

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

**ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ
В ЕКЗАМЕНАЦІЙНІЙ КОМІСІЇ:**

**Завідувачка кафедри,
д.держ.упр., проф.**

_____ **Наталія БОНДАРЧУК**

« ____ » _____ **2023 р.**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**на тему: «РОЗРОБКА ТА ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКОГО РІШЕННЯ В
СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ»**

Освітньо-професійна програма «Публічне управління та адміністрування»

Спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування»

Ступінь вищої освіти: Магістр

Здобувачка

Лілія ГЕЗЬ

**Науковий керівник,
к.е.н., доцент**

Маріна СИЧОВА

Дніпро – 2023

ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ АГРАРНО-ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет: Менеджменту і маркетингу

Кафедра: Кафедра менеджменту, публічного управління та адміністрування

Освітньо-професійна програма: «Публічне управління та адміністрування»

Спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування»

Ступінь вищої освіти: Магістр

ЗАТВЕРДЖУЮ

Зав. кафедри _____

«_____» _____ 2021 р.

ЗАВДАННЯ на підготовку кваліфікаційної роботи

ГЕЗЬ ЛІЛІ ВІКТОРІВНИ

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи: «Розробка та прийняття управлінського рішення в системі охорони здоров'я на місцевому рівні»

Науковий керівник: Сичова Маріна Олексіївна, к.е.н., доцент

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом по ДДАЕУ від «14» листопада 2022 року № 3261

2. Термін подання здобувачем роботи: _____

3. Вихідні дані до роботи: статистична звітність Комунального некомерційного підприємства «Міська багатoproфільна клінічна лікарня матері та дитини ім. проф. М.Ф. Руднева» Дніпровської міської ради за 2019-2021 роки, фінансові плани, структурні обстеження медичного закладу

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) 1. Теоретичні засади формування управлінських рішень в системі охорони здоров'я України. 2. Розробка та прийняття управлінських рішень в умовах КНП «МБКЛМД Руднева». 3. Вдосконалення системи розробки та прийняття управлінських рішень на базі КНП «МБКЛМД Руднева». 4. Висновки і пропозиції.

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

1. Забезпеченість потреби у персоналі в КНП «МБКЛМД Руднева» в 2021 році
2. Механізм системного економічного управління КНП «МБКЛМД Руднева»
3. Основні показники діяльності КНП «МБКЛМД Руднева» за 2019-2021 рр.
4. Процес розробки та прийняття управлінських рішень в КНП «МБКЛМД Руднева»
5. SWOT -аналіз КНП «МБКЛМД Руднева»
6. Схема стратегічних цілей та перспективних напрямів розвитку КНП «МБКЛМД Руднева»
7. Розроблена системи управління якістю надання медичних послуг КНП «МБКЛМД Руднева»

6. Консультанти розділів роботи

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

7. Дата видачі завдання _____

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 2021	
2.	Збір первинного матеріалу	листопад-грудень 2021	
3.	Теоретичні засади формування управлінських рішень в системі охорони здоров'я України	грудень 2021-травень 2022	
4.	Розробка та прийняття управлінських рішень в умовах КНП «МБКЛМД Руднева»	травень-серпень 2022	
5.	Вдосконалення системи розробки та прийняття управлінських рішень на базі КНП «МБКЛМД Руднева»	Вересень-листопад 2022	
6.	Написання висновків та пропозицій	Грудень 2022	
7.	Підготовка доповіді та ілюстративного матеріалу до захисту роботи	Січень 2023	

Здобувачка _____
(підпис)

Лілія ГЕЗЬ
(ім'я, прізвище)

Науковий керівник _____
(підпис)

Маріна СИЧОВА
(ім'я, прізвище)

РЕФЕРАТ

Тема: « Розробка та прийняття управлінського рішення в системі охорони здоров'я на місцевому рівні»

Кваліфікаційна робота містить: 94 с., 8 рис., 10 табл., 1 додаток, 62 літературних джерела.

Об'єктом дослідження кваліфікаційної роботи є система розробки та прийняття управлінського рішення.

Предметом дослідження виступають ключові аспекти удосконалення формування управлінського рішення в системі охорони здоров'я на місцевому рівні.

Метою кваліфікаційної роботи є теоретичні підходи до вивчення проблеми розробки і прийняття управлінських рішень та розробка і обґрунтування практичних рекомендацій формування управлінського рішення в системі охорони здоров'я на місцевому рівні.

Методи дослідження, що були використані в кваліфікаційній роботі: індукція та дедукція, аналітичні показники динаміки та порівняння, табличний та графічний методи, методи економічного обґрунтування управлінських рішень.

Досліджено теоретичні основи управлінської діяльності в системі охорони здоров'я на місцевому рівні; надана організаційно-економічна характеристика діяльності КНП «МБКЛМД Руднева»; досліджено особливості управлінської діяльності в системі охорони здоров'я на місцевому рівні, розроблено систему заходів управління стратегічним розвитком КНП «МБКЛМД Руднева» та розроблені управлінські рішення щодо підвищення якості медичних послуг в КНП «МБКЛМД Руднева».

Результати впроваджені в діяльність Комунального некомерційного підприємства «Міська багатопрофільна клінічна лікарня матері та дитини ім. проф. М.Ф. Руднева» Дніпровської міської ради.

КЛЮЧОВІ СЛОВА

СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, МЕДИЧНИЙ ЗАКЛАД, УПРАВЛІНСЬКЕ РІШЕННЯ, ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ, СТРАТЕГІЧНИЙ РОЗВИТОК, ЯКІСТЬ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

KEYWORDS

HEALTH CARE SYSTEM, MEDICAL FACILITY, MANAGEMENT DECISION, PUBLIC ADMINISTRATION, STRATEGIC DEVELOPMENT, QUALITY OF MEDICAL SERVICES

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ	8
1.1. Теоретичний аналіз специфіки ринку охорони здоров'я України в умовах сьогодення	8
1.2. Характеристика процесу публічного управління у сфері охорони здоров'я	18
1.3. Особливості управлінської діяльності в системі охорони здоров'я на місцевому рівні	28
Висновки до першого розділу	38
РОЗДІЛ 2. РОЗРОБКА ТА ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ В УМОВАХ КНП «МІСЬКА БАГАТОПРОФІЛЬНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ МАТЕРІ ТА ДИТИНИ ІМ. ПРОФ. М.Ф. РУДНЄВА»	41
2.1. Характеристика діяльності КНП «МБКЛМД Руднева»	41
2.2. Аналітична оцінка ефективності функціонування механізмів державного управління КНП «МБКЛМД Руднева»	46
2.3. Аналіз системи розробки та прийняття управлінських рішень в КНП «МБКЛМД Руднева»	50
Висновки до другого розділу	59
РОЗДІЛ 3. ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ РОЗРОБКИ ТА ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ НА БАЗІ КНП «МБКЛМД РУДНЄВА»	61
3.1. Розробка системи заходів управління стратегічним розвитком КНП «МБКЛМД Руднева»	61
3.2. Формування управлінських рішень щодо підвищення якості медичних послуг в КНП «МБКЛМД Руднева»	72
Висновки до третього розділу	80
ВИСНОВКИ	83
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	87
ДОДАТОК	95

ВСТУП

Адаптація закладів охорони здоров'я в Україні до умов сьогодення, зміна її старої моделі функціонування, поява та розвиток підприємництва у сфері цього виду економічної діяльності, що сталися останніми роками, визначили наступне: новий характер економічних відносин, формування конкурентних відносин в галузі, потребу характеризувати систему охорони здоров'я через призму її діагностики як суб'єкту ринку з урахуванням впливу нових факторів, можливостей та ризиків як у системі державного управління, так і в системі державного управління галуззю та у системі управління лікувальним закладом. В умовах сучасних викликів, значних невизначеностей та динамічних змін це усвідомлює необхідність ретельного та системного теоретико-методологічного аналізу проблем державного управління та адміністрування системи охорони здоров'я на місцевому рівні.

В останні роки серед наукових праць з питань розробки і прийняття управлінських рішень в сфері публічного адміністрування доцільно виділити публікації таких вчених як Бакуменко В. Д., Василенко Н.В., Гавриченко Д.Г., Горбатова Д.І., Дубина М.В., Кримчак Л.А., Криничко Л., Лукаш С., Мельник Л.А., Назарко С.О., Резнікова Н.В., Семчук І.В., Труш О.М., Ходаківський Є.І., Шафранський В. В., Шкільняк М. М., Ямненко Т.М. та ін.

Метою кваліфікаційної роботи є теоретичні підходи до вивчення проблеми розробки і прийняття управлінських рішень та розробка і обґрунтування практичних рекомендацій формування управлінського рішення в системі охорони здоров'я на місцевому рівні.

Для досягнення вказаної мети в кваліфікаційній роботі поставлені наступні **завдання**:

- розкрити специфіку ринку охорони здоров'я України в умовах сьогодення;

- охарактеризувати процес публічного управління у сфері охорони здоров'я;
- визначити особливості управлінської діяльності в системі охорони здоров'я на місцевому рівні;
- охарактеризувати діяльність КНП «МБКЛМД Руднева»;
- дослідити механізм державного управління КНП «МБКЛМД Руднева»;
- проаналізувати систему розробки та прийняття управлінських рішень в КНП «МБКЛМД Руднева»;
- розробити систему заходів управління стратегічним розвитком КНП «МБКЛМД Руднева»;
- сформулювати управлінські рішення щодо підвищення якості медичних послуг в КНП «МБКЛМД Руднева».

Об'єктом дослідження кваліфікаційної роботи є система розробки та прийняття управлінського рішення.

Предметом дослідження виступають ключові аспекти удосконалення формування управлінського рішення в системі охорони здоров'я на місцевому рівні.

Методи дослідження, що були використані в кваліфікаційній роботі: індукція та дедукція, аналітичні показники динаміки та порівняння, табличний та графічний методи, методи економічного обґрунтування управлінських рішень.

Теоретико-методологічною основою дослідження виступають теоретичні аспекти управлінської діяльності в системі охорони здоров'я на місцевому рівні, публікації періодичних видань та наукові праці вітчизняних і зарубіжних вчених та фахівців з теми дослідження. Інформаційною базою дослідження виступають законодавчі і нормативно-правові акти, які регламентують діяльність медичних установ, статистична звітність Комунального некомерційного підприємства «Міська багатопрофільна клінічна

лікарня матері та дитини ім. проф. М.Ф. Руднева» Дніпровської міської ради, періодичні видання з теми дослідження, ресурси мережі Інтернет.

Наукова новизна роботи полягає у розробці рекомендацій щодо формування операційних програм розвитку медичної установи за такими складовими, як: енергозберігаюча програма; програма розвитку господарської діяльності; програма розвитку лікувальної діяльності; програма закупівель; програма кадрового менеджменту та управління; програма фінансово-економічної діяльності; програма соціального партнерства.

Дістали подальшого розвитку обґрунтування щодо удосконалення системи управління якістю медичних послуг, яка дозволяє вирішити завдання підвищення конкурентоспроможності за рахунок збільшення окупності та прибутковості інвестицій, що дозволяє залучати кваліфікований медичний персонал та постійно оновлювати медичне обладнання.

Апробація результатів роботи. Основні теоретичні положення і практичні результати дослідження за темою кваліфікаційної роботи доповідались та обговорювались на Всеукраїнській науково-практичній конференції «Розвиток форм і методів сучасного менеджменту в умовах глобалізації» (м. Дніпро, 8-9 листопада 2022 р.).

Структура та обсяг роботи. Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи становить 94 сторінки. Робота містить 10 таблиць, 8 рисунків. Список використаних джерел містить 62 найменування.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

1.1. Теоретичний аналіз специфіки ринку охорони здоров'я України в умовах сьогодення

В літературі, присвячені проблематиці управління в системі охорони здоров'я, відсутній послідовний підхід до тлумачення дефініцій, що належать до предмету дослідження. Найбільшого поширення отримали наступні визначення: це система охорони здоров'я, медична система, модель медичної системи, ринок охорони здоров'я та ін. Відповідно до визначення, яке надано Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), система охорони здоров'я – це «сукупність організацій, людей та їх вчинків, основним завданням яких є зміцнення, відновлення чи підтримання здоров'я» [21, с. 65].

Термін «система охорони здоров'я» не повинен ототожнюватися з термінами «ринок охорони здоров'я» або «ринок лікарських засобів». Тому що не усі системи охорони здоров'я мають характеристики ринку.

Ринок охорони здоров'я України необхідно досліджувати як середовище, в якому взаємодіють виробники товарів та послуг, що використовують для відновлення або підтримки здоров'я, та їх споживачів у процесі досягнення цілей кожного з них, у якому складаються складні причинно-наслідкові зв'язки між попитом та пропозицією, доходами, цінами та кількостями споживчих товарів (медичні прилади, ліки, перев'язувальні матеріали тощо) та обсягами медичних послуг.

За тривалий час формування системи охорони здоров'я чітко визначилися кілька моделей. Їх доцільно вирізняти за певними критеріями. Згідно фактору

джерела фінансування виділяють: модель Беверіджа, модель Бісмарка, модель державного медичного страхування та системи прямих платежів, модель «з власної кишені пацієнта» [52, с. 16]. Порівняння суттєвих характеристик вказаних моделей дозволяє виявити ступінь наявності у них окремих елементів ринку (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Наявність ринкових атрибутів у моделях ринку охорони здоров'я

№ з/п	Модель ринку та її основні характеристики	Наявність окремих елементів ринку
1.	Модель Беверіджа: відсутня галузева конкуренція; держава та її уряд є єдиними платниками; централізована медична система; використання податкових платежів як основного джерела фінансування; наявність пільг та окреслених стандартів; віднесення значної частини медперсоналу до інституту державної служби; зменшення витрат через ретельний розподіл коштів на екстрені напрямки фінансування.	Відсутні будь-які елементи ринку
2.	Модель Бісмарка: децентралізація системи медичних послуг; надходження коштів завдяки медичному страхуванню або через фонди соціального забезпечення; суворе контролювання цін; акцентування уваги на клієнтах, які здатні зробити свій внесок як працівники	Відкриття приватних мед. закладів, наявність конкуренції між закладами, що дають медичні послуги
3.	Модель національного медичного страхування для окремих платників: універсальний страховий поліс; вказання держави як єдиного платника за медичні послуги; відсутність залежності між доходом пацієнта та кількістю можливих послуг; врахування збалансованості між державними та приватними страховиками; низький рівень перешкод для отримання медичної допомоги.	Впровадження практики приватних надавачів послуг, наявність конкуренції між закладами, що дають медичні послуги
4.	Модель з прямим платежем («з власної кишені пацієнта»): модель, яка повністю орієнтована на ринок залежність доступу громадян до медичних послуг від рівня їх матеріальної спроможності	Самостійна оплата послуг пацієнтом; вплив матеріального забезпечення громадян на отримання послуг

Аналізуючи згадані моделі системи охорони здоров'я, що ґрунтуються на ринкових атрибутах, таких як попит та пропозиція, ми можемо констатувати наступне:

- моделі, що враховують участь уряду у наданні медичної допомоги та послуг і, отже, його головну роль у фінансуванні медичної системи, по суті, є

моделями, орієнтованими на попит, які підживлюють патерналізм. Щодо цього можна погодитися з С.О.Назарко, який заявив з цього приводу: «Однак орієнтація на потреби призводить лише до нецільового розподілу ресурсів» [35], які оцінили країни, що впровадили модель Беверіджа;

- моделі з боку пропозиції, тобто ринкова система, не забезпечується однаковим рівнем доступу до медичної допомоги та використання медичних послуг. Н. Резнікова пояснює це так: «Ринкова система не забезпечує оптимального рівня охорони здоров'я через ряд обмежень, у тому числі несприятливого відбору та морального ризику» [43].

Інакше кажучи, при обранні моделі системи охорони здоров'я зазвичай виникає дилема: а) використовувати економічні методи при проектуванні системи охорони здоров'я, порівнювати «витрати та вигоди» та уникати перевитрати коштів; або б) покладатися на соціальні вигоди, позитивні зовнішні ефекти, які надає медична система через забезпечення здоров'я нації і, отже, для тривалого соціального впливу.

