання інформації про медичні свідчення про народження та інші публічні записи про народження дитини.

Національна служба здоров'я застосовує в Україні принцип загальної охорони здоров'я. Інструментом її реалізації є Програма медичних гарантій. Це перелік та обсяги медичних послуг та ліків, які держава гарантує населенню та оплачує з державного бюджету за єдиними тарифами. Це прозорі правила доступу до медичних послуг, які знають пацієнти, які фінансово підтримують їх під час лікування і таким чином уникають катастрофічних медичних витрат.

В Україні програма медичних гарантій повністю реалізується з квітня 2020 року.

Програма медичних гарантій базується на потребах пацієнтів у медичних послугах та ефективності методів лікування, а також з урахуванням принципу реалістичності.

Визначено пріоритетні послуги: лікування гострого інсульту та гострого інфаркту міокарда, медична допомога під час пологів та складних неонатальних випадків, а також інструментальне обстеження для раннього виявлення онкології. Для пріоритетних послуг прийнято особливий підхід: підвищені вимоги до установки, відповідно тарифи та винагорода за фактично надану послугу.

Для більшості видів медичної допомоги Національна служба охорони здоров'я оплачує більше ніж одну послугу, але цілий ряд послуг. Щоб їх структурувати, НСЗУ розробила концепцію пакетів медичних послуг. Кожен пакет визначає, що фінансується, які вимоги до надання послуг і як вони оплачуються. У 2020 році програма медичних гарантій складалася з 32 пакетів.

У відповідь на поточну ситуацію з пандемією служба медичних сестер NHSU швидко розширилася та включила медичну програму COVID-19.

Одним із ключових напрямків програми медичних гарантій є наближення медичної допомоги до пацієнта. Зі створенням програми медичних гарантій пацієнти отримали реальну фінансову підтримку. Нарешті, програма надає чіткий перелік послуг, які пацієнт може отримати безкоштовно, і встановлює правила їх отримання. Таким чином кожен зможе скористатися доступною та якісною медичною допомогою без катастрофічних фінансових витрат. На сьогоднішній день програма медичних гарантій охоплює всі основні види медичної допомоги пацієнтам.

Орієнтації на пацієнта сприяє вільний вибір лікаря та можливість зміни лікаря. Отримання медичних послуг більше не залежить від реєстрації. Сімейного лікаря та спеціалізованого медичного закладу можна обрати незалежно від місця проживання – за умови, що лікарня, де працює такий спеціаліст, має договір з Національною службою здоров'я. Важливо, щоб лікар загальної практики направив вас до спеціаліста. Національна служба здоров'я оплачує послуги закладу, обраного пацієнтом. Це може бути приватна особа.

Онлайн-сервіси та електронні інструменти є ще однією важливою перевагою для пацієнта. Завдяки електронній медичній карті історія хвороби кожного пацієнта зберігається в системі і не губиться, як паперова медична карта. Електронні дані підвищують конфіденційність: доступ до них мають лише точно визначені лікарі.

Механізми NHS використовуються для встановлення практик, які ставлять пацієнта в центр системи охорони здоров'я.

У всіх пакетах за потреби в послуги входить знеболення, адже за гуманістичними принципами лікування має бути не тільки професійним та ефективним, а й максимально травматичним.

Згідно з урядовою схемою відшкодування, пацієнти можуть отримати ліки від серцево-судинних захворювань, астми та діабету II типу безкоштовно або за невелику доплату. Лікар, з яким пацієнт підписав декларацію, виписує для цього електронний рецепт. Рецепт також можна отримати по телефону. Це важливо під час пандемії, оскільки дозволяє уникати місць скупчення людей.

Ліки за електронним рецептом є в усіх аптеках, які мають договір з НСЗУ, незалежно від місця проживання та реєстрації особи.

3.2. Стратегічне планування комплексних програм громадського здоров'я в контексті європейського досвіду

Підписавши Угоду про асоціацію між Україною, з одного боку, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії та їх державами-членами, з іншого боку, Україна взяла на себе зобов'язання розвивати співпрацю у сфері охорони здоров'я. Підписана угода містить окрему главу 22 під назвою «Охорона здоров'я», яка розкриває зобов'язання України щодо впровадження заходів щодо охорони здоров'я людей як передумови сталого розвитку та економічного зростання.

Як член Організації Об'єднаних Націй (ООН), Україна дотримується Цілей сталого розвитку, розробляючи відповідні національні стратегічні цілі, приділяючи особливу увагу визначенню та розмежуванню відповідальності у сфері охорони здоров'я між зацікавленими сторонами та розробці програм громадського здоров'я. .

Концепція розвитку системи охорони здоров'я, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. No 1002-р, показує основні принципи, напрями, завдання, механізми та умови побудови системи охорони

здоров'я. здоров'я в Україні. Середньостроковий план першочергових дій уряду до 2020 року, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 3 квітня 2017 р. № 275-р, визначає напрями «розвитку системи охорони здоров'я», яким відповідає за впровадження нових підходів і програм для вирішення проблем охорони здоров'я.

У цих статтях підкреслюється важливість переходу від нагляду за станом здоров'я та контролю інфекційних захворювань до нового підходу до громадського здоров'я. Більшість європейських країн обрали цей шлях, зосередившись на зміцненні здоров'я, профілактиці захворювань та міжгалузевій співпраці. Ця переорієнтація дала можливість країнам ЄС збільшити тривалість життя та покращити добробут населення.

Запроваджена в Україні децентралізація відкрила багато можливостей для оздоровлення жителів об'єднаних територіальних громад. Керівництво Об'єднаної місцевої влади бере активну участь у реформуванні системи охорони здоров'я, приймає управлінські рішення щодо покращення медичної допомоги та бере участь у вирішенні проблем, що виникають у місцевих закладах охорони здоров'я.