Пошуки оптимального вирішення цієї проблеми призвели до трансформації існуючих базових моделей, формування умов для об'єднання державної та приватної медицини, пошуку третьої особи у системі відносин між виробниками та споживачами послуг, оптимізації джерел фінансування. Йдеться про найбільш поширені базові моделі: залучення державного бюджету (Великобританія, Данія, Іспанія, Португалія), соціальне страхування (Австрія, Болгарія, Німеччина, Японія), значна перевага ринкових елементів (Ізраїль, Південна Корея, США). Ця глобальна тенденція притаманна сьогодні і для системи охорони здоров'я України.

Модель системи охорони здоров'я, що діяла в СРСР, а отже, і в Україні (модель Бевереджа-Семашко), ґрунтувалася на потребах пацієнтів, державному бюджеті як єдиному джерелі фінансування, наявності мережі лише державних медичних установ, принцип рівного доступу споживачів (відповідно до

Конституції) до надання послуг, безкоштовне обслуговування громадян, принцип захисту загального блага. Незважаючи на деякі позитивні сторони, система мала наступні недоліки: порушення принципів вертикальної та горизонтальної справедливості; низька загальна ефективність; нестача медикаментів; розпилення ресурсів за одночасної відсутності можливостей для впровадження передових технологій діагностики, лікування та реабілітації; низька якість послуг, що надаються високорозвиненими зарубіжними системами охорони здоров'я; розподіл фінансових ресурсів обслуговування мережі.

В умовах, коли ринкові процеси охопили притаманні розвитку більшості галузей економіки, існуюча модель була не комплементарною як для споживачів медичних послуг, так і для їх виробників, а також для учасників сусідніх ринків. Тобто, зміна моделі системи охорони здоров'я в Україні відбувалася через одночасну дію кількох факторів: поява та розвиток підприємницького духу в сфері медичного обслуговування, впровадження елементів ринку через приватні суб'єкти господарювання, наповнення асортименту послуг переліком платних медичних послуг, реалізація європейських моделей суспільної політики, реалізація реформи охорони здоров'я.

Формування моделі ринку охорони здоров'я України характеризується змінами навколишнього середовища та внутрішнього середовища закладів охорони здоров'я. У період формування ринкової економіки в Україні побільшало приватних медичних закладів у сфері охорони здоров'я. У 2016 р. у системі налічувалося 22 тис. приватних медичних закладів. А 2020 року кожен п'ятий заклад охорони здоров'я був приватним. Приватні витрати на охорону здоров'я становили 42,3% від загальних витрат на охорону здоров'я [6, с. 12].

Перебудова системи охорони здоров'я країни за принципом «згори донизу» є по суті покроковим планом дій щодо зміни системи первинної

медико-санітарної допомоги, трансформації спеціалізованої медичної допомоги та впровадження нових механізмів та джерел фінансування. Вона розпочата та реалізується останніми роками у рамках Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я України на 2015-2020 роки. Основні дослідники даної проблеми виділяють у цьому процесі чотири етапи, незважаючи на ухвалення ряду нормативних документів, методичних розробок МОЗ України, політику «вишукування додаткового фінансування» в межах країни, дійсні зміни спостерігаються на останніх етапах реформи, в той час було створено нову мережу первинної медико-санітарної допомоги, ініційовано реформу медичної спеціалізованої допомоги.

Основними результатами роботи стали: трансформація медичних установ на некомерційні державні служби, їхню автономію, роботу установ первинної, вторинної та третинної допомоги за принципом «гроші слідують за хворим»; вільний вибір пацієнтом сімейного лікаря, терапевта та педіатра у державних та приватних установах; початок роботи установ, які надають спеціалізовану медичну допомогу за контрактом із Національною службою охорони здоров'я; надання пацієнтам послуг за програмою медичного страхування; прозорі виплати медустанам Національною службою охорони здоров'я; можливість надання допомоги за медичним призначенням при бюджетному фінансуванні у приватних установах; автоматизація та діджеталізація процесів прийняття пацієнтів (впровадження електронних історій хвороби, електронних рецептів за програмою «Доступні ліки»); запуск програми відшкодування витрат «Доступні ліки».

Цілями реформи охорони здоров'я на 2020-2021 роки були: впровадження новітніх механізмів фінансування на рівні спеціалізованої та надспеціалізованої медичної допомоги, вдосконалення матеріально-технічного забезпечення, оптимізація інформаційно-кадрового ресурсного забезпечення закладів охорони

здоров'я відповідно до міжнародних стандартів, залучення інноваційних технологій у повсякденну медичну практику.

При оцінці трансформаційних процесів з точки зору формування ринку питання слід розглядати подвійно: а) шляхом виявлення специфіки вітчизняного медичного ринку та факторів, що їх визначають; б) оцінка структурної збалансованості процесу створення та роботи основних складових ринку медичних послуг та вплив на його сутнісні характеристики.

Слід зазначити, що ринок медичних послуг не слід визначити просто як ринок медичних послуг або ринок медичних закладів. Це складна та ієрархічна структура взаємодії між споживачами медичної допомоги та медичних послуг, їх виробниками (держава, комунальні та приватні компанії, індивідуальні підприємці), посередниками (страховими компаніями, установами, що надають фінансові ресурси, медичне обладнання, юридичну допомогу), благодійними організаціями. Вона знаходиться одночасно під дією впливу трансформаційних факторів та факторів, спричинених, зокрема, такими кризовими явищами, як пандемія «Covid -19» та широкомасштабне вторгнення Російської Федерації на територію України шляхом воєнних дій.

Дослідження сучасного стану ринку медичних послуг демонструє, що модель медичного ринку України, яка створена під впливом факторів трансформації, характеризується такими особливостями:

- створення та розвиток конкурентних відносин на ринку. Комунальні та приватні постачальники медичних послуг конкурують тут на одній платформі. Це усвідомило необхідність (з обох сторін) маркетингових досліджень даного ринку, розробки конкурентних стратегій. Державні та комунальні установи, затверджуючи набір платних послуг та інших допоміжних послуг, які вони уповноважені надавати, ставали суб'єктами господарювання, учасниками конкурентних медичних відносин;

- структурна багатокомпонентність. Його основні складові – ринок медичних послуг, ринок медичної техніки, ринок професійних лікарів, ринок наукових та медичних розробок та технологій – характеризуються різними економічними характеристиками та конкурентними моделями, різним рівнем бар'єрів входу на ринок, що призводить до швидкостей розвитку ринкових відносин, та дає змогу визначити модель вітчизняного медичного ринку як модель з різною швидкістю та порушує баланс вказаних типів ринків;

- проводиться різниця між медичною допомогою та медичними послугами, розглядаючи медичну допомогу як суспільне благо, а медичні послуги як специфічне благо. Як і моделі зарубіжних країн, вітчизняна модель характеризується «провалами ринку», викликаними необхідністю лікування захворювань, небезпечних для всіх громадян, запобігання ризикованій поведінці (зокрема, вживанню наркотиків) індивідів, які можуть призвести до негативних зовнішніх ефектів та ін. Для визначення характеру, обсягу, порядку та умов надання гарантованої безкоштовної медичної допомоги важливе значення має чітка класифікація медичної допомоги та медичних послуг, а також наявність стандартів надання медичної допомоги та стандартів медичних послуг, які знаходяться на стадії розвитку;

- впровадження нового механізму фінансового забезпечення медичних установ, що скасовує практику обслуговування мережі, на користь механізму стратегічних закупівель у мережі державою для надання безкоштовної допомоги та послуг. «Відбувається синергія між домашньою медициною та приватною медициною, налагоджено механізми надання грантів та фінансування новітніх розробок в даній області досліджень» [8, с. 173];

- наявність договірної системи через впровадження декларацій пацієнтів з медичними установами та договорів закладів охорони здоров'я з Національною службою охорони здоров'я України;

- зміна та оптимізація джерела фінансування. Реальна відповідальність за фінансування ризиків лежить на: державі, органі місцевого самоврядування, медичних страхових фондах, профспілках, благодійних фондах, зарубіжних донорах у разі нерозвиненості страхової медицини, що є наслідок незавершеності медичної реформи. В даний час функцію громадського страховика виконує НСЗ України. Організаційне забезпечення фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок сплати пацієнтів, податкових надходжень, соціального забезпечення, участі донорів, особливо благодійних фондів, що часто є прихованою формою оплати лікування людей;

- присутність асиметрії в інформаційному забезпеченні стосовно рівня попиту на здоров'я як на кінцевий продукт і попиту на медичні послуги як на проміжний продукт. Невисокий рівень доходів населення в Україні створює ефект лага попиту, що знижує рівень забезпечення високої соціальної ефективності та позитивних зовнішніх ефектів моделі національного медичного ринку;

- присутність на ринку «виключень із правил» у зв'язку з: а) наявністю переліку послуг, що не покриваються державною гарантією (лабораторні дослідження, консультації, стоматологічна допомога та ін.); б) нерівномірне покриття поточних витрат, пов'язаних із придбанням медичного обладнання, ремонтом приміщень та ін. при порівнянні муніципальних та приватних компаній;

- існування паралельного ринку, який не може бути усунений у зв'язку з нерозвиненістю окремих сегментів і слабкою конкуренцією на реальному ринку, використання лікувально-діагностичного та лабораторного обладнання комунальних медичних установ для надання приватних медичних послуг. При малорозвиненій конкуренції надання цього виду послуг недостатньо контролюється саморегулюванням ринку за кількістю, якістю та вартістю, тому потребує адекватного державного контролю;

- існування факторів, що стримують розвиток підприємництва в медичній галузі, які обумовлені: проблемами в галузі інноваційного ресурсного забезпечення, наявністю монополії на ринку засобів виробництва, відсутністю початкового, а іноді і реального капіталу, фінансових незахищеність споживачів медичних послуг, низький платоспроможний попит, слабка ділова практика кредитування як виробників, і споживачів медичних послуг, складність і, отже, непослідовність взаємодії учасників досліджуваного ринку.

Таким чином, модель національного ринку медичних послуг в Україні є трансформаційною моделлю, яка не відповідає європейським моделям, описаним вище, а є моделлю з різними швидкостями, що створює неминучий дисбаланс у його функціонуванні, існує потреба в державних інституційних структурах підтримки, збалансованій регуляторній політиці, беручи до уваги досвід ЄС, особливо щодо підтримки медичних установ Європейською комісією, контролі над використанням бюджетних джерел фінансування.

Досліджуючи проблему подальшого розвитку національної системи охорони здоров'я та моделі національного медичного ринку, необхідно чітко визначити мету. Досвід європейських країн показує, що найбільш ефективною системою охорони здоров'я є та, яка поєднує в собі функціонування державного та приватного секторів, а отже, така система має ринкову модель за участю держави, модель регульованого ринку.

Для України, з її трансформаційною моделлю, моделлю, що характеризується поєднанням ринків з різним рівнем конкуренції, тут є надмірно динамічна модель, обумовлена процесами зародження нових видів підприємництва, впливом кількох факторів зовнішніх факторів, у тому числі викликаних пандемією та війною побудова такого механізму функціонування системи охорони здоров'я в цілому, такого регулюючого впливу, який дозволив би, з одного боку, не втратити позитивних результатів медичної реформи, а з

іншого боку, працездатність медичної системи в умовах, що забезпечують сучасні виклики.

Отже, низка емпірично виявлених факторів динамічних змін внутрішнього та зовнішнього середовища формування та розвитку моделі національного ринку охорони здоров'я в Україні свідчить про те, що попри проблеми формування ринку «знизу-догори» на його шляху існують перешкоди: формування конкурентного середовища, незавершеність реформування системи згори, нерозвиненість ринку медичного страхування, перманентні кризові явища в країні. Відповідно до означених проблем були викладені основи моделі змішаного ринку охорони здоров'я, що поєднує елементи державної системи та приватного ринку, що зумовило розробку методологічних та організаційних засад для здійснення стратегічного планування його еволюції. Продовження реформ із впровадження системи медичного страхування, на час пандемії або викликів воєнних дій потребує органічного поєднання тактичного планування та стратегічного. Слід акцентувати увагу на активізації процесів формування ринку наукових медичних ідей та інноваційних технологій, розвитку медичного державного та приватного страхування та ринку підготовки кваліфікаційного персоналу.

Модель трансформації ринку охорони здоров'я буде відповідати вимогам конкурентного стану охорони здоров'я, за умови, що будуть розроблені системні стратегічні рішення інституційного регулювання, які включатимуть відповідну нормативно-правову базу, стратегії, цільові програми, заходи адміністративно-організаційного характеру, систему важелів економічного, фінансово-бюджетного та тарифного регулювання, що об'єднує регулюючий вплив Інститутів державної влади, страхової та державної медицини, інституту приватного підприємництва в медицині, міжнародних медичних установ та громадського інституту.

1.2. Характеристика процесу публічного управління у сфері охорони здоров'я

Наразі реформується державна політика у сфері охорони здоров'я, оновлюється система, яка має бути збалансована із загальнодоступністю всіх видів медичних послуг для населення.

У сучасних умовах реалізація права на охорону здоров'я займає важливе місце в процесі забезпеченні здорового рівня життя населення України. Умовно кажучи, спрямованість політики сучасної держави на захист населення «обслуговує» інтереси громадян, всебічно забезпечуючи пріоритет їхніх прав та свобод як найвищої суспільної цінності та їх законних інтересів. Роль держави обмежується наданням послуг населенню, і тому її основна мета полягає у забезпеченні можливості реалізації фізичними особами своїх прав, особливо у відносинах із органами держави. Одним із прав, що надаються державою, є право на охорону здоров'я, що надає йому особливого значення як системі громадських заходів та потребує належного регулювання та контролю через відповідні важелі.

Право окремих громадян України на охорону здоров'я – це система заходів, які вживаються органами державної влади для забезпечення гідного рівня життя громадян. Крім вказаного, це право гарантує: безпечне для життя та здоров'я природне середовище; санітарно-епідеміологічне благополуччя території, в якій проживає особа; безпечні та здорові умови праці, навчання, життя та відпочинку; отримання професійної медичної допомоги, у тому числі вільний вибір лікаря та лікувального закладу; достовірні та своєчасні інформації про власне здоров'я та здоров'я населення; участь у обговоренні законопроектів та пропозицій, спрямованих на формування державної політики у галузі охорони здоров'я; участь в управлінні охороною здоров'я та громадському контролі; можливість вступу до громадських організацій із

пропаганди охорони здоров'я; правовий захист від незаконних форм дискримінації у сфері охорони здоров'я; відшкодування шкоди здоров'ю; засоби правового захисту від неправомірних рішень та дій медичного персоналу та державних службовців у медичній сфері; можливість проведення незалежного медичного огляду у разі незгоди громадянина за результатами державного медичного огляду [1, с. 125].

Органами, які гарантують реалізацію права на охорону здоров'я є Президент України, Верховна Рада України та Кабінет Міністрів України. При цьому, Міністерство охорони здоров'я України, Національна служба охорони здоров'я України, Державна служба України з лікарських засобів і контролю за наркотиками, Держспоживслужба безпосередньо реалізують державну політику у сфері охорони здоров'я.

Ці суб'єкти реалізують державну політику у вигляді державного регулювання. У зв'язку з цим виникає питання про співвідношення категорій «державне управління», «державне регулювання» та «публічне адміністрування».

Зазвичай державне управління, є домінуючим впливом суб'єкта управління на керований об'єкт. Особливістю управління є підпорядкованість адміністративного об'єкта адміністративному суб'єкту управління, який представлений органами виконавчої влади. Суб'єкт державного управління наділений державною владою, за допомогою якої він реалізує волю держави, її завдання та цілі.

Державне керівництво належить до наявності підпорядкованих їм адміністративних суб'єктів, регулювання до впливу об'єктів, не підлеглих організації.

Державний адміністративний вплив спрямовано безпосередньо на об'єкти управління, тоді як дія державного регулювання направлена на рівень діяльності суб'єктів та формування певних умов для їх функціонування.

Державне регулювання, при цьому, багато в чому ґрунтується на використанні обов'язкових та стимулюючих механізмів (визначення відповідних нормативів, регламентів, граничних значень, тарифів тощо) [24, с. 96].

Слід зазначити, що державне управління та регулювання взаємообумовлені та доповнюють один одного, і що державне управління є більш широким явищем, спрямованим на виконання державних завдань та регулювання відносин у сферах та конкретних галузях суспільства.