Відповідно до концепції розвитку системи охорони здоров'я в Україні, перехід від вертикального управління, коли більшість закладів охорони здоров'я перебували у підпорядкуванні МОЗ, до децентралізованої моделі системи охорони здоров'я, де нею керують на місцевому рівні органами автономної влади при залученні коштів з державного бюджету.

Міністерством охорони здоров'я України створено Центр громадського здоров'я – заклад охорони здоров'я, який займається підтриманням та зміцненням здоров'я населення, соціально-медичним наглядом за захворюваннями, епідеміологічним моніторингом та біологічною безпекою, профілактикою груп населення та боротьби з хворобами. . Епідемії та стратегічне управління охороною здоров'я.

Просте поєднання слів «спільнота» і «здоров'я» дає зрозуміти, що здоров'я можна підтримувати або зміцнювати лише спільними діями багатьох людей, які повинні працювати разом для досягнення спільної мети. Таким чином, місцева влада є одним із ключових гравців у системі охорони здоров'я. До завдань муніципалітетів входить: визначення пріоритетів у розвитку регіональної політики та стратегічного управління охороною здоров'я; розробка регіональних планів із комплексними заходами та програмами профілактики та лікування захворювань, які спричиняють найбільші негативні соціально-демографічні та економічні наслідки на території/громаді району.

Громадське здоров'я ґрунтується на трьох основних напрямках: охорона здоров'я, профілактика захворювань та зміцнення здоров'я. Існують також так звані допоміжні заходи: надійна інформаційна система для даних про здоров'я та фактори ризику, які на нього впливають, стійке фінансування, управління, розвиток людських ресурсів, адвокація та дослідження.

Охорона здоров'я – це запобігання хворобам, травмам, інвалідності та смерті, пропаганда здорового способу життя та підтримка здорового довкілля та умов життя нинішнього та майбутніх поколінь. Однак громадське здоров'я також стосується загальної політики охорони здоров'я, розподілу ресурсів, організації та управління системою охорони здоров'я.

Сучасна охорона здоров'я має комплексну мету, оскільки вона включає заходи, спрямовані як на суспільство в цілому, так і на індивідуальні потреби в охороні здоров'я. Ряд цих заходів спрямований на покращення життєвого середовища, зменшення факторів ризику, що спричиняють значний тягар захворюваності та смертності населення, та стимулювання факторів, які, навпаки, сприяють зміцненню та збереженню здоров'я. Програмна спрямованість цих заходів охоплює широкий спектр стратегій вакцинації, зміцнення здоров'я та догляду за дітьми, маркування та збагачення харчових продуктів (збільшення вмісту вітамінів і мікроелементів у їжі для покращення якості харчування та

позитивного впливу на здоров'я людини) до гарантії гарного організовані та доступні медичні послуги.

Сильна система охорони здоров'я вимагає належного рівня готовності до надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру, а також швидкого реагування для стримування та усунення цих загроз.

Політика громадського здоров'я формується шляхом побудови системи охорони здоров'я, яка складається з комплексу інструментів, процедур і заходів, що впроваджуються державними та недержавними установами для покращення здоров'я населення, запобігання захворюванням, продовження активного та активного віку та сприяння здоров'ю. спосіб життя. спільними зусиллями всього суспільства.

Система громадського здоров'я як основа профілактичної медицини забезпечує основні заходи охорони здоров'я та спрямована на збереження здоров'я людей та зниження вартості медичної допомоги.

Місія громадського здоров'я полягає в тому, щоб максимізувати здоров'я та благополуччя окремих людей та громад на національному та глобальному рівні.

Для цього охорона здоров'я має вирішити такі завдання:

Досягти максимальної якості життя та здоров'я, економічного зростання та справедливості для всіх сфер суспільства.

Проводити профілактику та лікування захворювань та інвалідності.

Враховувати екологічні, біологічні, професійні та соціально-економічні фактори, що загрожують здоров'ю та життю людини, з акцентом на: хвороби і недуги, поранення і каліцтва; локальне та глобальне навколишнє середовище та екологія; здорове харчування, продовольча безпека, доступність їжі, якість та безпека; стихійні, техногенні та соціальні катастрофи, у тому числі військові конфлікти; особливо вразливих груп населення та особливих потреб у сфері охорони здоров'я.

Шукати та сприяти широкому застосуванню сучасних міжнародних найкращих практик і стандартів.

Підготовка фахівців у сфері охорони здоров'я.

Мобілізувати найкращі міжнародні наукові та епідеміологічні дослідження на основі наявних доказів і загальноприйнятих практик, які сприяють досягненню спільної мети.

Підтримувати та заохочувати права людини та громади на здоров'я, забезпечуючи рівний доступ, професіоналізм та етичні стандарти.

Концепція розвитку системи охорони здоров'я, затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р, передбачає децентралізацію шляхом передачі окремих функцій та ресурсів охорони здоров'я органам місцевого самоврядування та визначення їх повноважень. . реалізація політики громадського здоров'я, зокрема шляхом створення регіональних центрів громадського здоров'я. Це, зокрема, відповідно до Угоди про асоціацію між Україною, з одного боку, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії та їхніми державами-членами, з іншого боку, а також рекомендаціям ВООЗ у європейських діях. . План розвитку потенціалу та обслуговування. здоров'я та в основи європейської політики та стратегії на 21 століття. «Здоров'я 2020».