Відповідно категорія «державне управління» замінюється категорією «публічне адміністрування», під якою розуміється теорія та практика державного управління, характеристиками якої є проведення адміністративних процедур шляхом використання діяльності державних служб, використання інструментів демократичного управління, надання адміністративних послуг як «реалізації прав і свобод громадян» [45, с. 125].

Процес публічного адміністрування можна визначити, як інтегрований процес, який містить безліч процесів, заданих адміністративними циклами шляхом визначення відповідних суб'єктів і об'єктів управління. Тому ми вважаємо, що регулювання – ширше поняття, ніж адміністрування, тобто дії, повторювані з деякою періодичністю, що мають суто технічне значення. Державне регулювання постає як сукупність заходів, що впливають на певну сферу суспільних відносин через застосування нормативних актів.

У сфері охорони здоров'я в Україні, суб'єктами державного регулювання виступають держава в особі законодавчої, виконавчої та судової влади, муніципальні органи державної влади, громадські та політичні об'єднання.

Верховна Рада України формує основу державного регулювання у сфері охорони здоров'я шляхом «створення конституційних та законодавчих засад, визначення їх призначення, завдань, напрямів, принципів та пріоритетів, встановлення нормативів та розмірів бюджетних коштів, затвердження переліку та цільові національні програми охорони здоров'я» [41], тоді як державне

управління знаходиться на виконавчому рівні (особливо у сфері охорони здоров'я - це МОЗ, Держпослуги тощо). Публічне адміністрування, своєю чергою, перебуває лише на рівні закладів охорони здоров'я, медичних закладів тощо. Отже, коли йдеться про державне управління у сфері охорони здоров'я, йдеться про діяльність органів виконавчої влади та місцевого самоврядування.

Охорона здоров'я включає різноманітні форми адміністративної діяльності, здійснюваної державними органами, і тому ділиться відповідні напрями. Це може бути: санітарно-епідеміологічна діяльність, сфера медичного обслуговування, економічні напрями забезпечення охорони здоров'я, координаційна, організаційна сфера, сфера контролю за охороною здоров'я та інші.

Суб'єкт державного управління у сфері охорони здоров'я реалізує свої повноваження через відповідні форми, що визначають характер відносин у цій сфері, оскільки вони формуються при здійсненні діяльності суб'єктів державного управління та виступають як зовнішній вираз визначеного виду діяльності.

В літературних джерелах та нормативно правових актах досліджуються різноманітні форми управлінської діяльності. В окремих випадках йдеться про формування нормативних актів, окремих ненормативних актів, проведення безпосередніх організаційних заходів та матеріально-технічних операцій [5, с.148].

Вчені, що досліджують дану проблему, використовують класифікацію, згідно з якою форми правління можуть бути внутрішніми та зовнішніми. Під внутрішньою формою слід розуміти зв'язок елементів цілого і його структурних елементів. Зовнішня форма – це зовнішній вигляд предмета, який представляє і забезпечує його зв'язок з іншими явищами [26, с. 48].

Виходячи з викладеного трактування, ми розглядаємо форми державного управління у сфері охорони здоров'я на дві основні групи – зовнішні та

внутрішні, оскільки ці форми відображають зміст діяльності виконавчої влади та органів місцевого самоврядування з питань охорони здоров'я.

Дія зовнішніх форм державного управління у сфері охорони здоров'я направлена на сукупну дію з державними органами з метою забезпечення виконання завдань і функцій, покладених на суб'єкти державного управління у сфері охорони здоров'я. Можна відмітити що, для виконання покладених на неї завдань, Національна служба здоров'я України в установленому порядку взаємодіє з іншими державними органами, органами та допоміжними службами, утвореними Президентом України, тимчасовими дорадчими та іншими допоміжними органами, які сформовані «Кабінетом Міністрів України, органами місцевого самоврядування, об'єднаннями громадян, профспілками та об'єднаннями роботодавців, органами влади іноземних держав і міжнародних організацій, а також з підприємствами, установами та організаціями».

Внутрішні форми державного управління у сфері охорони здоров'я стосуються організації внутрішньої роботи суб'єктів державного управління у сфері охорони здоров'я (розподіл службових справ, керівництво підпорядкованими підрозділами, проведення нарад) та матеріально-технічної діяльності, що забезпечує функціонування предмету державного управління (бухгалтерський облік, матеріально-технічне забезпечення). Їм властиві визначені характерні ознаки, які носять внутрішньоправовий, виконавчо-розпорядчий та конституційний характер.

Внутрішньоправовий характер вказує, що діяльність суб'єктів публічної адміністрації у сфері охорони здоров'я здійснюється на основі закону у встановлених законом межах і в порядку, встановленому законом, і з метою, передбаченою законом. Виконавчо-розпорядчий характер виражається в тому, що суб'єкти державного управління у сфері охорони здоров'я мають виконувати положення чинного законодавства про охорону здоров'я. Конституційний характер форм державного управління органами державної влади у сфері

охорони здоров'я означає надання кожному суб'єкту певного рівня прав, завдяки чому досягається мета забезпечення пріоритету здоров'я.

Доцільно відмітити, що «основною формою державного управління у сфері охорони здоров'я є встановлення загальнообов'язкових норм та оприлюднення адміністративних актів», тобто оприлюднення органами виконавчої влади або їх посадовими особами нормативних актів, спрямованих на конкретизацію норм законів, що регулюють певні проблеми в цій сфері [8, с. 273]. Дійсно, сформульовані в законах загальні норми і правила поведінки не здатні повністю охопити всі сторони суспільних відносин. Отже, встановленням правових норм підзаконного характеру під час діяльності суб'єктів державного регулювання у сфері охорони здоров'я є адміністративним законодавством, що здійснюється у формі нормативних актів, що видаються організаціями та посадовими особами. Такими законами зокрема є: Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» від 2 березня 2016 року № 285, «Про затвердження Порядку акредитації закладів охорони здоров'я» від 15 липня 1997 року № 765, наказу МОЗ України «Деякі проблеми безперервного професійного розвитку лікарів» від 22 лютого 2019 року № 446 та ін.

По-перше, внутрішні форми включають дії, які виконуються на будь-якому рівні. Це дії та заходи, які визначаються у планах роботи окремого відомства на аналізований період. Сюди ж відноситься інформування працівників, вивчення документів, що регламентують діяльність органу, навчання його працівників, підготовка молодих фахівців, збирання та обробка відомостей, що характеризують роботу та її результати, контроль за її виконанням, прийняті рішення. Організаційні форми реалізуються різними суб'єктами державного регулювання у сфері охорони здоров'я.

До внутрішніх форм державного управління у сфері охорони здоров'я можна віднести:

- участь державних органів, органів місцевого самоврядування та громадських організацій у розробці та обговоренні нормативних правових актів з питань охорони здоров'я;

- затвердження коригування умов допуску до провадження професійної діяльності у медичному кабінеті. Ліцензування нині одна із форм зовнішнього державного контролю над медичною діяльністю. Для покращення роботи в медичній практиці вважаємо за доцільне спростити процедуру ліцензування та створити сприятливі рамкові умови діяльності медичної служби, щоб уникнути бюрократії;

- затвердження порядку акредитації закладу охорони здоров'я та атестації лікарів та медичних працівників. В Україні багато в чому недооцінюється важливість акредитації закладів охорони здоров'я та надто формалізована процедура, що потребує перегляду чинного законодавства.

Проведення атестації персоналу медичних закладів вважаємо важливою частиною надання послуг з управління охороною здоров'я. В процесі реформування охорони здоров'я було переглянуто ліцензійні вимоги до лікарів. У 2019 р. їх було затверджено Наказом МОЗ України «Деякі питання безперервного підвищення кваліфікації лікарів». В даний час лікар зобов'язаний щорічно проходити атестаційне навчання, що дає можливість бути конкурентоспроможним і освоювати нові навички відразу після появи новітніх технологій і практик на ринку медичних послуг.

Лікар повинен самостійно підбирати цікаві та відповідні теми та формати для підвищення своєї кваліфікації. Кожен спеціаліст може вибрати, чи пройти курс дистанційного навчання чи стаціонарного навчання у державному чи приватному навчальному закладі. Основна ідея оновленого сертифікаційного процесу – підбір навчання, виходячи з індивідуальних потреб медичного працівника. За кожний вид навчання «лікарю нараховується відповідна кількість балів, яка вказана у додатку до порядку атестації лікаря» [7].

Вважаємо, що для повноцінної реалізації такої процедури атестації медичних працівників необхідно:

- створити механізми залучення представників медичної автономії та медичної професії до процесів атестації, покращити громадський контроль за цими процесами;

- впровадити ведення реєстрів (Реєстр оптових та роздрібних цін на лікарські засоби, Реєстр оптових та роздрібних цін на медичні вироби, Національний реєстр виробів медичного призначення, Національний реєстр лікарських засобів України);

- затвердження порядку проведення медичного страхування;

- формування консультативно-експертних органів, рад, комісій та спільних груп щодо забезпечення прав людини у процесі розробки та реалізації державної політики у галузі охорони здоров'я;

- реалізація спільних проектів інформаційного, аналітичного та дослідницького характеру з питань охорони здоров'я;

- впровадження системи видачі дозволів на використання нових технологій в галузі;

- затвердження стандартів, регламентів, сертифікація послуг;

- розробка професійних інформаційних семінарів, спрямованих на поглиблення знань у галузі здоров'я та ін.

Матеріально-технічні дії (операції) є ще одною із внутрішніх форм управління. Ці дії визначаються як дії, регламентовані технічними нормами до створення нормальних умов роботи сектору управління. Це збір та обробка інформації, облік, керування файлами, адресними книгами та довідниками [10, с. 37].

Матеріально-технічні дії (операції) є допоміжним засобом в процесі управління. З їхньою допомогою вдосконалюється налагодження ефективного процесу адміністративно-правового регулювання охорони здоров'я. Для

прикладу наведено наступне: підготовка звітів (про надання медичної допомоги різним категоріям громадян, про медичні послуги, про лікарські препарати, їх вартість та обсяг тощо); розгляд заявок державних органів на надання медичних послуг, обробка статистичної інформації шляхом аналізу та порівняння та ін.

Контроль посідає важливе місце серед форм державного управління у сфері охорони здоров'я, оскільки його можна визначити як важливий елемент державного управління. Метою даної діяльності є визначення результатів діяльності суб'єктів у сфері охорони здоров'я, допустимих відхилень від встановлених норм та організаційних принципів, встановлення причин цих відхилень, а також визначення шляхів щодо усунення перешкод для забезпечення ефективної роботи всіх закладів системи охорони здоров'я.

Уряд України є одним із ключових суб'єктів реалізації функції контролю у суспільстві, так як держава наділена реальними повноваженнями впливати на суспільство за допомогою контролю. Суть державного контролю полягає у проведенні моніторингу та контролю розвитку системи охорони здоров'я та всіх її компонентів відповідно до встановлених орієнтирів, а також запобігання та виправлення можливих помилок та неправомірних дій, що перешкоджають цьому розвитку.

Уряд країни за допомогою спеціально уповноважених органів виконавчої влади контролює та здійснює нагляд за дотриманням законодавства у галузі охорони здоров'я, стандартів, критеріїв та державних вимог до надання медичних послуг, спрямованих на забезпечення здорового природного середовища та санітарно-епідеміологічного благополуччя населення, встановлює стандарти професійної діяльності у сфері охорони здоров'я і стандарти надання медичних послуг. Цими органами виступають Міністерство охорони здоров'я, яке є універсальним державним органом, який здійснює контроль у сфері охорони здоров'я, а також Державна служба України з лікарських засобів та контролю за лікарськими засобами, в межах її

повноважень здійснюється державне регулювання лікарських засобів, наркотиків, психотропних речовин, розробка стандартів та технічних вимог на їх виробництво та застосування, боротьба з їх незаконним розповсюдженням на території України

Крім державного контролю, існують також громадський та професійний контроль, метою яких є нагляд за процесом реформування охорони здоров'я.

Громадський контроль – це форма участі громадськості в управлінні з метою підвищення ефективності діяльності державних органів. Тому з метою сприяння громадському контролю за Міністерством охорони здоров'я створено Громадську раду, основним завданням якої є здійснення громадського контролю за діяльністю Міністерства охорони здоров'я України та інших державних органів у сфері охорони здоров'я. Громадська рада змушує МОЗ враховувати громадську думку при розробці та реалізації державної політики у галузі охорони здоров'я. Також дана структура здійснює громадський контроль за діяльністю державних органів охорони здоров'я відповідно до законодавства.

При цьому, експертний контроль у сфері охорони здоров'я здійснюють спеціально уповноважені установи (Державний експертний центр МОЗ України). Експертиза є методом оцінки, який найчастіше використовується владою в більшості країн Європейського Союзу. Наприклад, у 2019 році МОЗ України запровадило необхідність проведення оцінки медичних технологій. Така оцінка здійснюється окремими групами експертів, результатом якої є розробка найбільш оптимального методу лікування шляхом порівняння його клінічної ефективності та вартості, прогнозування профілактичних напрямів охорони здоров'я та рекомендації Міністерству охорони здоров'я України.

На базі Центру державної експертизи МОЗ України створено окреме управління з оцінки медичних технологій, яке в майбутньому має бути розширене до самостійного відомства.

1.3. Особливості управлінської діяльності в системі охорони здоров'я на місцевому рівні

Питання державного управління закладами охорони здоров'я розглядається дослідниками з різних ракурсів, а саме: з точки зору теорії і психології управління та загальнопедагогічної теорії. З позиції теорії управління управлінська діяльність сприймається як комплекс навичок, здібностей, методів, засобів і дій людини у цій сфері, отриманих з урахуванням історичного досвіду, наукових знань і талантів людей [11, с. 156]. З даної точки зору загальними характеристиками управління є його інтелектуальні основи (формування, прийняття та практична реалізація рішень, дія яких направлена на зміну розвитку соціальних процесів, свідомості, поведінки та діяльності людей), інформаційні (прийом, розуміння, систематизація, зберігання, передача управлінської інформації), раціональність та оперативність прийнятих управлінських рішень [60, с. 119].

Діяльність в процесі прийняття рішень має відмінності від інших видів керування психологічними особливостями, серед яких вчені виділяють наступні:

- значна кількість видів діяльності на різних рівнях управлінської піраміди;
- відсутність алгоритму дій та творчий характер діяльності, що в основному протікає в умовах мінливої, часто суперечливої обстановки та нестачі інформаційного забезпечення;
- чітко виражений прогностичний характер управлінських завдань;
- важлива роль засобів комунікації у здійсненні діяльності;
- рівень психічної напруги високий, що викликано значним рівнем відповідальності в процесі прийняття рішень [14, с. 168].

На основі функціональної диференціації діяльність у сфері управління визначається основними вимогами організації та включає в себе чітке виконання професійних завдань, економію, планування, темп, надійність роботи, запобігання помилкам та порушенням у спільній діяльності, створення умов для ініціативної та творчої роботи. Встановлення ключових функцій діяльності в сфері управління дає можливість його ефективного соціального впливу, розвитку лідерської культури, лідерської готовності та лідерських якостей окремих особистей [16, с. 220].

Також управлінська діяльність враховує відповідальність кожного індивідуума за виконання поставлених перед ним завдань, урахування навичок спеціалістів та їх участь у певній діяльності, узгодження інтересів фахівців з метою та загальними завданнями.

Виходячи з виділених функцій та специфіки діяльності в сфері управління у соціальному та особистісному вимірах, вчені виділяють такі її види:

- відповідно об'єкту впливу: особиста (індивідуальна) (проведення інтерв'ю, надання психологічного впливу на особу, прийняття індивідуального управлінського рішення); групова (колегіальне рішення управлінських завдань та ін.);

- відповідно спрямованості: технічний менеджмент (у системі «людина – техніка»); соціальне управління (що відноситься до людини та людського суспільства) [48, с. 162].

Дослідження різних точок зору вчених, пов'язаних з теорією управління, психологією управління, соціологією, педагогікою визначення функцій управлінської діяльності та її видів, дозволило сказати, що управлінська діяльність – це поліфункціональна діяльність, обумовлена особливостями професійного середовища.