Однією з головних проблем розвитку охорони здоров'я є застарілий підхід, який стверджує, що питаннями охорони здоров'я має займатися місцеве управління чи управління охорони здоров'я, але фактично всі ресурси спрямовуються на їх стримування негативний вплив різних факторів . Бути благословенним. Місцеві органи влади повинні зробити важливий крок у напрямку профілактики захворювань, зміцнення здоров'я та збільшення тривалості життя шляхом створення регіональних центрів громадського здоров'я на основі поетапних змін у підходах до планування політики та активної участі в цьому процесі. змінюється і несе певну відповідальність за збереження та

покращення здоров'я населення. Оцінка стану здоров'я людей у певній місцевості та визначення областей для покращення є важливими для інформування місцевих органів влади, щоб вони могли впливати на політику, досягати результатів та брати участь у мобілізації громадських ресурсів, необхідних для покращення здоров'я.

Відмінною рисою сучасного стану охорони здоров'я є наявність окремих елементів системи охорони здоров'я, які є непослідовними та потребують оптимізації наявних ресурсів та значного підвищення ефективності управління ними.

На основі рекомендацій ВООЗ і доведеної корисності оцінки спроможності охорони здоров'я в багатьох країнах ми пропонуємо розглянути в цьому контексті корисний досвід Австралії, де розроблено та апробовано інструмент оцінки систематичного потенціалу охорони здоров'я на регіональному рівні.

Адаптація Європейського плану дій щодо зміцнення потенціалу та послуг громадського здоров'я має здійснюватися паралельно на національному та регіональному рівнях і може бути представлена у формі дорожньої карти розвитку (ДКР) на основі результатів оцінки потенціалу.

Дорожня карта – це покроковий сценарій розробки об'єкта управління, який наочно зображує процес досягнення цілей, відображає стратегічно важливі події та порядок їх виникнення, що дозволяє краще зрозуміти їх суть та механізми, що визначають його розвиток. У стратегічному управлінні дорожня карта стає ефективним інструментом для безпосереднього переходу від загальної ідеї та можливих засобів досягнення цілей до конкретних кроків для їх реалізації.

Наочність інформації про ситуацію з рішенням і можливість своєчасного коригування позитивно відрізняє дорожню карту від інших варіантів стратегічного планування, зокрема бізнес-планування. Дорожня карта, на відміну від інших форм планування, передбачає варіативність еволюції об'єкта управління та дозволяє розробляти різноманітні сценарії розвитку.

Дорожня карта займає проміжне положення між стратегією і стратегічним планом. З одного боку, це дає змогу конкретизувати стратегію розвитку об'єкта управління та представити її реалізацію у вигляді послідовності пов'язаних дій. З іншого боку, це більш гнучкий інструмент, ніж стратегічний план, оскільки його можна адаптувати в будь-який момент у разі змін або після виконання заходів, представлених у дорожній карті, і значно уточнює бачення лідерського статусу. Використання дорожніх карт дає змогу не тільки передбачити ймовірні сценарії управлінської ситуації, а й найбільш раціонально визначити послідовність дій і подій, що ведуть до досягнення поставлених цілей.

Розробка дорожньої карти передбачає активне використання експертної інформації про об'єкт управління, що робить її зручним інструментом експертного прогнозування. Використання експертної інформації та залучення експертів до процесу стратегічного управління дає змогу розглядати та проводити технічний аналіз та оцінку спеціалістів, зокрема у разі майбутніх подій, під час прийняття стратегічних рішень на основі їхніх майбутніх прогнозів. Застосування методу дорожньої карти складається з трьох етапів: підготовки, розробки та впровадження.

Кроки розробки CQR з урахуванням результатів оцінки спроможності.

Етап 1. Підготовка до будівництва ДКР обласної системи охорони здоров'я.

Обґрунтування необхідності розробки ДКР (опис ситуації та проблеми, яку необхідно вирішити).

Визначення цілей. Визначення зацікавлених сторін, організацій або соціальних груп. Організуйте процес розробки та створіть ефективну систему дорожньої карти управління процесом розробки, оскільки він може бути складним і потребує об'єднаних зусиль великої кількості висококваліфікованих спеціалістів та експертів. Оцінка ресурсів, обсягу фінансування, часу, необхідного для впровадження ЦРБ.

Етап 2. Розробка ДКР.

Оцінка потреб або уточнення потреб для забезпечення розвитку всіх галузей регіональної системи охорони здоров'я: у даних, які потрібно зібрати; у продуктах (звіти, аналітичні огляди, різноманітні інформаційні носії, стратегічна інформація); у пропонованих послугах (профілактичні, лабораторні, інформаційні тощо); в методах і технологіях аналітичного моделювання, зокрема інноваційних;

Ресурси, необхідні для досягнення цілей. Визначте альтернативні варіанти досягнення стратегічних цілей, яких може бути декілька. Для кожної з альтернатив досягнення мети під час розробки ДКР визначаються очікуваний час, необхідний для її реалізації, та її внесок у досягнення мети. Після зважування кількох стратегічних цілей та кількох альтернативних варіантів їх досягнення в ДКР визначаються так звані точки прийняття рішень, зокрема, чи слід розвивати альтернативний варіант.

Розробка оцінок та рекомендацій щодо актуальності використання розглянутих альтернатив для досягнення мети. Рішення використовує такі критерії оцінки, як вартість, умови розробки та впровадження, продуктивність та інші показники, що характеризують функції системи.

Визначення ресурсів, необхідних для здійснення кожної діяльності, запропонованої в ДКР (фінансових, матеріальних, людських, інтелектуальних, технологічних).

Підготовка підсумкового звіту про розвиток ДКР та його графічне представлення, що показує процес управління, діяльність, структуру взаємовідносин (медичні установи, громадські організації, відділи тощо) та послідовні кроки (включаючи витрати та ресурси), очікувані результати та відображають перешкоди та ризики (особливо відхилення від запланованих термінів).