У рамках нашого дослідження важливо з'ясувати сутність управління у професійному середовищі закладів охорони здоров'я України.

Так як категорія управлінської діяльності характеризується професійною діяльністю медичних працівників закладів охорони здоров'я, насамперед хотілося б наголосити на тому, що потенціал персоналу медичних організацій та процес його підготовки мають свої особливості.

Таким чином, можна сказати, що для управлінської діяльності у закладах охорони здоров'я притаманні наступні характеристики: багатофункціональність, динамічність, напруженість в поточній діяльності, регулярність, чіткий контроль послідовних та узгоджених дій. Специфіка управлінської діяльності установах охорони здоров'я визначається її характеристиками (індустрія охорони здоров'я грає найважливішу роль соціально-економічному розвитку за рахунок збереження та відновлення здоров'я населення країни), сучасними заходами із реформування установ сфери охорони здоров'я. На думку С. Вовк, «кінцевим результатом якісної роботи медичної системи в умовах інноваційного розвитку суспільства є людина, здатна забезпечити конкурентоспроможність економіки, рівень розвитку наукомістких технологій, високі показники валового внутрішнього доходу та високий рівень матеріального та духовного життя населення країни» [3].

Діяльність в сфері управління закладами охорони здоров'я є системою, до якої входять сукупність практичних дій та заходів різних рівней управлінської ієрархії. Основним суб'єктом їх формування та реалізації є держава.

Так, у стратегії сталого розвитку «Україна – 2020» мету державної політики у галузі охорони здоров'я визначено як «радикальні та системні реформи, спрямовані на створення пацієнтоорієнтованої системи, здатної надавати медичну допомогу всім громадянам України на рівні розвинених країн». Основними напрямками реформування повинні бути посилення особистої відповідальності громадян за власне здоров'я, вільний вибір постачальників медичних послуг належної якості, адресна підтримка соціально незахищених верств населення та створення ефективного підприємства на

ринку охорони здоров'я. Програма Європейського Союзу «Європейська стратегія охорони здоров'я – 2020» є орієнтиром реформування національного ринку медичних послуг.

Медична галузь України поєднує в собі такі складові: адміністративну систему; адміністративні процеси як сукупність операцій, які здійснюються відповідно до певних правових норм; методи управління як сукупність засобів впливу системи управління на керований нею об'єкт; техніка управління як склад технічних засобів здійснення управлінських процесів [3].

Об'єктна структура управління у охороні здоров'я включає, з одного боку, окремі суспільні відносини, з другого боку, відносини у організаційній системі, а саме відносини між різними суб'єктами управління.

Отже, вплив управління в установах охорони здоров'я включає у собі організаційну складову, тобто управлінські дії, здійснювані суб'єктами різних рівнів управління охороною здоров'я. Це виявляється у різній практичній спрямованості та здійсненні впливів у двох напрямках: статичному (структурному) та динамічному (функціональному). Іншими словами, управлінський вплив у охороні здоров'я включає: побудову відповідної організаційної структури управління (підсистем, що впливають на управління) та відповідного функціонального навантаження цих підсистем.

Розглядаючи питання щодо організаційного механізму впливу на управлінську діяльність в організації охорони здоров'я, звертаємо увагу на те, що на сьогоднішній день немає чіткого визначення поняття «організаційний механізм управління діяльністю організації». Деякі науковці визначають його як сукупність процесів певної організації, інші – як фази життєвого циклу установи, треті – як основні правила, норми, що діють усередині організації. Інші дослідники пропонують розглядати організаційний механізм управління організацією з точки зору діяльності, що здійснюється, а саме: організаційний

механізм конкурентного стану установи; організаційний механізм фінансування; механізм організації економічної діяльності установи тощо.

Дослідники Бакуменко В.Д. та Безносенко Д.О. вважають, що організаційний механізм містить: а) структурні механізми: структурування діяльності, установ, ринків; б) інформаційні механізми: економічна, науково-технічна інформація, рекламна інформація; в) механізм організації управління: стратегічне, оперативне, цільове управління; організаційно-технічна система: стандартизація, сертифікація, узгодження [3].

Гавриченко Д.Г. вважає «організаційний механізм» внутрішньою організацією, яка формує порядок господарської діяльності установи, що забезпечує прийняття оптимальних управлінських рішень, дія яких направлена на вирішення завдань та їх реалізацію при оптимальному використанні загальних ресурсів та максимальному отриманні якісного результату [9].

Характерною рисою «механізму організації» є організованість. Даний процес полягає у забезпеченні цілеспрямованої та узгодженої взаємодії складових системи при функціонуванні даної системи. Узагальнене визначення організаційного механізму – це послідовність управлінських дій, яка тим чи іншим чином обґрунтована, а також способи реалізації функції та принципів управління. Після критичного огляду підходів сучасних дослідників, Литовченко І.І. пропонує розглядати організаційний устрій як сукупність управлінських дій, спрямованих на «організацію взаємодії між внутрішніми елементами в середині системи з урахуванням впливу зовнішнього середовища» [26, с. 47].

На додаток до сказаного наголосимо, що в умовах сьогодення діяльність медичних закладів має враховувати вплив економічних законів. Це означає, що суто організаційні важелі впливу, без урахування економічних законів, неспроможні дати бажаного результату. Тому ми погоджуємося із визначенням дослідників, які вважають створення та впровадження організаційно-

економічних механізмів управління забезпечать організації досягнення своєї мети.

Таким чином, організаційний механізм управління лікувальним закладом можна визначити як систему:

- відповідних структурних, організаційних та інформаційних механізмів, які забезпечують управління цією установою за умов зовнішнього середовища, та засновані на розпорядку діяльності установи, створені задля прийняття оптимальних управлінських рішень на вирішення поставлених перед ним завдань при оптимальному використанні наявних організаційних ресурсів;

- дій управлінської діяльності, які спрямовані на організацію взаємодії між структурними складовими медичної установи з урахуванням цілей їх діяльності, особливостей зовнішнього та внутрішнього середовища цієї установи.

Організаційний апарат управління лікувальним установою як система управлінських процесів реалізується у процесі здійснення управлінської діяльності. Ці заходи відображаються в результатах роботи персоналу лікувальних закладів, які мають необхідну кваліфікацію (рис. 1.1).

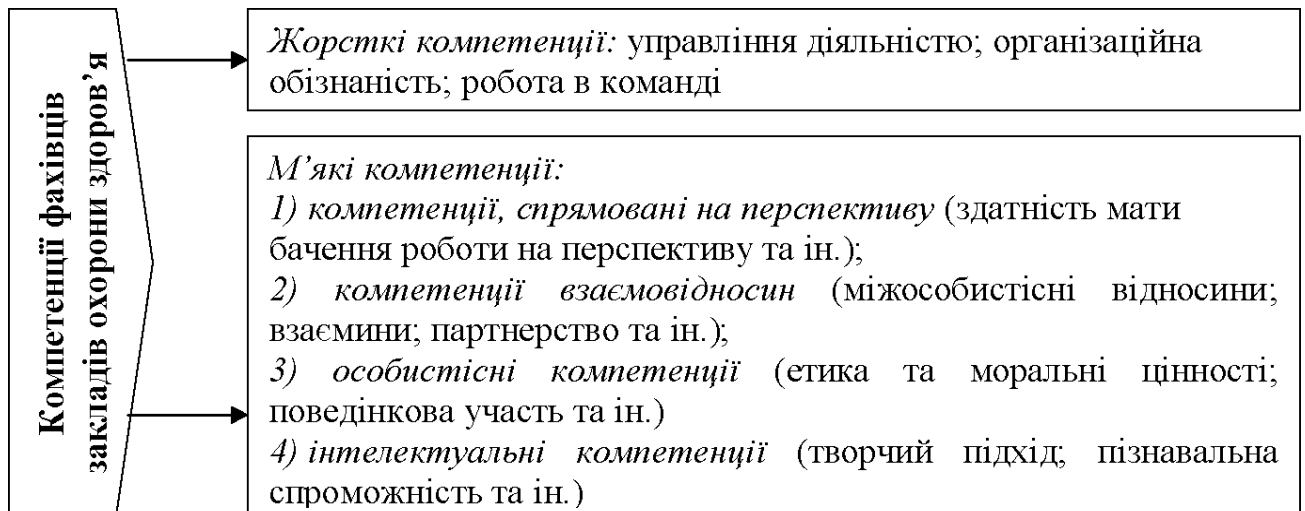


Рис. 1.1. Компетенції персоналу лікувальних закладів в Україні

Організаційні механізми управлінської діяльності лікувальних закладів багато в чому визначаються реформаторськими тенденціями у державному управлінні та галузі охорони здоров'я. Як зазначено у науковому дослідженні [15], «реформа державного управління в Україні має ґрунтуватися на сучасних орієнтирах та пріоритетних цінностях розвитку світової спільноти у цій сфері». Ключові аспекти сучасних управлінських тенденцій у країнах Євросоюзу характеризуються як державний менеджмент. Відповідно мова має йти про зміну парадигми державного управління, створення нової культури та нового стилю діяльності державних установ, дія яких спрямована на підвищення якості обслуговування населення та підвищення відповідальності за розподіл послуг та ресурсів.

Щоб показати проблематику впливу та організаційного механізму на управлінську діяльність у медичній установі та її змістовне навантаження, слід зазначити, що управлінська діяльність взаємодіє із адміністративною діяльністю, при цьому організація управлінської діяльності у медичній установі характеризує специфіку проведення адміністративної діяльності.

Адміністративний – те, що стосується управління, адміністрування.

Адміністрація – низка державних органів, які виконують адміністративні функції; посадовці, керівники установ, організацій, підприємств; адміністратори, відповідальні за будь-що організатори [9].

Отже, адміністративним є те, що взагалі пов'язано з адміністративною діяльністю, політичною та адміністративною, у вузькому розумінні – те, що пов'язано із бюрократичним способом управління та реалізацією політичних рішень.

У межах своєї концепції (класичної школи) А. Файоль досліджував поняття управління. Менеджмент в термінології А. Файоля, розглядається як «сукупність методів, принципів та правил, спрямованих на здійснення

ефективної діяльності, оптимальне використання можливостей та ресурсів організації».

Дія адміністративного управління спрямована на розробку спільних проблем та принципів організаційного управління. У рамках цього поняття як системи відносин із певною ієрархією сформувалося поняття організаційної структури [9].

Поняття «адміністративна діяльність» законодавчо не визначене в Україні. Наукові джерела виокремлюють кілька поглядів на природу та розуміння цієї категорії. Тому, на думку Л. Мельника, найголовнішим в адміністративно-управлінській діяльності є видання нормативних та індивідуальних актів [29, с. 118]. В. Горачук стверджує, що управлінська діяльність – це «діяльність працівників управлінського апарату, що здійснюється в рамках конкретної посади та є предметом дослідження адміністративного управління» [13, с. 10]. За управлінським поділом праці основною структурно-функціональною одиницею в системі управлінської праці є професійна діяльність особистості, тобто розглядає управлінську діяльність з погляду аналізу «професія-співробітник». Вихідним пунктом розгляду позиції як категорії лідерства є виявлення її сутнісних системних показників: структури, зв'язків, функцій, організації.

У зв'язку з цим звертаємо увагу на те, що такий підхід за кваліфікаційними ознаками, з одного боку, не охоплює всю діяльність, пов'язану з адміністративною діяльністю (у практичній діяльності державні службовці повинні приділяти частину свого часу точному виконанню функцій, які не включені до робочих інструкцій), з іншого боку, це визначення перестало бути метою їх виконання, що дозволяє віднести всі дії персоналу до адміністративної діяльності.

Складові діяльності в сфері управління, характерні для адміністративної діяльності, мають логічний зв'язок із категорією адміністрування, що визначає наступні її характеристики:

- мета проведення адміністративної діяльності;
- причини прийняття управлінських рішень;
- що виступає об'єктом керування;
- які дію має даний управлінський процес.

Розглядаючи сутність управлінської праці, яка виступає одним із видів розумової праці, дослідники характеризують наступні складові процесу управління: ціль, ситуація, проблема, рішення. Отже, завершеність адміністративної дії, аналіз ситуації, постановка проблеми та пошук вирішення також характерні для адміністративної дії як процесу управління.

Базисом адміністративної діяльності є основні функції управління: планування, організація, мотивація, контроль. Загальна концепція адміністративної діяльності уточнюється стосовно цілей, завдань і проблем, що підлягають вирішенню.

Дія адміністративної діяльності як різновиду управлінської діяльності, направлена на організацію та управління різними процесами.

Ми вважаємо, що діяльність у сфері управління є найбільш важливою серед інших видів діяльності, оскільки є свідомо здійснюваною діяльністю людини, спрямованою на ефективне виконання роботи (індивідуальної чи колективної) з метою «досягнення конкретних цілей, вирішення актуальних завдань».

Організаційна діяльність менеджерів ділиться на три основні цикли, в рамках яких здійснюються різні операції та процедури:

- інформаційний цикл (дослідження, збирання, передача, обробка, зберігання всіх видів інформації. В основному цим займаються фахівці та технічні перекладачі);

- логічний та розумовий цикл, пов'язаний з виробленням та прийняттям управлінських рішень (дослідження, науково-технічні та інші розробки, техніко-економічні розрахунки, прогнози, вироблення рішень. Цим переважно займаються фахівці та керівники);

- організаційний цикл, який супроводжується впливом організаційно-господарського управління на предмет управління та реалізацію управлінських рішень (підбір та розстановка кадрів, навчання, постановка завдань керівникам, оперативне планування, організація процесів роботи персоналу, узгодження. Цим займаються менеджери).

Такі технологічні схеми будуть притаманні й адміністративній діяльності в управлінні лікувальною установою, але увага зміститься з інформаційного та логіко-інтелектуального контуру на організаційний контур.

Організаційний механізм впливу на управлінську діяльність у закладах охорони здоров'я та їх змістове навантаження стають значною мірою зрозумілими завдяки діяльності керівників цих установ.

Організаційно-управлінський елемент роботи керівників лікувальних закладів охоплює найрізноманітніші інтереси. Він включає: «загальне керівництво медичною установою, здійснення стратегічного управління, забезпечення ефективності, управління прийняттям рішень, контроль, правові аспекти та безпеку діяльності організації. При цьому основними критеріями оцінки організаційно-керівної діяльності керівника є його професійні лідерські якості, організаторські якості, ділова хватка, моральні якості, політична культура та працездатність» [42, с. 32]. При цьому соціально-психологічна складова управлінської діяльності сучасного керівника лікувального закладу містить наступні напрямки:

- контроль за роботою апарату управління (здійснення загального керівництва апаратом управління, побудова та вдосконалення структури апарату управління, розподіл повноважень всередині апарату управління,

кадрове забезпечення вищої ланки апарату управління та контролю комплектування проміжних та нижчих ланок управління, координація взаємодії всіх органів апарату управління, контроль за раціональною організацією робочих місць та умов праці керівників);

- забезпечення взаємодії із навколишнім середовищем (представництво, ведення основних переговорів та укладання договорів; дії від імені організації; загальне керівництво діяльністю);

- управління людськими ресурсами (розробка політики в галузі управління людськими ресурсами та використання людського потенціалу, розробка принципів та механізмів кадрового забезпечення, розробка основних принципів системи внутрішньої мотивації, реалізація заходів, спрямованих на матеріальний та моральний вплив на працівників, розвиток загальної культури організації та механізмів виховання, навчання та підвищення кваліфікації кадрів, реалізація заходів щодо соціального розвитку та навчання персоналу) [11, с. 155].

За умови реформування охорони здоров'я, важливе значення має динаміка зовнішнього середовища, така як: децентралізація управління; відповідність роботи установи потребам та очікуванням суспільства; ускладнення розв'язуваних установами завдань та, як наслідок, збільшення ризику негативних наслідків у результаті прийняття ними рішень; впровадження інновацій. У зв'язку з цим особливо гостро постають питання приведення діяльності організаційних підсистем установ охорони здоров'я у відповідність до умов функціонування та вимог зовнішнього середовища та вдосконалення організаційного механізму впливу на діяльність управління у цих установах.