При розробці ДКР важливо зосередитися на трьох основних компонентах стратегічного планування розвитку системи охорони здоров'я:

- інфраструктура та ресурси (державні установи, державний сектор, партнерство та міжнародні відносини);
- інформаційні (демографічні, соціально-економічні, екологічні, медико-статистичні, контрольно-дослідні тощо) та системні (нормативні, джерела даних (форми, дезагрегація), дані виробників і постачальників, обіг, зберігання та використання інформації);

Організація моніторингу виконання цільових програм у сфері охорони здоров'я та оцінка результатів у контексті досягнення цілей сталого розвитку.

Супровідний документ за результатами розробки ДКР має містити достатньо інформації для вибору найбільш доцільного та розумного рішення для досягнення мети побудови регіональної системи охорони здоров'я.

Крок 3. Реалізація ДКР.

Перевірка та затвердження ДКР. При необхідності корекція фахівцями.

Розробка та реалізація плану виконання ДКР, що включає необхідні ресурси, терміни виконання планових завдань, виконавців. Майстерність впровадження ДКР, що дає можливість вводити коригувальну інформацію у разі істотних подій.

При розробці ДКР слід дотримуватися тих же вимог, що й при формулюванні стратегічних цілей: конкретність, вимірюваність, послідовність, доступність, визначеність у часі.

Етапи розробки дорожньої карти: підготовка до розвитку регіональної системи охорони здоров'я; обґрунтування необхідності розробки ДКР; постановка цілей; визначення зацікавлених сторін, організацій або соціальних груп; організація процесу розробки та створення ефективної системи управління процесом розробки дорожньої карти, формування кошторису ресурсів, обсяг фінансування, час, необхідний для впровадження ДКР.

Розвиток ДКР містить наступні етапи:

- визначення потреби в оцінці чи уточненні потреб для забезпечення розвитку всіх галузей регіональної системи охорони здоров'я;
- визначення альтернативних варіантів досягнення стратегічних цілей;
- розробка оцінок та рекомендацій щодо використання розглянутих альтернатив для досягнення мети;
- визначення ресурсів, які необхідні для виконання кожної дії, запропонованої в ДКР;
- підготовка підсумкового звіту про розробку ДКР та її графічне зображення.

Реалізація ДКР: перевірка та затвердження ДКР; розробка та реалізація плану виконання ДКР, що включає необхідні ресурси, терміни виконання планових завдань, виконавців; майстерність впровадження ДКР, що дає можливість вводити коригувальну інформацію у разі істотних подій.

На основі впровадження вказаних стратегічних напрямків розвитку відбудуться і зміни в стратегії КНП «КЛШМД» ДМР (табл. 3.1).

Талиця 3.1

Стратегічні напрями та цілі розвитку КНП «КЛШМД» ДМР

№ з/п	Найменування стратегічних цілей та завдань	Одиниця виміру	Плановий період (прогноз)		
			2021	2022	2023
1	2	3	4	5	6
1.	Стратегічний напрям: «Створення ефективної, прозорої відкритої та гнучкої системи управління»				
1.1.	Стратегічна ціль: «Удосконалення професійної підготовки кадрів з питань організації та управління»				
Основні завдання:					
1.1.1.	Забезпечити підготовку кадрів адміністративно-управлінського персоналу з урахуванням основ сучасного менеджменту.	особа	10	10	10
1.1.2.	Для підтримання системи безперервного професійного розвитку фахівців з питань організації та управління, забезпечити навчання.	особа	7	7	7
1.2.	Стратегічна ціль: «Підвищення кваліфікації медичних кадрів»				
Основні завдання:					

Продовження табл. 3.1

1.2.1.	Забезпечити проходження атестації лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою.	особа	144	146	181
1.2.2.	Забезпечити проведення науково-практичних конференцій, симпозіумів, робочих семінарів і нарад та інших спільних заходів, які спрямовані на підвищення кваліфікації та обмін досвідом з питань управління, надання медичних і супутніх послуг, покращення роботи з пацієнтами, тощо.	захід	4	4	4
2.	Стратегічний напрям: «Забезпечення організації та якості надання медичної допомоги»				
2.1.	Стратегічна ціль: «Покращення організації надання медичної допомоги»				
Основні завдання:					
2.1.1.	Створення відділення цілодобового амбулаторного прийому вузькоспеціалізованими фахівцями.	тис. грн	-	7000	-
2.2.	Стратегічна ціль: «Покращення якості надання медичної допомоги»				
Основні завдання:					
2.2.1.	Скорочення середнього терміну лікування хворих.	день	9,5	9,0	8,5
2.2.2.	Збільшити відсоток малоінвазивних втручань в хірургії	%	90	92	95
2.2.3.	Для систематичної організації навчання персоналу забезпечити проведення тренінгів, круглих столів, нарад	захід	4	5	7
3. Стратегічний напрям «Покращення матеріально-технічної бази: підвищення ефективності використання приміщень»					
3.1.	Стратегічна ціль «Дооснащення закладу необхідним обладнанням та устаткуванням (згідно таблицю матеріально-технічного оснащення)»				
Основні заходи					
3.1.1.	Забезпечити відділення анестезіології та інтенсивної терапії апаратами штучного дихання та вентиляції легень	од.	2	-	-
3.1.2.	Забезпечити клініко-діагностичну лабораторію меблями	тис. грн	1500	-	-
4.	Стратегічний напрям «Покращення фінансової спроможності»				
4.1.	Залучення додаткових коштів для розвитку лікарні.	тис. грн	150	200	250
4.2.	Укладання договорів зі страховими компаніями для подальшого розвитку медичної допомоги	Кількість договорів	3	2	-
4.3.	Впровадження додаткових платних послуг	тис. грн	250	250	250
4.4.	Укладання договорів з приватними клініками	Кількість договорів	-	2	-
4.5.	Збільшення доходів від здачі вільних приміщень в оренду	тис. грн	300	320	350
4.6.	Розміщення вільних коштів на депозитарний рахунок	тис. грн	10	15	20

Зміна стратегічних напрямків діяльності та прийняття управлінських рішень щодо оптимізації фінансування діяльності лікарень дозволять отримати наступні проектні дані (табл. 3.2)

Таблиця 3.2

Очікувані результати щодо фінансування діяльності КНП «КЛШМД»
ДМР

Джерело доходу	2021	2022	2023
Бюджетні кошти (місцевий бюджет та бюджет розвитку)	59 455,9	83 983,3	129 367,7
з них: бюджет розвитку*	4 000,0	25 200,0	65 000,0
Власні надходження (включають надходження за оренду, від реалізації брухту, відшкодування за комунальні послуги та експлуатаційні послуги орендарями, податок на землю)	7 239,0	7 673,4	8 402,3
в тому числі капітальні інвестиції	1 368,6	1 450,7	1 588,5
Кошти НСЗУ (державний бюджет)	153 979,1	163 217,8	178 723,5

Джерелами фінансування КНП «КЛШМД» ДМР є:

- бюджетні кошти (КНП «КЛШМД» ДМР отримує бюджетні кошти на оплату комунальних послуг, виплату пільгових пенсій, безповоротне фінансове забезпечення заробітної плати, капітальний ремонт у межах бюджетних асигнувань протягом фінансового року);

- кошти, отримані за надання медичних послуг за договором про надання медичної допомоги за програмою медичних гарантій від 27 березня 2020 р. № 0396-E420-P000 з Національною службою здоров'я України;

- оренда приміщень;

- інші джерела не заборонені чинним законодавством.

Відповідно до збільшення асигнувань на діяльність КНП «КЛШМД» ДМР зазнають зміни і фінансові показники діяльності. Збільшення обсягів фінансування дозволить збільшити витрати на надання медичних послуг.

Таблиця 3.3

Очікувані фінансові показники діяльності КНП «КЛШМД» ДМР в 2021-2023 рр., тис. грн.

Найменування	2021	2022	2023
Доходи всього: в т.ч.	216 760,80	229 766,40	251 5594,20
Чистий дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг) в тому числі:	213 416,10	226 221,10	247 742,10
за рахунок бюджетних коштів	55 455,90	58 783,30	64 367,70
Інші операційні доходи, в тому числі	3 314,70	3 513,60	3 847,40
дохід від операційної оренди активів	2 201,30	2 333,40	2 555,10
Інші доходи, в тому числі	30,00	31,70	34,70
Витрати всього в т.ч.	216 760,80	229 766,40	251 594,20
Собівартість реалізованої продукції (товарів, робіт, послуг)	186 019,60	197 180,80	215 913,00
Адміністративні витрати	29 007,40	30 747,80	33 668,80
Витрати на збут			
Інші операційні витрати	1 733,80	1 837,80	2 012,40
Інші витрати			
Фінансовий результат	0,00	0,00	0,00

Отже, за рахунок оптимізації структури фінансування з використанням світового досвіду розвитку медичної галузі, видатки КНП «КЛШМД» ДМР збільшуються, що дає змогу покращити матеріально-технічне забезпечення, стимулювати працівників лікарні, розширити спектр послуг та ін.

Висновки до третього розділу

1. Відповідно до угоди про співпрацю між Урядом України та Європейським регіональним бюро ВООЗ, а також за фінансової підтримки Великого Герцогства Люксембург та Європейського Союзу в рамках партнерства ЄС-Люксембург - ВООЗ для універсального доступу службам охорони здоров'я ВООЗ надає аналітичну підтримку та допомогу. Зокрема, експерти ВООЗ

проаналізували дані та змодельовали бюджети лікарень, розробили сценарії зниження ризиків та остаточні моделі контрактів на медичне обслуговування. ВООЗ надала постійну технічну підтримку для аналізу ситуації з коронавірусом та зміцнила спроможність медичних закладів реагувати на COVID-19. Підтримка міжнародних партнерів також знайшла своє відображення у низці спільно реалізованих проєктів міжнародної технічної допомоги, спрямованих на посилення спроможності НСЗУ як менеджера реформи охорони здоров'я та її складових: індивідуальна реформа, розвиток системи електронного здоров'я та громадського доступу, забезпечення та покращення якості ліків.

2. Дорожня карта займає проміжне положення між стратегією і стратегічним планом. З одного боку, це дає змогу конкретизувати стратегію розвитку об'єкта управління та представити її реалізацію у вигляді послідовності пов'язаних дій. З іншого боку, це більш гнучкий інструмент, ніж стратегічний план, оскільки його можна адаптувати в будь-який момент у разі змін або після виконання заходів, представлених у дорожній карті, і значно уточнює бачення лідерського статусу. Використання дорожніх карт дає змогу не тільки передбачити ймовірні сценарії управлінської ситуації, а й найбільш раціонально визначити послідовність дій і подій, що ведуть до досягнення поставлених цілей. Розробка дорожньої карти передбачає активне використання експертної інформації про об'єкт управління, що робить її зручним інструментом експертного прогнозування. Використання експертної інформації та залучення експертів до процесу стратегічного управління дає змогу розглядати та проводити технічний аналіз та оцінку спеціалістів, зокрема у разі майбутніх подій, під час прийняття стратегічних рішень на основі їхніх майбутніх прогнозів.

ВИСНОВКИ

1. Проведене дослідження дає змогу відмітити позитивну динаміку реформування системи охорони здоров'я, але слід відзначити такі недоліки: недостатня увага приділяється спеціалізованій та екстреній медичній допомозі, фінансування електронної охорони здоров'я залишається недостатнім та відсутнє оснащення закладів охорони здоров'я країни медичними інформаційними системами. Щоб заповнити ці прогалини, необхідні капітальні зміни в системі фінансування системи охорони здоров'я, зокрема вдосконалення тарифного розкладу на надання та оплату послуг за реальною вартістю (розробка гібридної моделі фінансування зі страхуванням), підвищення інформаційного забезпечення та якості освіти працівників медичної сфери.