Висновки до першого розділу

1. Встановлено, що процес формування ринку у системі охорони здоров'я України проходить через створення та розвиток комерційних структур

(формування моделі ринку знизу) та реалізацію медичної реформи (формування моделі ринку згори). Під дією впливу об'єктивних і суб'єктивних чинників процес завершився б створенням розумного конкурентного середовища, який через механізм саморегулювання усунув негативні прояви функціональної активності та ефективно сприяв підвищенню якості медичних послуг.

2. Модель національного медичного ринку можна охарактеризувати як трансформаційну (схильну до трансформаційних змін і за своєю суттю незавершену) і як модель з різною швидкістю, яка характеризується різними проявами в силу різного рівня конкурентних відносин, що характеризуються розвитком окремих його складових (фармацевтичний ринок, страховий ринок, ринок медичних послуг, послуг медичної освіти та ін.) та створює дисбаланс між ними в рамках моделі. Українська модель ринку охорони здоров'я повинна залишатися моделлю ринку за участю держави. Враховуючи негативні фактори розвитку медичного ринку, виявлені недоліки інституційного забезпечення його функціонування та розвитку, а також досвід оцінки сучасних викликів, спричинених кризами (Covid-19, військова агресія), необхідно переглянути цілі дослідження, визначити напрямки реформи галузі та регуляторної політики, здійснити пошук можливих синергетичних ефектів конкуренції та взаємодії між приватним, комунальними та державним секторами, щоб зосередитися на шляхах їх досягнення.

3. Визначено, що, особливістю державного управління в Україні у сфері охорони здоров'я є діяльність окремих органів уряду країни, яка проводиться за допомогою відповідних форм, що є виразом зовнішнього змісту державної діяльності органів влади. Державне управління у сфері охорони здоров'я здійснюють органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування. Механізми управління у сфері охорони здоров'я постійно розвиваються. Основними принципами реформи державного управління у сфері охорони здоров'я мають стати децентралізація, що полягає у наданні регіонам великих

адміністративних та фінансових можливостей у сфері охорони здоров'я, а також автономія лікарень, субсидіарність та партнерські відносини між органами державної виконавчої влади та муніципальними самоврядуваннями. За умови європейської інтеграції України, з'являються нові форми державного контролю та моніторингу реалізації реформи охорони здоров'я. Для повного оновлення форм державного управління доцільно вирішити основні проблеми, що виникають у сфері охорони здоров'я: неузгодженість у прийнятті нормативно-правових актів та наявність технологій та практик, які здебільшого застаріли, відсутність системи надання медичних послуг громадянам через прозору систему контролю. Щоб уникнути затягування реформи охорони здоров'я, необхідно налагодити скоординовану співпрацю медичних працівників, громадськості та державних органів.

РОЗДІЛ 2

РОЗРОБКА ТА ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ В УМОВАХ КНП «МІСЬКА БАГАТОПРОФІЛЬНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ МАТЕРІ ТА ДИТИНИ ІМ. ПРОФ. М.Ф. РУДНЄВА»

2.1. Характеристика діяльності КНП «МБКЛМД Руднева»

Комунальне некомерційне підприємство «Міська багатoproфільна клінічна лікарня матері та дитини ім. проф. М.Ф. Руднева» Дніпровської міської ради (надалі - КНП «МБКЛМД Руднева») є багатoproфільним лікувально-профілактичним закладом, який цілодобово надає послуги вторинної високоспеціалізованої медичної допомоги в умовах цілодобового стаціонару, денного стаціонару або амбулаторних умовах переважно найбільш важкому контингенту дітей (від 0 до 18 років), вагітних, роділь, породіль, а також жінкам з порушенням репродуктивної функції, що потребують високої інтенсивності лікування та догляду, установлених законодавством України та Статутом підприємства.

У 2021 році на підставі рішення Дніпровської міської ради № 56/8 від 23.06.2021р. надана згода на передачу зі спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст Дніпропетровської області у комунальну власність територіальної громади міста Дніпра Комунального підприємства «Дніпропетровський спеціалізований клінічний медичний центр матері та дитини ім. проф. М. Ф. Руднева» Дніпропетровської обласної ради» разом із індивідуально визначеним майном та об'єктами нерухомого майна. Також, на підставі рішення Дніпровської міської ради № 89/9 від 28.07.2021р. відбулося перейменування Комунального підприємства «Дніпропетровський спеціалізований клінічний медичний центр матері та дитини ім. проф.

М.Ф. Руднева» Дніпропетровської обласної ради» на Комунальне некомерційне підприємство «Міська багатoproфільна клінічна лікарня матері та дитини ім. проф. М.Ф. Руднева» Дніпровської міської ради, яке є правонаступником у повному обсязі всіх прав та обов'язків.

Основним видом діяльності даної медичної установи є надання пацієнтам послуг вторинної (спеціалізованої) стаціонарної медичної допомоги, у тому числі екстреної (невідкладної), необхідної для забезпечення належної профілактики, діагностики і лікування хвороб, травм, отруєнь чи інших розладів здоров'я, медичного контролю за перебігом вагітності та ведення пологів і післяпологового періоду; надання пацієнтам спеціалізованої амбулаторної медичної допомоги (спеціалізована медична практика).

КНП «МБКЛМД Руднева» Дніпровської міської ради здійснює господарську некомерційну діяльність, спрямовану на досягнення соціальних та інших результатів без мети одержання прибутку.

На базі медичної установи працюють 4 кафедри Дніпровського державного медичного університету, а саме:

- Кафедра педіатрії та неонатології;
- Кафедра стоматології;
- Кафедра акушерства та гінекології;
- Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини.

Стаціонар КНП «МБКЛМД Руднева» розрахований на 276 ліжок, крім цього додатково має 25 реанімаційних ліжок. Також медична установа веде амбулаторний прийом пацієнтів та відповідно є лікарські відвідування, виконує діагностичні та лабораторні дослідження. В КНП «МБКЛМД Руднева» функціонує денний стаціонар для жінок на 10 ліжок при клініко-діагностичному відділенні та 10 ліжок при гінекологічному відділенні, а також денний стаціонар для дітей на 15 ліжок при дитячому реабілітаційному відділенні та 2 ліжка при

консультативно- діагностичному відділенні для дітей з ліжками денного стаціонару.

Кількість штатних посад по КНП «МБКЛМД Руднева» ДМР становить 808 штатних одиниць. В табл. 2.1 наведено співвідношення між кількістю посад та фізичними особами, які працювали у КНП «МБКЛМД Руднева» в 2021 році.

Таблиця 2.1

Забезпеченість потреби у персоналі в КНП «МБКЛМД Руднева» в 2021 році

Категорії персоналу	Кількість посад	Кількість працівників, осіб	Забезпеченість потреби у персоналі, %
Керівники	11	10	90,91
Лікарі	229,75	187	81,39
Середній медперсонал	316	269	85,13
Молодший медперсонал	155,5	131	84,24
Адміністративно-управлінський персонал	28,25	21	74,34
Допоміжний персонал	67,5	51	75,56
РАЗОМ	808	669	82,80

Як демонструють матеріали таблиці 2.1 КНП «МБКЛМД Руднева» не забезпечені у повній мірі персоналом. Загалом по установ нестача кадрів складає 17,2 %. Найбільший дефіцит спостерігається за категоріями адміністративно-управлінський персонал та допоміжний персонал.

Показники роботи комунального некомерційного підприємства «Міська багатопрофільна клінічна лікарня матері та дитини ім. проф. М.Ф. Руднева» Дніпровської міської ради за 2021 рік склали:

- Проліковано стаціонарно - 13 043 пацієнта, у т.ч. дітей - 9523;
- Проліковано в умовах денного стаціонару - 566 пацієнтів;
- Проведено хірургічних втручань – 11 564, у т.ч. дітям – 7 965, кількість прооперованих – 8 017 пацієнтів, у т.ч. дітей - 6 342;
- Амбулаторних відвідувань - 43 095.

Кількість пролікованих пацієнтів стаціонарно за 2021 рік склало:

- Хірургія - 807;
- Невідкладна допомога - 982;
- ЛОР - 2070;
- Челюстно - лицьова хірургія - 2547;
- Педіатрія - 1666;
- Реабілітація - 530;
- Ортопедія - 929;
- Нейрохірургія - 129;
- Кардіохірургія - 85;
- Пологове - 1384;
- Гінекологія - 1849;
- Інтенсивна терапія для дітей - 758.

Кількість летальних випадків склала за 2021 рік - 0,1 % (19 осіб), за 2020 рік - 0,3% (39 осіб).

Виконаних досліджень за 2021 рік:

- Рентгендіагностичних - 12 188;
- МРТ-5 136;
- УЗД-38 579;
- Ендоскопічних - 197;
- Лабораторних аналізів - 465 243;
- Функціональна діагностика - 1 897;
- ЕКГ-884.

Пакети медичних послуг, за якими, згідно договору «Про медичне обслуговування населення», КНП «МБКЛМД Руднева» надавала медичну допомогу в 2021 році наведено в додатку А.

З урахуванням необхідності покращення надання висококваліфікованої, сучасної медичної допомоги, у 2021 році за кошти НСЗУ було закуплено

високовартісний, сучасний рентгенівський діагностичний комплекс з плоско панельним детектором на суму 2 720 000 грн. В таблиці 2.2 наведені показники забезпеченості установи основними засобами.

Таблиця 2.2

Динаміка рівня забезпеченості та використання основних засобів в КНП
«МБКЛМД Руднева»

Показник	2019	2020	2021	Зміна 2021 проти 2019	
				абсолютна	відносна, %
Середньорічна вартість основних засобів, тис. грн.	455340	441975	415646	-39694	-8,72
Середньорічна вартість оборотних засобів, тис. грн.	6172	16911	36404	30232	489,84
Фондоозброєність 1 працівника, тис. грн/особу	734,4	711,7	630,7	-103,7	-14,12
Фондовіддача на 1 грн основних засобів, грн./грн.	0,357	0,333	0,475	0,1	33,19
Фондомісткість 1 грн валового доходу, грн./грн.	2,803	3,003	2,105	-0,699	-24,92
Оборотність оборотних засобів, коеф.	26,32	8,70	5,42	-20,90	-79,39
Тривалість 1 обороту оборотних засобів, днів	14	42	67	53	385,14
Припадає оборотних засобів на 1 грн основних засобів, грн./грн.	0,014	0,038	0,088	0,1	546,17
Норма прибутку, %	5,74	8,71	9,52	3,8 в.п.	x

Завдяки підтримці депутатів обласної ради та керівництва міста за кошти субвенції з обласного бюджету бюджетам територіальних громад на виконання доручень виборців депутатами обласної ради у 2021 році було придбано надсучасну шейверно - борову систему вартістю 557 470 грн. За допомогою цього апарату ми маємо можливість надійної, якісної хірургічної допомоги при гострих та хронічних захворюваннях середнього вуха, соскоподібного відростку та внутрішнього вуха, захворювань пазух носу, а також вроджених вад розвитку, які потребують хірургічних втручань на кістках .

За кошти з бюджету Дніпровської міської територіальної громади за Програмою сприяння розвитку територій м. Дніпра на 2021-2025 роки було

проведено поточний ремонт приміщень нашого підприємства на загальну суму 412 000 грн., а саме – заміна старих дерев'яних вікон та внутрішніх дверей на нові енергозберігаючі металопластикові в неонатальному корпусі, що сприяло створенню належних умов (температурного режиму) хворим та працюючим закладу.

Протягом 2021 року Лікарня отримала благодійну допомогу від благодійних фондів та підприємств міста у вигляді нового медичного обладнання (два апарата штучної вентиляції легенів, кисневий концентратор, медичний аспіратор, стерилізатор паровий, рукоятка для дефібриляції на відкритому серці, комплект лапороскопічного обладнання, мікроскоп, ультразвукова мийка) на загальну суму 2 360 980,00 грн.

Оновлення матеріально технічної бази нашого підприємства за 2021 рік, а саме медичного обладнання та розширення спектру лікування дозволить забезпечити виконання вимог НСЗУ з подальшим відшкодуванням витрат за їх проведення.

Завдяки підтримки керівництва області та міста, департаменту охорони здоров'я населення впроваджені ефективні рішення по упорядкуванню та покращенню надання медичної допомоги.

2.2. Аналітична оцінка ефективності функціонування механізмів державного управління КНП «МБКЛМД Руднева»

Внутрішній механізм управління КНП «МБКЛМД Руднева», як і в багатьох інших установах та організаціях, розглядається як система усвідомлених взаємодій між управлінською одиницею (керівним органом установи, наділеним повноваженнями приймати рішення про організацію його діяльності та опрацювання перспективних напрямів розвитку). Враховуючи

соціальний зміст та соціальну значущість діяльності КНП «МБКЛМД Руднева», для наповнення змістом механізмів системи управління використовується дещо інша система цільових орієнтацій. Фактична діяльність галузевої установи не може бути спрямована виключно на отримання прибутку, навіть якщо ця медична установа є комерційною організацією. Механізми управління системами виробничих інститутів базуються на основних засадах державного регулювання, що визначають сукупність правил, законів та певних процедур регулювання діяльності, у тому числі ухвалення управлінських рішень (внутрішні механізми управління). Схема механізму управління КНП «МБКЛМД Руднева» представлена на рис. 2.1, де виділено такі елементи: місія, ієрархія цілей, система загальнонаукових та приватних принципів управління, функціональні та забезпечуючі підсистеми, економічні важелі та стимули.

Загалом механізм належного управління КНП «МБКЛМД Руднева» містить дві підсистеми: функціонування та забезпечення. У складі перших ключове місце займає регулювання, оскільки надання медичних послуг підлягає обов'язковому ліцензуванню, а його технологічна складова регулюється єдиними клінічними протоколами надання медичної допомоги. Структура існуючих механізмів управління охороною здоров'я відповідає системі комплексного управління. Потреби сучасної практики диктують пошук нових видів загального регулювання та управління сферою охорони здоров'я (економічний аспект та підвищення якості та доступності послуг). У відомих сьогодні реаліях координація діяльності закладів охорони здоров'я потребує переформатування всієї медичної галузі, зокрема застосування нових економічних принципів ефективного управління.

Система державного управління у сфері охорони здоров'я надзвичайно складна, у зв'язку з чим необхідний системний підхід щодо її суб'єктів, об'єктів, механізмів, і навіть чинників, що впливають. Це справедливо вважається необхідною умовою встановлення основних принципів побудови адаптивного

управління для державних медичних організацій та приватних медичних установ.

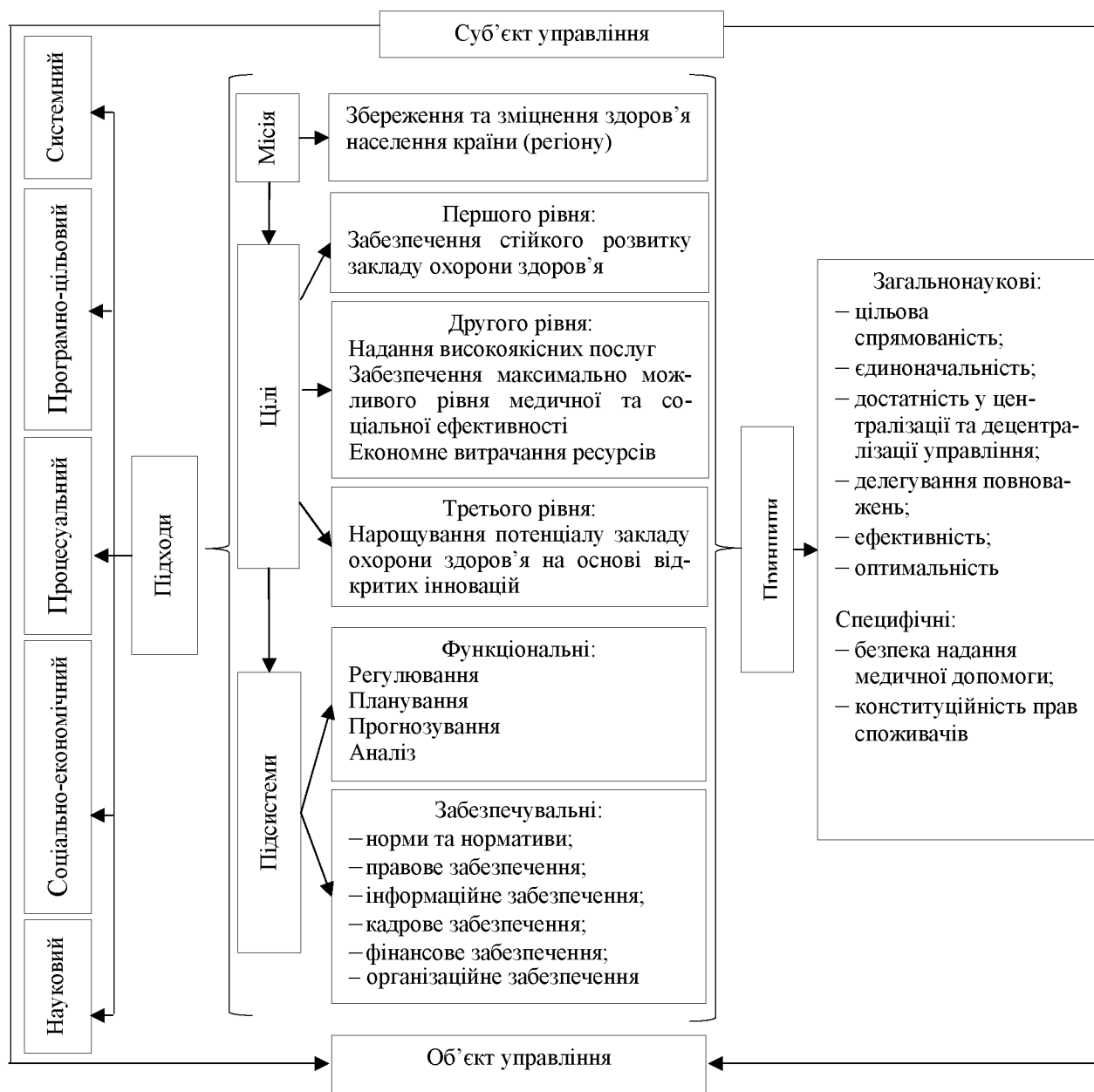


Рис. 2.1. Механізм системного економічного управління КНП «МБКЛМД Руднева»

При визначенні координат сутності державного управління медичною галуззю і форм його реалізації в рамках суб'єктно-об'єктних відносин необхідно враховувати системні механізми державного управління у сфері охорони

здоров'я в цілому. Їхні пріоритети та співвідношення є основою для визначення основних компонентів загального механізму державної та внутрішньоуправлінської діяльності, структурна структура якого представлена в узагальненому вигляді на рис. 2.2.



Рис. 2.2. Основні компоненти державного управління КНП «МБКЛІМД Руднева»

Перелічені компоненти загального характеру вимагають розробки більш детальних та практичних механізмів управління, а також розробки конкретних критеріїв оцінки їхньої ефективності, результативності та відповідності реальним соціально-економічним умовам. У плані внутрішнього економічного контролю необхідно знайти нові форми державного впливу через

удосконалення цих механізмів. Управління станом сфери здоров'я у сучасних умовах передбачає використання відносин із такими функціями:

- державне управління охороною здоров'я є і механізмом, і формою реалізації суспільних інтересів;

- правові норми та державні механізми безпосередньо впливають на організаційно-адміністративну складову медичного закладу, оскільки він проявляється як загальноадміністративний та комерційний заклад.

- об'єктами державного управління у сфері охорони здоров'я є певні суспільні відносини та відносини у самій організаційній системі, тобто відносини між різними державними органами та медичними установами.

Вітчизняні вчені та практики обґрунтовують доцільність використання закордонного досвіду при побудові системи управління медичною галуззю. Основні принципи розробки державних (національних) та регіональних програм засновані на елементах та принципах побудови системи управління охороною здоров'я розвинених країн. Літературні джерела та аналітичні журнали свідчать про те, що досвід управління підприємствами охорони здоров'я за кордоном свідчить про ефективність зарубіжної практики. У світовій господарській практиці різні країни виробляють собі адекватну модель управління у цій сфері, спрямовану на ефективність загальної системи управління та забезпечення високого рівня турботи про здоров'я членів суспільства.

2.3. Аналіз системи розробки та прийняття управлінських рішень в КНП «МБКЛМД Руднева»

КНП «МБКЛМД Руднева» як територіальна установа вищої категорії акредитації належить до сфери спеціалізованих закладів у сфері охорони здоров'я. Ця установа пропонує пацієнтам спеціалізовану медичну допомогу у стаціонарних та амбулаторних умовах. Ця медична структура є координаційним центром та свого роду регіональною дослідницькою структурою.

Незважаючи на некомерційний характер даного медичного закладу та бюджетне фінансування його діяльності, кошти, які отримуються за різними програмами, а також прямі платежі за послуги, стають вирішальними для його стабільної роботи. Раціональне використання наявних економічних ресурсів стає гарантом ефективності роботи та необхідною умовою підвищення технологічного потенціалу цієї установи охорони здоров'я. Критерії отримання прибутку та економії витрат є основними критеріями управління КНП «МБКЛМД Руднева». Постійна тенденція до консервативної політики в системі управління державною охороною здоров'я призвела і до переважання адміністративних методів управління практикою галузевих установ з урахуванням медичного закладу.

Нижче наведено основні показники, що відображають фінансово-економічні ресурси та рівень господарювання, виражені показниками ефективності. Для відображення факторів, що впливають на основні критерії економічної діяльності, наводяться інші показники, у тому числі формалізована інформація про фінансові та нефінансові активи, основні засоби та зобов'язання. На підставі даних фінансової звітності КНП «МБКЛМД Руднева» наведемо економічний потенціал та результати його фінансово-господарської діяльності (табл. 2.3).

Відповідно до матеріалів табл. 2.3 відзначимо зростання показника чистого прибутку протягом усього досліджуваного періоду. Поряд із цим критерієм показник чистого прибутку також поступово збільшувався за аналізований період. Виходячи з матеріалів таблиці, зазначимо, що сума чистого прибутку за базовий рік для даного аналізу у 2019 році була досить високою в абсолютному вираженні та становила 13,3 млн. грн. Протягом наступних двох років намітилася тенденція до зростання даного показника. В 2021 році приріст чистого прибутку проти базового року склав 8,26 млн. грн., або 62,3 %.

Таблиця 2.3

Основні показники діяльності КНП «МБКЛМД Руднева» за 2019-2021 рр.

Показник	2019	2020	2021	Відхилення рівня 2021 від 2019	
				абсолютне	відносне, %
Чистий дохід, тис. грн.	162428,7	147174,4	197485	35056,3	21,58
Поточні витрати виробництва, тис. грн.	149172,9	127184,1	175973	26800,1	17,97
Чистий прибуток (збиток), тис. грн.	13255,8	19990,3	21512	8256,2	62,28
Середньооблікова чисельність медичного персоналу, осіб	620	621	659	39	6,29
Фонд оплати праці, тис. грн.	74587	79658	85880	11293	15,14
Продуктивність праці 1 середньооблікового працівника, тис. грн./особу	261,98	237,00	299,67	37,69	14,39
Середньорічна оплата праці 1 середньооблікового працівника, тис. грн./особу	120,30	128,27	130,32	10,02	8,33
Середньорічна вартість основних засобів, тис. грн.	455340	441975	415646	-39694	-8,72
Фондоозброєність 1 середньооблікового працівника, тис. грн./особу	734,4	711,7	630,7	-103,7	-14,12
Фондовіддача чистого доходу на 1 грн. вартості основних засобів, грн./грн.	0,36	0,33	0,48	0,12	33,19
Рентабельність активів, %	5,74	8,71	9,52	3,77 в.п.	x
Рентабельність діяльності, %	8,89	15,72	12,22	3,34 в.п.	x

За аналізований період вартість активів медичного закладу дещо зменшилася, що може свідчити про ліквідацію застарілого обладнання в КНП «МБКЛМД Руднева». Можна припустити, що з допомогою запровадження нових технологічних пристроїв збільшився трудовий потенціал, тобто розширилися профільні можливості цієї медичної установи.

На підставі наданої інформації, а також результатів багатьох подібних оглядів доведено, що управління, засноване на ресурсних показниках, зумовлює загальний розвиток закладу охорони здоров'я, і в сучасних економічних умовах цей стиль управління вичерпав свої можливості. Необхідний перехід від

переважно адміністративних до економічних методів управління – управління людськими ресурсами економічними інтересами, розвиток демократичних принципів в управлінні, що потребує змін у плануванні, фінансуванні та стимулюванні роботи. Вищезазначені проблеми відображаються і на результатах профільної роботи КНП «МБКЛМД Руднева». Нестача коштів фінансування, які КНП «МБКЛМД Руднева» отримують з декількох джерел, викликає необхідність побудови нової системи, що використовує економічні важелі, інструменти та стимули для створення медичного закладу нового типу. Нова система механізмів управління забезпечить новий рівень економічного потенціалу та, формування альтернативних форм методичного забезпечення. У цих формах необхідно підвищити якість спеціалізованих послуг та створити основу для зміцнення медичної, соціальної та економічної бази.

У новій (адаптивній) системі управління закладу охорони здоров'я, що розглядається, ми розглядаємо механізм управління економікою як систему цілеспрямованих взаємодій в частині організації його діяльності та визначення перспективних напрямів розвитку. Враховуючи особливість поєднання об'єкта та системи економічних відносин (державні органи, населення), реалізація функцій управління економікою є надзвичайно складною. Тому необхідно, щоб формування економічної моделі ґрунтувалося на застосуванні комплексу підходів. У цьому комплексі має бути розміщена система методів, засобів та економічних інструментів, пристосованих до особливостей центру. Ми вважаємо, що формування міцних взаємозалежних процесів, що забезпечують ефективну роботу даного медичного закладу, дозволить йому адаптувати свою діяльність до багатьох факторів зовнішнього та внутрішнього середовища.

Управлінські рішення головного лікаря КНП «МБКЛМД Руднева» формуються при динамічному і внутрішньо взаємопов'язаному процесі, який складається з функцій прийняття рішень, що наведені на рис. 2.3.

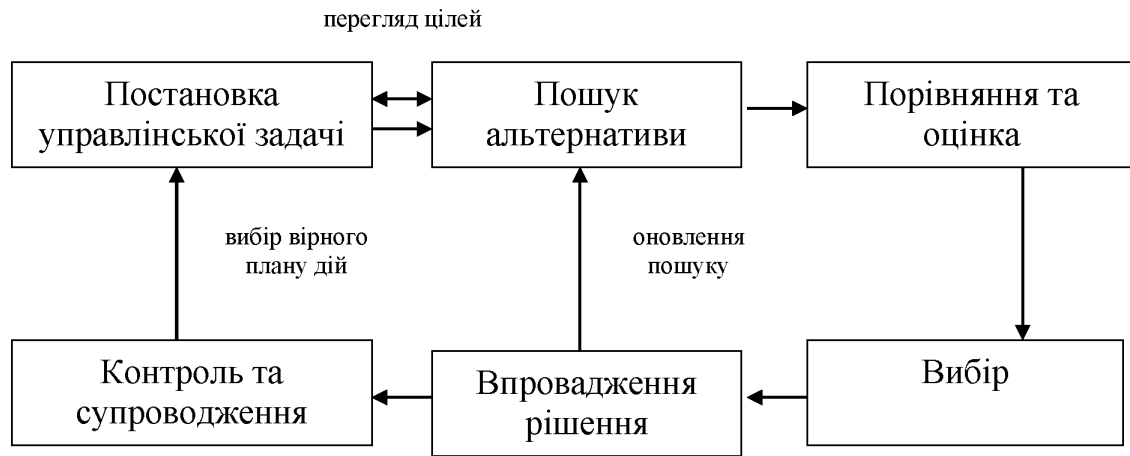


Рис. 2.3. Процес розробки та прийняття управлінських рішень в КНП «МБКЛМД Руднева»

В КНП «МБКЛМД Руднева» управлінські рішення розробляються та приймаються, переважно, головним лікарем. Тому можна вважати, що задіяні традиційні методи прийняття управлінських рішень. В свою чергу, головний лікар підпорядкований Дніпровській міській раді, та, у випадках крайньої необхідності, узгоджує з ними окремі управлінські рішення.

Продемонстрований на рис. 2.3 процес розробки та прийняття управлінських рішень був використаний при прийнятті управлінського рішення про закупівлю рентгенівського діагностичного комплексу з плоскою панельним детектором в 2021 році. В 2021 році його було введено в дію, однак до цього передували наступні етапи прийняття рішення щодо його купівлі:

- ухвалення рішення керівництва КНП «МБКЛМД Руднева» щодо закупівлі рентгенодіагностичного комплексу починається з визначення завдань, які вирішить нововведення;

- визначення альтернативи. Таке дослідження полягає у вивченні зовнішнього та внутрішнього середовища КНП «МБКЛМД Руднева» з метою отримання необхідної інформації, яка потім буде використана для створення переліку альтернативних рішень, які в іншому випадку можуть призвести до

виконання поставленого завдання, рівня покращити медичне обслуговування працівників КНП «МБКЛМД Руднева» та населення м. Дніпро з певною прибутковою складовою.

- порівняння та оцінка наявних альтернатив здійснюється шляхом пошуку альтернативних засобів досягнення мети (підвищення рівня обслуговування та прибутковості клініки) та шляхом оцінки цих рішень. Серед доступних альтернатив були: заснування нової стоматологічної та ортопедичної практики; встановлення більш точного ультразвукового обладнання; створення центру іпотерапії на базі санаторію; встановлення найновішого цифрового рентгенографічного обладнання.

- відбір. Головний лікар обирає бажану альтернативу з кількох варіантів. Найкращим варіантом виявився той, який дозволяє отримати результат, що максимально відповідає цілям та цінностям КНП «МБКЛМД Руднева». Одним з таких варіантів стала купівля рентгенодіагностичного комплексу з плоскопанельним детектором.

Проаналізувавши систему розробки та прийняття управлінських рішень у КНП «МБКЛМД Руднева» та бухгалтерську звітність установи, було зроблено такі висновки:

- в даній медичній установі використовуються традиційні методи прийняття рішень, коли основною особою, відповідальною за прийняття управлінських рішень, є головний лікар. При цьому основну частину управлінських рішень він приймає самостійно.

- система прийняття управлінських рішень КНП «МБКЛМД Руднева» включає 6 рівнів, серед яких є можливість перегляду цілей прийняття рішень;

- фінансове становище КНП «МБКЛМД Руднева» хороше, прибуток збільшується;

- необхідно модернізувати систему розробки управлінських рішень клініки, щоб збільшити розподіл доходів та скоротити витрати;
- необхідно переглянути показники ефективності управлінських рішень, акцентуючи увагу на економічній та соціальній складовій.

SWOT-аналіз дозволяє детально вивчити зовнішнє та внутрішнє середовище КНП «МБКЛІМД Руднева», що допомагає більш ефективно приймати стратегічні рішення. Метою SWOT-аналізу є класифікація факторів та явищ, що впливають на розвиток лікарні, на чотири категорії: сильні сторони, слабкі сторони, можливості та загрози.

Сильні сторони показують конкурентну перевагу лікарні перед іншими медичними установами, а слабкі сторони є сукупністю внутрішніх факторів, що гальмують її розвиток. Можливості включають тенденції або події в зовнішньому середовищі, на які лікарня може реагувати для досягнення своїх цілей набагато швидше. Загрози є сукупністю факторів, які можуть завдати шкоди лікарні, якщо їх не усунути належним чином.

Аналіз поточної діяльності НВЦ «МБКЛІМД Руднева» дозволяє оцінити сильні та слабкі сторони медичного закладу, його можливості та перспективи подальшого розвитку, а також визначити основні фактори успіху (таблиця 2.4).

Серед сильних сторін «МБКЛІМД Руднева» доцільно визначити наступні: даний заклад має достатнє (людське та технічне) оснащення та достатню кількість мешканців області та міста для створення попиту на медичні послуги. Останнім часом виробничі потужності медичного закладу було збільшено. Ці ключові показники є необхідною умовою для створення успішної та високопрофесійної лікарні.