2. Досягнення головної мети охорони здоров'я стикається з поєднанням політичних, економічних, демографічних та екологічних проблем. Швидке старіння населення, перехід патології в переважно хронічний перебіг, висока поширеність нездорового способу життя призводять до зростання потреби в медичній допомозі, що потребує додаткових витрат і ресурсів. Розвиток нових медичних технологій та підвищення рівня санітарної освіти сприяють зростанню вартості медичної допомоги та підвищенню очікувань громадян щодо її якості. Завдання менеджменту – максимально наблизити результат реалізації рішення до мети.

3. КНП «Клінічна лікарня швидкої медичної допомоги» Дніпровської міської ради є закладом середньої медичної допомоги, який надає спеціалізовану медичну допомогу в умовах цілодобового стаціонару дорослим пацієнтам. Робота всіх діагностично-лікувальних відділень організована цілодобово (лабораторна діагностика, УЗД, рентген, комп'ютерна томографія, ФГДС та ендоскопічний контроль шлунково-кишкових кровотеч з використанням високотехнологічного хірургічного обладнання, у тому числі малоінвазивні

артеріальні втручання), технології втручання (лапароскопія) для хірургічних та гінекологічних хворих. За час існування лікарні медичну допомогу отримали понад 1,2 млн пацієнтів. Щорічно до лікарні звертається понад 60 000 пацієнтів, у тому числі близько 33 000 у лікарнях. Лікарня щорічно забезпечує невідкладними препаратами 30-35% хворих м. Дніпро, оперує 27-30% хворих на невідкладні операції в Дніпрі з показниками, які дорівнюють середньому по місту, а за певними нозологіями навіть краще.

4. КНП «КЛШМД» ДМР є одержувачем бюджетних коштів у межах бюджетних асигнувань, затверджених протягом відповідного фінансового року. Крім того, КНП «КЛШМД» ДМР отримує фінансування на надання медичних послуг, пов'язаних з наданням вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги пацієнтам за договором № 0454-E420-P000 на надання медичної допомоги від Національної служби здоров'я України. Значна частині видатків спрямована на виплату заробітних плат співробітникам КНП «КЛШМД» ДМР. В 2020 році за даною статтею видатків було використано 53,3 % від загальної суми витрат. При чому даний показник зменшує свою питому вагу в структурі витрат на користь витрат на медичні витратні матеріали. Хоча у вартісному виразі видатки на оплату праці збільшилися. Така тенденція свідчить про підвищення ефективності обслуговування населення та розширення кількості безплатних медикаментів. В основному це зумовлено збільшенням кількості діагностиків для визначення захворювання людей на вірус Ковід 19.

5. У КНП «КЛШМД» управлінські рішення ДМД насамперед розробляє та затверджує головний лікар. Головний лікар, у свою чергу, підпорядковується Дніпропетровській міській раді та в разі надзвичайної ситуації узгоджує з нею окремі управлінські рішення. Проаналізувавши систему розроблення та прийняття управлінських рішень у КНП «КЛШМД» ДМР та фінансову звітність лікарні, зроблено такі висновки: використовує традиційні методи прийняття

рішень, де основним відповідальним за прийняття управлінських рішень є головний лікар; систему прийняття управлінських рішень КНП «КЛШМД» ДМР необхідно модернізувати для збільшення доходів і зниження витрат; необхідно переглянути показники ефективності управлінських рішень, роблячи акцент на економічному та соціальному аспекті.

б. Дорожня карта займає проміжне положення між стратегією і стратегічним планом. З одного боку, це дає змогу конкретизувати стратегію розвитку об'єкта управління та представити її реалізацію у вигляді послідовності пов'язаних дій. З іншого боку, це більш гнучкий інструмент, ніж стратегічний план, оскільки його можна адаптувати в будь-який момент у разі змін або після виконання заходів, представлених у дорожній карті, і значно уточнює бачення лідерського статусу. Використання дорожніх карт дає змогу не тільки передбачити ймовірні сценарії управлінської ситуації, а й найбільш раціонально визначити послідовність дій і подій, що ведуть до досягнення поставлених цілей. Отже, за рахунок оптимізації структури фінансування з використанням світового досвіду розвитку медичної галузі, видатки КНП «КЛШМД» ДМР збільшуються, що дає змогу покращити матеріально-технічне забезпечення, стимулювати працівників лікарні, розширити спектр послуг та ін.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адаменко А.В., Харченко Т.О. Обґрунтування управлінських рішень в системі менеджменту підприємства Науковий вісник Херсонського державного університету. Сер.: Економічні науки. 2018. Вип. 31. С. 54-56.
2. Ансофф И. Стратегическое управление. Москва: Экономика, 1989. 519 с.
3. Асаул А.М., Коваль О.С. Основні напрями підвищення якості та ефективності розробки і прийняття управлінських рішень у підприємницьких структурах. Економіка України. 2012. № 11. С. 29-37.
4. Афанасьев Н. В., Рогожин В. Д., Рудыка В. И. Управление развитием предприятия: монография. Харьков: ИНЖЭК, 2003. 128 с.
5. Бобров О.Е. Система Семашко. Пережиток прошлого или система нереализованных возможностей? Газета «Новости медицины и фармации» 8(242) 2008. URL: http://www.mif-ua.com/archive/article_print/5101 (дата звернення 15.12.2021)
6. Богач Ю.А., Кривокульська Н.М., Скочиляс С.М. Інформаційно-аналітичне забезпечення як організаційний ресурс для прийняття управлінських рішень. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2021. № 5. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2021_5_8. (дата звернення 05.09.2021).
7. Бурій С.А., Мацеха Д.С. Антикризове управління та управлінські рішення проблеми підприємств малого бізнесу : монографія. Хмельницький : Тріада-М, 2006. 93 с.
8. Бутко І. М. Модель та метод прийняття управлінських рішень на основі аналізу геопросторової інформації рішень. Сучасні інформаційні системи. 2021. Т. 5, № 2. С. 42-48.
9. Василенко В. А. Менеджмент устойчивого развития предприятия: монография. Киев: Центр учебной литературы, 2005. 648 с.

10. Вимоги ПМГ 2021. Проекти специфікацій та умов закупівлі за програмою медичних гарантій на 2021 рік / Національна служба здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021>. (дата звернення: 22.12.2021).
11. Виноградчий В.І., Якимець Б.Я., Тарасенко А.С. Менеджмент як процес ухвалення організаційно-управлінських рішень. Сучасні питання економіки і права. 2020. Вип. 1. С. 10-14.
12. Воронков Д.К., Погорелов Ю.С. Розвиток підприємства: управління змінами та інновації : монографія. Харків : АДВАТМ, 2009. 436 с.
13. Воронкова А.Е., Калюжна Н.Г., Отенко В.І. Управлінські рішення в забезпеченні конкурентоспроможності підприємства: організаційний аспект : монографія. Харків : ВД «ІНЖЕК», 2008. 427 с.
14. Воронов О.І. Теорія і практика прийняття державно-управлінських рішень в індетермінованих умовах : монографія. Одеса : Астропринт, 2017. 272 с.
15. Гончарова Л.О. Підвищення ефективності прийняття управлінських рішень на виробничому рівні. Економіка будівництва і міського господарства. 2013. Т. 9. № 1. С. 41-46.
16. Горачук В. В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я / В. В. Горачук. К. Вінниця : Балюк І. Б., 2012. 210 с.
17. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. – Київ : НАДУ, 2013. – Ч. 1. – 396 с.
18. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. / за заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша; кол. авт. : упоряд. проф. Я. Ф. Радиш, передм. Т. Д. Бахтеєвої. – Київ : НАДУ, 2013. – 424 с.
19. Ершова Н.М., Скрипник В.П. Экономико-математические методы и модели принятия решений в условиях определенности, неопределенности и риска : монография. Днепропетровск : ПГАСА, 2011. 349 с.

20. Загороднюк О.В. Особливості організації управлінської праці у сільськогосподарських підприємствах. Економіка і організація управління. 2014. № 1(17). С. 105-111.
21. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» // (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1993, № 4, ст.19. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення 15.12.2021)
22. Зюський А.А. Оценка эффективности управленческих решений : монография. Санкт-Петербург : издательство Санкт-Петербургского университета управления и экономики, 2012. 148 с.
23. Канавець М. Інструменти забезпечення ефективності, результативності та якості діяльності органів державної влади Київ: Центр адаптації державної служби до стандартів Європейського Союзу, 2019. 178 с.
24. Квятковська Л.А., Івко А.В. Система моніторингу ринку при прийнятті ефективного управлінського рішення. Економіка та держава. 2021. № 3. С. 118-124.
25. Клебанова Т. С., Кизим М. О., Черняк О. І. Математичні методи і моделі ринкової економіки: навч. посіб. Харків: ІНЖЕК, 2010. 456 с.
26. Князюк Н.Ф., Кицұл И.С. Методология построения интегрированной системы менеджмента медицинских организаций. Москва: Менеджер здравоохранения, 2013. 312 с.
27. Колесник В.И. Статистическое обеспечение регионального управления: монография. Киев : Информ.-аналит. агентство, 2007. 475 с.
28. Коломієць О. О. Система охорони здоров'я в Україні: недоліки організації та ризику реформування. Економічний вісник Національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут». 2018. № 15. С. 18-27.
29. Кондратенко Н.О., Новіков Д.А. Теоретико-методичне забезпечення прийняття управлінських рішень для підприємств промислового комплексу.

- Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія: Економіка. 2020. № 19. С. 51-56.
30. Кондратенко Н.О., Новікова М.М., Гнатенко М.К. Поліпшення якості прийняття управлінських рішень в організації. Збірник наукових праць Черкаського державного технологічного університету. Серія : Економічні науки. 2018. Вип. 51. С. 55-62.
31. Конституція України : прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 черв. 1996 р. № 254к/96-ВР // Відом. Верховної Ради України. 1996. № 30. Ст. 143.
32. Корецька Н.І., Фещук А., Томша Х. Оцінка якості управлінських рішень на підприємстві. Економічний форум. 2021. № 2. С. 88-100.
33. Короход Я. Д. Психологічні аспекти прийняття рішень в умовах ризику. Габітус. 2021. Вип. 21. С. 146-150.
34. Корпусенко О. Напрямки вдосконалення державного управління закладами охорони здоров'я. Розвиток форм і методів сучасного менеджменту в умовах глобалізації: Матеріали 9-ї Наук.-практ. Інтернет-конф. Дніпро, 20-21 .11.2021 : тези доповідей (Том 1). Дніпро: Поліграфічний відділ ДДАЕУ, 2021 .С. 162-165.
35. Костін Ю.Д., Ткачова Т.С. Управлінські рішення та ефективність функціонування промислового підприємства. Вісник ХНАУ. Серія: Економічні науки. 2020. № 3. С. 275-286.
36. Латишев Є. Еволюція менеджменту. Менеджер у системі охорони здоров'я / Є. Латишев // Управління закладом охорони здоров'я. 2012. № 4. С. 34-49.
37. Лехан В. М., Гінзбург В. Г., Борвінко Е. В. Порівняльна характеристика моделі Семашка та моделі, започаткованої в рамках реформи системи охорони здоров'я в Україні. Медицина сьогодні і завтра. 2013. № 4. С. 99-105.