SWOT -аналіз КНП «МБКЛМД Руднева»

СИЛЬНІ СТОРОНИ	СЛАБКІ СТОРОНИ
Достатнє (людське та технічне) оснащення. Спрямованість на покращенні інфраструктури та управління лікувальним закладом. Оптимальне керування. Чітке бачення місії та цінностей лікарні та її місця у регіональній системі охорони здоров'я. Покращення якості надання медичних послуг. Мотивовані співробітники.	Недостатня кількість персоналу необхідної спеціалізації. Великі втрати тепла, низька енергоефективність Невідповідне або застаріле медичне та діагностичне обладнання. Неефективне використання ліжко-місць
МОЖЛИВОСТІ	ЗАГРОЗИ
Залучення зацікавлених сторін до збільшення інвестування відповідно до нового стратегічного напрямку. Підвищення ефективності забезпечення. Позитивний імідж щодо медичного обслуговування. Переваги державно-приватного партнерства. Платоспроможність населення шляхом інтеграції до страхових та інших форм оплати медичних послуг. Отримання додаткового доходу за рахунок здавання в оренду приміщень, що не використовуються	Нестача медичних кадрів необхідної спеціалізації може призвести до погіршення якості медичних послуг. Недостатнє постачання медичних виробів, захисних засобів, ліків та інших товарів та послуг, особливо у зв'язку з пандемією та війною. Сильна залежність від фінансової допомоги Небажання населення до введення платних послуг ставить під загрозу можливості розвитку лікарні

Ключові фактори успіху КНП «МБКЛМД Руднева»

Ефективне керівництво, високий рівень дисципліни, адекватні та стабільні ресурси, загальне бачення та визнання цінностей, участь та підтримка зацікавлених сторін, ефективна комунікація, стійке партнерство, ефективне використання доступного ресурсного забезпечення.

Важливим питанням для стаціонару є визначення необхідної кількості ліжок, оскільки дуже велика кількість ліжок призводить до додаткових витрат на їх утримання. Середня заповнюваність ліжка в лікарні – одна з найвищих у регіоні. КНП «МБКЛМД Руднева» має широкий спектр медичних послуг, які допомагають залучати нових пацієнтів із районів, тим самим підтримуючи рівень професіоналізму лікарів за рахунок практики. Оскільки більшість відділень у лікарні не мають оптимальну кількість лікарів, у лікарні є сильні

передумови для позитивних змін. Оптимальне керівництво та чітке бачення місії та цінностей лікарні та її місця у Дніпрі сприяють підвищенню якості медичного обслуговування та мотивації персоналу лікарні. Також у лікарні є сильні відділення хірургії та акушерства, що є передумовою для розвитку та спеціалізації лікарні.

Слабкі сторони. Більшу частину лікарняних витрат (86%) становлять виплати заробітної плати персоналу та непередбачені витрати (8,9%). Така структура витрат не створює умов для покращення роботи лікарні. Лікарні необхідно збільшити медичний персонал, оскільки загальний рівень охоплення медичним персоналом становить 84%. У лікарні не вистачає анестезіологів, неонатологів, акушерів-гінекологів та невропатологів. Крім того, переважна більшість – це лікарі пенсійного віку або ті, що достроково вийшли на пенсію. Будівля лікарні не енергозберігаюча: тільки деякі вікна виготовлені з пластику, що призводить до великих втрат тепла та додаткових витрат на опалення в холодну пору року. Крім того, окремі палати розташовані в декількох різних корпусах, що є неефективним для оплати послуг з догляду при потоці пацієнтів. Рівень технічного оснащення КНП «МБКЛМД Руднева» варіюється в залежності від відділення лікарні. Недостатнє оснащення хірургічного та акушерського відділень та недостатнє оснащення педіатричного та терапевтичного відділень не дозволяють надавати постійну медичну допомогу на найвищому рівні. Наявне обладнання застаріло і потребує модернізації.

Можливості. Лікарня має вигідне географічне положення, кадрові та технічні ресурси, які можна використовувати для лікування нових пацієнтів. Участь населення у страхуванні та інших формах оплати медичних послуг може сприяти покращенню матеріального становища. Більшість лікарняних приміщень не використовують за призначенням. КНП «МБКЛМД Руднева» має можливість оптимізувати розташування всіх своїх підрозділів та отримувати додатковий дохід за рахунок здачі в оренду непотрібних приміщень.

Загрози Недостатня кількість медичних кадрів із необхідною спеціалізацією та кваліфікацією; недостатнє забезпечення медичними виробами, ліками та іншими товарами та послугами може призвести до погіршення якості медичних послуг.

Висновки до другого розділу

1. Комунальне некомерційне підприємство «Міська багатoproфільна клінічна лікарня матері та дитини ім. проф. М.Ф. Руднева» Дніпровської міської ради (надалі - КНП «МБКЛМД Руднева») є багатoproфільним лікувально-профілактичним закладом, який цілодобово надає послуги вторинної високоспеціалізованої медичної допомоги у тому числі екстреної (невідкладної), необхідної для забезпечення належної профілактики, діагностики і лікування хвороб, травм, отруєнь чи інших розладів здоров'я, медичного контролю за перебігом вагітності та ведення пологів і післяпологового періоду; надання пацієнтам спеціалізованої амбулаторної медичної допомоги (спеціалізована медична практика). Стаціонар КНП «МБКЛМД Руднева» розрахований на 276 ліжок, крім цього додатково має 25 реанімаційних ліжок. Також медична установа веде амбулаторний прийом пацієнтів та відповідно є лікарські відвідування, виконує діагностичні та лабораторні дослідження.

2. Встановлено, що КНП «МБКЛМД Руднева» не забезпечені у повній мірі персоналом. Загалом по установ нестача кадрів складає 17,2 %. Найбільший дефіцит спостерігається за категоріями адміністративно-управлінський персонал та допоміжний персонал.

3. Управління станом сфери здоров'я у сучасних умовах передбачає використання відносин із такими функціями: державне управління охороною здоров'я є і механізмом, і формою реалізації суспільних інтересів; правові

норми та державні механізми безпосередньо впливають на організаційно-адміністративну складову медичного закладу, оскільки він проявляється як загальноадміністративний та комерційний заклад; об'єктами державного управління у сфері охорони здоров'я є певні суспільні відносини та відносини у самій організаційній системі, тобто відносини між різними державними органами та медичними установами.

4. Проаналізувавши систему розробки та прийняття управлінських рішень у КНП «МБКЛМД Руднева» та бухгалтерську звітність установи, було зроблено такі висновки: в даній медичній установі використовуються традиційні методи прийняття рішень, коли основною особою, відповідальною за прийняття управлінських рішень, є головний лікар. При цьому основну частину управлінських рішень він приймає самостійно; система прийняття управлінських рішень КНП «МБКЛМД Руднева» включає 6 рівнів, серед яких є можливість перегляду цілей прийняття рішень; фінансове становище КНП «МБКЛМД Руднева» хороше, прибуток збільшується; необхідно модернізувати систему розробки управлінських рішень клініки, щоб збільшити розподіл доходів та скоротити витрати; необхідно переглянути показники ефективності управлінських рішень, акцентуючи увагу на економічній та соціальній складовій.

РОЗДІЛ 3

ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ РОЗРОБКИ ТА ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ НА БАЗІ КНП «МБКЛМД РУДНЄВА»

3.1. Розробка системи заходів управління стратегічним розвитком КНП «МБКЛМД Руднева»

Основною метою функціонування КНП «МБКЛМД Руднева» є забезпечення населення регіону якісним медичним обслуговуванням за допомогою профілактичних, лікувальних та реабілітаційних послуг. Для досягнення поставленої мети керівництво лікарні має поставити стратегічні цілі та завдання, які мають бути пов'язані з пріоритетами стратегічного розвитку країни та вітчизняної медицини зокрема.

При плануванні діяльності КНП «МБКЛМД Руднев» необхідно керуватися виконанням указів Президента України, рішень уряду у сфері охорони здоров'я, наказів МОЗ та інших нормативно-правових актів.

Враховуючи сучасні вимоги щодо необхідності вдосконалення системи розробки та прийняття управлінських рішень, на рис. 3.1 показано перспективні напрямки розвитку лікувального закладу.

Програма енергозбереження. За загальним правилом тарифи на комунальні послуги для некомерційних організацій є вищими, ніж для приватних осіб, за винятком випадків, коли орган місцевого самоврядування встановлює пільговий тариф на енергоносії та комунальні послуги для закладів охорони здоров'я. Зважаючи на зростання цін на енергоносії та значне подорожчання комунальних послуг важливо запровадити низку енергозберігаючих заходів, які дозволять хоча б частково знизити собівартість енергоресурсів КНП «МБКЛМД Руднева».



Рис. 3.1. Схема стратегічних цілей та перспективних напрямів розвитку КНП «МБКЛМД Руднева»

Зокрема, мають бути реалізовані такі заходи (таблиця 3.1):

Таблиця 3.1

Програма енергоефективності КНП «МБКЛМД Руднева»

Програми/заходи	Термін	Необхідне фінансування
Призначити відповідального за енергетичне управління КНП «МБКЛМД Руднева»	Серпень 2023	
Забезпечити повний енергоаудит будівель та споруд	Вересень 2023	35 тис грн. кошти місцевого бюджету
Замінити або утеплити вхідні двері та вікна, інші технологічні конструкції, обладнати вікна сонцезахисними системами (за потреби), замінити дерев'яні віконні блоки на металопластикові у місцях, які ще не були замінені.	До листопаду 2023	420 тис. грн. кошти спеціального фонду
Домогтися енергоефективного утеплення фасадів та дахів	До листопаду 2023	700 тис. грн державний бюджет
Замінити лампи розжарювання на енергозберігаючі (з урахуванням специфіки лікувального закладу)	До листопаду 2023	40 тис грн за рахунок спонсорських засобів
Модернізація або повна заміна систем опалення в корпусах лікарні	2024-2025	420 тис. грн. грантові кошти
Встановлення енергоефективних систем нагріву води	2024-2025	580 тис. грн грантові кошти

Також доцільно проводити заходи, які не потребують додаткового фінансування чи залучення сторонніх осіб до виконання. Серед таких заходів доцільно виділити наступні:

- розробити план заходів щодо підвищення енергоефективності систем з урахуванням результатів проведеного енергоаудиту.
- визначити джерела фінансування та забезпечити виконання плану дій.
- проводити систематичні просвітницькі заходи для персоналу та пацієнтів КНП «МБКЛМД Руднева» з теми енергозбереження та економного використання електроенергії, теплової енергії, води та інших ресурсів.
- здійснювати комплексний моніторинг енергоефективності.

Основні положення програми розвитку господарської діяльності наведено у таблиці. 3.2.

Таблиця 3.2

Програма розвитку господарської діяльності КНП «МБКЛМД Руднева»

Програми/заходи	Термін	Необхідне фінансування
1. Поліпшити технічний стан та підвищити ефективність використання будівель, технічної інфраструктури та обладнання	2024	
- поточне оновлення обладнання харчового блоку	Лютий 2024	220 тис грн за рахунок спонсорських засобів
- виконання поточного ремонту хірургічного відділення	Березень 2024	250 тис. грн. кошти спеціального фонду
- провести поточний ремонт господарських приміщень	Лютий 2024	180 тис. грн за рахунок спонсорських засобів
- виконати поточний ремонт ендоскопічного кабінету	Квітень 2024	200 тис. грн кошти спеціального фонду
2. Постійне проведення заходів щодо благоустрою території КНП «МБКЛМД Руднева»	Квітень 2024	80 тис грн за рахунок спонсорських засобів
3. Розширення мережі Інтернет лікарні	2024	12 тис. грн. кошти спеціального фонду

Основні положення програми розвитку медичної діяльності наведено у таблиці. 3.3.

Крім зазначеного, доцільно зосередити зусилля на наступному: визначити необхідність надання необхідного обладнання та служби підтримки; вивчити ринок постачання відповідних товарів та послуг, визначити обсяг та джерела фінансування; забезпечити укладання та виконання договорів на поставку та монтаж обладнання, пусконаладжувальні роботи та подальше технічне обслуговування; розробити та затвердити план профілактичних оглядів та технічного обслуговування обладнання; ініціювати збір позабюджетних коштів на придбання обладнання, надавши інвесторам право контролювати організацію та здійснення закупівель відповідно до чинного законодавства України.

Програма розвитку лікувальної діяльності

Програми/заходи	Термін	Необхідне фінансування
Посилити, розширити та покращити медичне обслуговування населення	До 2026	
- подальший розвиток малоінвазивних методів лікування ендоскопічного спрямування в галузі хірургії та гінекології	До 2025	250 тис грн кошти спеціального фонду, міжнародні донори
- розширення послуг з діагностики (рентгенологічна, ендоскопічна, ультразвукова діагностика та ін.)	До 2026	2,3 млн. грн . міжнародні донори
- впровадження сучасних пренатальних технологій, удосконалення виходжування новонароджених та педіатричної консультативної служби	До 2025	500 тис. грн міжнародні донори
Посилити, розширити та покращити пропозиції щодо профілактики та зміцнення здоров'я: проведення профілактичних оглядів на ВІЛ/СНІД та туберкульоз; боротьба з ТБ/ВІЛ та ТБ за допомогою навчання пацієнтів та місцевого населення	До 2026	700 тис. грн міжнародні донори
б. Реалізація заходів щодо забезпечення наявності та раціонального використання якісних лікарських засобів, вакцин та витратних матеріалів, своєчасна закупівля лікарських засобів та витратних матеріалів у межах наявних коштів.	2024	480 тис. грн - відповідно до затвердженого бюджету - бюджетні кошти

Доповнення переліку обов'язкових лікувально-діагностичних процедур та обстежень відповідно до наказів та методичних рекомендацій МОЗ України

Удосконалити основні засади антимікобактеріальної терапії, рекомендовані МОЗ України.

Підвищити доступність та якість медичних послуг для матерів та дітей, особливо за такими напрямками:

- збільшити частку осіб, які використовують методи планування сім'ї, за рахунок проведення заходів щодо планування сім'ї;

- Здоров'я матері та дитини (гарантія регулярного догляду, відвідування центрів жіночого прослуховування під час вагітності, у тому числі профілактика

передачі захворювань від матері до дитини, реалізація заходів щодо підтримки репродуктивного здоров'я).

Проводити акції щодо зміцнення здоров'я та пропаганди здорового способу життя (проводити оздоровчі та просвітницькі акції про шкоду алкоголю та наркотиків, поширювати серед хворих ідеологію важливості фізичної культури та раціонального харчування), а саме:

- провести необхідні навчальні заходи для працівників ПНП «МБКЛМД Руднева» та інформаційну кампанію серед населення;

- налаштувати постійний зворотний зв'язок з пацієнтами через різні канали зв'язку;

- ініціювання розробки та практичної реалізації програми диспансеризації населення, популяризації здорового способу життя, профілактики захворювань (разом із спеціалізованими структурними службами центральної районної лікарні, іншими зацікавленими особами);

- ознайомлення пацієнтів, молодих батьків та інших мешканців спільноти з регулярною інформацією з питань ведення здорового способу життя, профілактики захворювань та ін. за допомогою публікацій у місцевих ЗМІ, використання веб-сайту, інформаційних стендів, виготовлення та розповсюдження відповідних документів.

Важливим елементом поточних витрат КНП «МБКЛМД Руднева» є придбання лікарських засобів, виробів медичного призначення та приладів. З метою економії бюджетних коштів закуповувати товари та послуги слід через систему закупівель «Прозоро».

У зв'язку з кадровою нестачею ПНП «МБКЛМД Руднева» необхідно переглянути штатний розпис лікувального закладу з метою оптимізації чисельності та штату працівників (тал. 3.5). Може бути використано кілька варіантів кадрових рішень, а саме: продовження відносин із працівником на колишній посаді, переведення працівника на іншу посаду та звільнення

працівника у зв'язку з безробіттям, якщо це не призводить до погіршення якості та доступності медичної допомоги.