- 38.Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. Україна. Здоров'я нації. 2010. №1. С. 5-23..
- 39.Лехан В.М., Крячкова Л.В., Заярський М.І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. Україна. Здоров'я нації. 2018. № 4 (52), С. 5-11.
- 40.Медична реформа / Урядовий портал URL: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya> (дата звернення 15.12.2021)
- 41.Менеджмент в охороні здоров'я : навчально-методичний посібник / [Ю. В. Вороненко, М. Г. Проданчук, Н. Г. Гойда [та ін.] ; за заг. ред. Ю. В. Вороненка. К. : Медицина України, 2014. 334 с.
- 42.Менеджмент в охороні здоров'я: навчально методичний посібник / за ред. Ю. В. Вороненка. Київ: НМАПО, 2014. 367 с.
- 43.Менеджмент в охороні здоров'я: підручник / Під заг. ред. М. І. Хвисюка і І. І. Парфьонові. Харків: ТОВ «Оберіг», 2008. Ч.2 550 с.
- 44.Менеджмент у фармації/ за ред.О.Є. Кузьміна і Б. П. Громовика. – Вінниця: НОВА КНИГА, 2009. – 432 с.
- 45.Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 2020 років. URL: <https://moz.gov.Ua/uploads/0/691-strategiya.pdf>
- 46.Нові технології навчання менеджменту в медицині: навч. посіб. /за заг. ред. Ю. В. Вороненка, Н. Г. Гойди, О. П. Мінцера, М. Мітчелла. Київ: Книга плюс. 2009. 416 с.
- 47.Олефір А. О. Господарсько-правове забезпечення державних закупівель у сфері охорони здоров'я: теоретичні та практичні аспекти : монографія. Харків : Юрайт, 2012. 456 с.
- 48.Організація праці менеджера: навчальний посібник / [Виноградський М. Д., Шканова О. М.]. К. : Кондор, 2002 518 с.

49. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні: [спільний звіт] / під заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. К.: Вид-во Раєвського, 2016. 168 с.
50. Пашков В.М. Правове забезпечення реформування сфери охорони здоров'я. Український медичний часопис. Актуальні питання медичної практики. 2017. № 2. С. 1-6.
51. Положення про Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/polozhennja-pro-ministriv> (дата звернення 15.12.2021)
52. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / [Ю. В. Вороненко, О. П. Гульчій, С. М. Зоріна та ін.]; за ред. Ю. В. Вороненка. Київ: Здоров'я, 2002. 357 с.
53. Про затвердження плану заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року : розпорядження Кабінету Міністрів України від 15 лист. 2017 р. № 821-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/821-2017-%D1%80#Text>. (дата звернення: 22.12.2021).
54. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 бер. 2018 р. № 50. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text>. (дата звернення: 22.12.2021).
55. Про затвердження Порядку надання приватним партнером державному партнеру інформації про виконання договору, укладеного у рамках ДІДІ : Постанова Кабінету Міністрів України № 81 від 9 лютого 2011 р. // Офіц. вісн. України. URL: <http://www.kmu.gov.ua>. (дата звернення 15.12.2021).
56. Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06 лют. 2018 р. № 178/24. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0215-18#Text>. (дата звернення: 22.12.2021).

57. Про місцеве самоврядування в Україні : закон України від 21 трав. 1997 р. № 280 // Відом. Верховної Ради України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-вр>. (дата звернення: 22.12.2021).
58. Про обласну програму «Здоров'я населення Дніпропетровщини» на 2020 – 2024 роки : рішення Дніпропетровської обласної ради від 13 груд. 2019 р. № 535-20/VII. URL: <https://oblrada.dp.gov.ua/rishennia/sklikannia-7/xx-sesiya/№-535-20vii-13-12-2019-p/>. (дата звернення: 22.12.2021).
59. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості : закон України від 14 лист. 2017 р. № 2206-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text>. (дата звернення: 22.12.2021).
60. Про розроблення прогностичних і програмних документів економічного і соціального розвитку та складання проекту державного бюджету : Постанова Кабінету Міністрів України № 621 від 26 квітня 2003 р. Офіц. вісн. України. URL: <http://www.kmu.gov.ua>. (дата звернення 15.12.2021)
61. Сазонець І. Л. Визначення проблем та основних напрямів реформування системи охорони здоров'я України / І. Л. Сазонець, І. Я. Зима // Державне управління: удосконалення та розвиток. 2018. № 12. URL: http://www.dy.nauka.com.ua/pdf/12_2018/4.pdf. (дата звернення: 22.12.2021).
62. Статистичні методи оцінки регіонального розвитку : навчальний посібник / за ред. О.В. Раєвської. Харків : ФОП Александрова К.М., 2016. 328 с.
63. Стратегічне планування в секторі охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах / М. Брага, С. Пхіденко, Л. Масюк, Н. Гусак, Т. Лепьошкіна ; Програма «U-LEAD з Європою», 2019. 75 с. URL: https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/495/strategic_planning_for_web_new2.pdf (дата звернення: 22.12.2021).
64. Ціщик Р.В., Котис Н.В. Статистичний аналіз як інструмент управління підприємством. Облік, оподаткування і контроль: теорія та методологія :

матеріали Міжн. наук.-практ. Інтернет-конф., м. Тернопіль, 12 червня 2020 р.
Тернопіль : ТНЕУ, 2020. С. 44-46.

65. Ямненко Т. М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід / Т. М. Ямненко // Юридичний вісник. 2018. № 2 (47). С. 116-120.