Таблиця 3.5

Програма кадрового менеджменту та управління КНП «МБКЛМД Руднева»

Програми/заходи	Термін	Необхідне фінансування
1. Оптимізація чисельності та штату працівників	2024	
2. Проведення періодичного навчання	До 2025	
3. Наймати окремих спеціалістів (штатних лікарів) на чітко визначений термін на підставі цивільно-правового договору лікарський кабінет, мати відповідну медичну підготовку та ліцензування) що дозволить задовольнити потреби КНП «МБКЛМД Руднева» у кадрах із необхідною спеціалізацією, практичним досвідом та підготовкою.	2024	
4. Підвищення рівня інформаційного забезпечення процесів управління стаціонаром та прийняття лікарських рішень у клінічній практиці	До 2025	560 тис. грн рахунок спонсорських засобів
5. Удосконалити систему моніторингу та оцінювання знань, умінь і практичних навичок персоналу	2024	
6. Ініціювати розроблення та затвердження місцевих програм, які сприятимуть посиленню соціального захисту медичних працівників	2024	45 тис. грн кошти місцевого бюджету
7. Розробити систему корпоративних заходів, спрямованих на вдосконалення командної взаємодії	2024	15 тис. грн кошти спеціального фонду

У сучасних умовах якість та ефективність медичної допомоги багато в чому залежить не тільки від використання сучасних клінічних технологій та ресурсів лікарні, а й від кваліфікації персоналу. Тому важливо стимулювати медичний персонал до підвищення власного професійного рівня та навичок шляхом самоосвіти та самонавчання. Тепер, завдяки безкоштовному доступу до інтернет-ресурсів, ви можете легко ознайомитися із сучасними науковими роботами та дізнатися про останні досягнення у галузі медичних технологій.

Тому необхідно затвердити план навчання (план вищої освіти) для всіх категорій персоналу відповідно до поточних потреб медичного закладу, стратегічних цілей та завдань; організувати систематичне вивчення протоколів діагностики та лікування найбільш поширених захворювань, перевірку знань та

практичних навичок, у тому числі у зв'язку з виконанням основних реанімаційних заходів

З метою підвищення кадрового потенціалу КНП «МБКЛМД Руднева», зокрема підвищення рівня кваліфікації медичного та середнього медичного персоналу, лікарні пропонується налагодити тісну наукову та професійну співпрацю з установами медичної освіти, в рамках якої будуть організовані тренінги, в яких будуть використовуватися інноваційні методи, обговорюються питання діагностики та лікування пацієнтів, новітні технології та технічні засоби в медицині тощо.

З метою оптимізації витрат, розширення спектру та підвищення якості медичних послуг, що надаються КНП «МБКЛМД Руднева», пропонується наймати лише окремих спеціалістів (штатних лікарів) на чітко визначений термін на підставі цивільно-правового договору лікарський кабінет, мати відповідну медичну підготовку та ліцензування) що дозволить задовольнити потреби КНП «МБКЛМД Руднева» у кадрах із необхідною спеціалізацією, практичним досвідом та підготовкою. Цю практику можна використовувати, коли з економічної точки зору КНП «МБКЛМД Руднева» не має змоги постійно тримати певного фахівця на постійній основі та включати відповідну посаду до штатного розкладу, але при цьому час втручання цього медичного фахівця необхідне для створення адекватної медичної допомоги.

В умовах сучасного інформаційного суспільства важливим завданням є підвищення рівня інформаційного забезпечення процесів управління стаціонаром та прийняття лікарських рішень у клінічній практиці. В рамках реалізації цього завдання пропонується створити інформаційну систему роботи стаціонару, яка забезпечувала б інформаційний контроль руху кожного хворого від приймального відділення до його виписки зі стаціонару, у тому числі за рівнем медичної допомоги, наданої йому відповідно до галузевих стандартів та повного економічного розрахунку витрат на догляд за хворим та лікування.

Керівництво лікарні може отримувати з такої системи узагальнені дані та на їх основі контролювати процес лікування та діагностики, контролювати використання наявних ресурсів лікувального закладу, а також швидко та оперативно приймати необхідні управлінські рішення. своєчасно.

Для цього, в першу чергу, необхідно удосконалити систему ІТ-забезпечення КНП «МБКЛМД Руднева» шляхом створення АРМ лікарів у всіх структурних підрозділах лікарні та АРМ у допоміжних структурах, та встановлення відповідних програмного забезпечення дозволить швидко та ефективно вводити дані до системи.

Удосконалити систему контролю та оцінки знань, навичок та практичних навичок персоналу.

Створити фінансові та соціальні умови для залучення молодих спеціалістів, досвідчених та висококваліфікованих кадрів. Ініціювати розробку та затвердження місцевих програм, які сприятимуть посиленню соціального захисту медичних працівників після досягнення ними пенсійного віку, організації дозвілля та культурного відпочинку молоді, сімей з дітьми та залученню інвестицій у медичні та суміжні напрямки ОТГ.

Розробити систему корпоративних заходів, спрямованих на вдосконалення командної взаємодії, співпраці, відкритості та покращення психоемоційного стану (спортивні змагання, організований культурно-дозвіловий відпочинок, освітні поїздки, загальноосвітні заходи, фестивалі міні-сімейного дозвілля та ін.).

Забезпечення сталого фінансового розвитку та впровадження сучасних та ефективних методів управління фінансами є невід'ємною частиною розвитку КНП «МБКЛМД Руднева», як і будь-якої іншої установи у сфері охорони здоров'я. У цьому важливі важливі наступні елементи.

Встановити чіткий контроль та раціональне використання коштів Національної служби охорони здоров'я та коштів місцевих бюджетів.

Враховуючи той факт, що державне фінансування є основним, але недостатнім джерелом для подальшого розвитку КНП «МБКЛІМД Руднева», важливим є залучення альтернативних фінансових джерел доходу. Іншими джерелами фінансування медичної установи можуть бути: благодійні гранти; підприємства добровільного медичного страхування; платежі роботодавців за медичні послуги, які надаються працівникам; квитанції за лікарняні послуги понад нормативи надання безкоштовної медичної допомоги; за послуги, що надаються пацієнтам з власної ініціативи; добровільні внески та пожертвування; грошові доходи від надання платних послуг населенню, а також інших джерел, не заборонених законодавством України. Для того, щоб придбання додаткових джерел фінансування не суперечило чинному законодавству, установчим та нормативним документам КНП «МБКЛІМД Руднева», важливо під час перегляду статуту лікувальної установи включити положення про залучення додаткових коштів на мету покращення матеріально-технічної та медичної бази КНП «МБКЛІМД».

Благодійна допомога та спонсорство можуть стати важливим джерелом додаткової фінансової підтримки лікарні. Насамперед варто звернути увагу на бізнесменів, оскільки відповідно до сучасних соціально-економічних тенденцій представники бізнесу часто позиціонують себе як соціально відповідальних партнерів територіальної громади, в якій працює компанія.

Керівництву КНП «МБКЛІМД Руднева» слід активно працювати над розвитком подальшої співпраці з некомерційними організаціями та представниками приватного сектору, а також залученням нових партнерів та інвесторів. За рахунок благодійних та спонсорських коштів можливе придбання необхідного для повсякденної роботи та розвитку лікарні лікувально-діагностичного обладнання, закупівля якого не передбачена планом державного замовлення ПНП «МБКЛІМД Руднева» і не входить до складу накопичувального бюджету. Додатковим джерелом фінансування КНП

«МБКЛМД Руднева» дохід від здачі в оренду нерухомого майна (рішення про оренду нерухомого майна до 200 кв. медична установа - муніципальним некомерційним підприємством, а рішення про оренду майна більшої площі - органом місцевого самоврядування у конкурсному порядку). Тому мають бути вжиті заходи щодо залучення приватних підприємців, які бажають використовувати приміщення в оперативному управлінні КНП «МБКЛМД Руднева» для організації власного бізнесу (наприклад, приватна медична лабораторія, приватна стоматологічна практика, аптечний кіоск, пункт громадського харчування, предмети першої необхідності, преса та ін.).

Також можливо пропонувати платні послуги пацієнтам як додаткове джерело доходу. Це включає створення кращих пунктів догляду, в яких пацієнти можуть бути розміщені за додаткову плату. Посилені палати доцільніше організовувати у відділеннях хірургії (1-2 палати) та акушерства та гінекології (1 палата), оскільки багатьом хворим після операції потрібен цілодобовий догляд з боку рідних чи близьких. При цьому окремі пацієнти готові оплачувати послуги удосконаленої КНП «МБКЛМД Руднева», щоб створити собі та своїм близьким гідні умови у стаціонарі.

КНП «МБКЛМД Руднева», як і будь-яка інша лікарня, є соціально відповідальною установою, надійним соціальним партнером держави у забезпеченні соціального захисту населення відповідного органу місцевого самоврядування. В рамках реалізації соціально-відповідальної стратегії пропонується виділити 1-2 ліжка в одному з відділень лікарні (можливо в терапевтичному відділенні) для соціально незахищених або важких побутових умов, які можуть отримати необхідну медичну допомогу та психологічну підтримку.

Тому основною метою складання перспективного плану розвитку медичного центру «МБКЛМД Руднева» є забезпечення якісних умов перебування пацієнтів і медичного персоналу лікувального закладу. В умовах

бурхливого розвитку лікарні кожен медичний працівник повинен усвідомлювати, що від його особистого внеску залежать життя та здоров'я мешканців району та майбутнє лікарні загалом.

У сучасних непростих умовах основним завданням директора та керівника медичного закладу є створення умов та психологічного клімату, в яких кожен працівник КНП «МБКЛМД Руднева» зможе з надією дивитись у майбутнє та бути готовим до реформ охорони здоров'я. Реалізація запропонованих напрямків для ЦНП «МБКЛМД Руднева» сприятиме подальшому підвищенню якості надання медичної допомоги населенню області.

3.2. Формування управлінських рішень щодо підвищення якості медичних послуг в КНП «МБКЛМД Руднева»

В даний час важливою передумовою підвищення ефективності та результативності управлінської діяльності є передача більшості функцій державного управління у сферу самоорганізації - структур громадянського суспільства, які у свою чергу повинні бути готові взяти на себе ці функції.

Тому формування системи державного управління та управління КНП «МБКЛМД Руднева» можливе лише за дотримання таких умов:

Системи управління на всіх рівнях (макро, мезо, мікро) повинні діяти за встановленими принципами та відповідати культурі організацій, а також культурі та національним особливостям території, де населення отримує послуги від місцевих установ;

КНП «МБКЛМД Руднева» повинні відчувати відповідальність за досягнення пріоритетних цілей державної політики (стратегії, програми, пріоритетні проекти), а всі представники органів державної влади та органів місцевого самоврядування повинні дотримуватися принципів державного

управління (приділити особливу увагу принципам стратегічної відповідності та взаємодії (за зацікавленими сторонами), відповідно до яких повинні ефективно використовуватися професійні та галузеві стандарти, контракти, стандарти управління якістю тощо, а також адміністративні регламенти державних установ та державних служб. у системах державного управління;

Процеси управління за результатами, заявлені в Україні для сектору державного управління, мають бути інтегровані з іншими надання державних (державних та муніципальних) послуг (наприклад, з процесами надання різних видів медичної допомоги).

Залучення всіх зацікавлених сторін (населення, громадських об'єднань, професійних спільнот та ін.) у розробку та впровадження системи управління ефективністю (Управління за результатами), а також моделей компетенцій (програм їх навчання та розвитку), необхідних для результативності державних завдань та надання державних послуг.

Тому основними політичними завданнями державного управління та управління МЗПК у сучасних умовах є узгоджена взаємодія профільних органів різного рівня влади, запровадження фінансування у цій сфері переважно на основі реальних результатів та стимулювання участі громадських об'єднань. у розвитку та функціонуванні національної суспільної медицини. Теоретично це означає пошук збалансованого поєднання принципів старого та нового державного управління та менеджменту для реалізації ефективної політики надання якісної медичної допомоги в Україні.

Зверніть увагу, що якість слід розглядати з точки зору всієї системи охорони здоров'я, і в цьому контексті вона має три аспекти. По-перше, це безпосередній медичний аспект (клінічний результат). По-друге, якість обслуговування (умови перебування у лікувальних закладах, швидкість доступу, поведінка середнього медичного персоналу). Третє - це соціальний вимір, який відображає ступінь відповідності системи загальновизнаної

соціальної етики охорони здоров'я. Соціальну якість цього простору можна визначити як надання кожному громадянину доступу до медичного обслуговування та захист від фінансових проблем у разі хвороби.

Слід зазначити, що нині немає єдиного визначення якості медичних послуг. Дослідницька група Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) запропонувала системний підхід до оцінки якості, за якого якість медичних послуг оцінюється за наступними пунктами:

адекватність, що характеризується відповідністю використаних медичних технологій потребам та очікуванням населення;

ефективності діяльності;

рівень науково-технічного забезпечення, що вказує про відповідність застосовуваних методів профілактики, діагностики та лікування вимогам часу.

При кількісній оцінці якості медичних послуг і для того, щоб підійти до розуміння якості медичної допомоги як загальноприйнятої категорії взаємовідносин між пацієнтом (споживачем медичних послуг) та лікарем (виробником медичних послуг), необхідно відійти від медичної допомоги як такої та враховувати якість медичних послуг.

У відповідності до вищезначеного, етапи оцінювання рівня якості надання медичних послуг КНП «МБКЛМД Руднева» через формування закладів підвищеної комфортності (ЗПК) (окремі палати, поверхи чи відділення) можна представити наступним чином (рис. 3.2).

Процес управління якістю надання медичних послуг КНП «МБКЛМД Руднева» відповідно до методології системного аналізу може бути представлений у вигляді схеми.

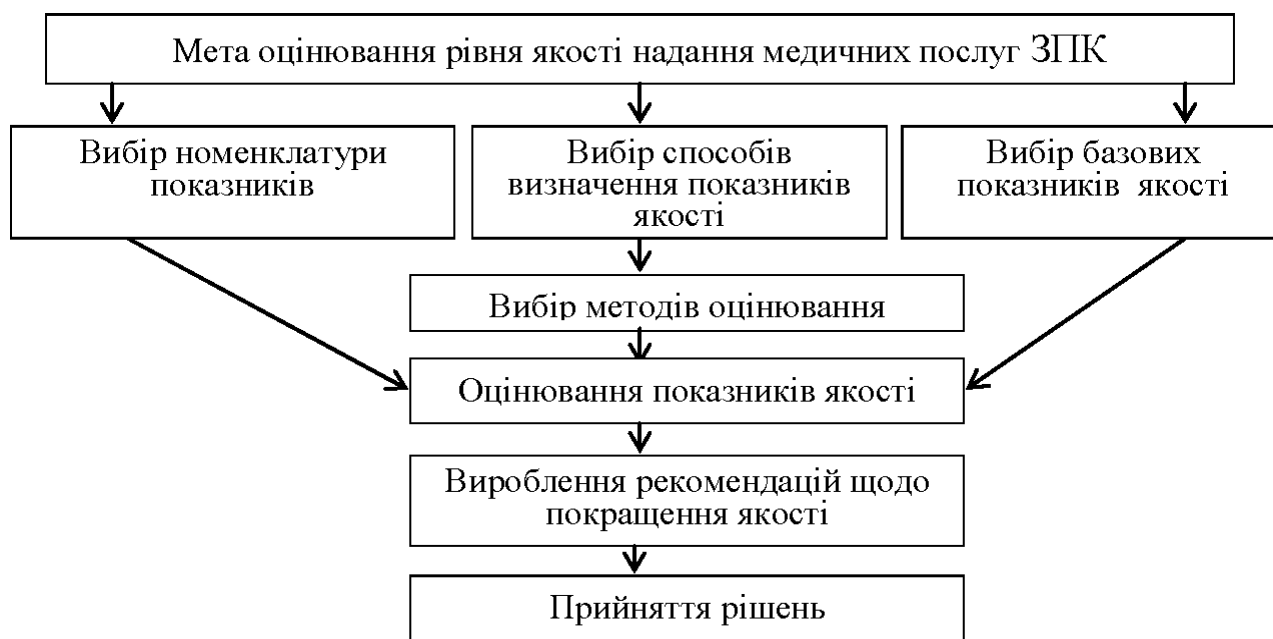


Рис. 3.2. Етапи оцінки рівня якості надання медичних послуг КНП
«МБКЛМД Руднева»

Пропонована схема складається із трьох блоків: вхід системи, процес управління, вихід системи (рис. 3.3).

Незважаючи на досить великі дослідження медичного ринку, нині недостатньо розроблені методи моніторингу економічної ситуації у сфері медичних послуг, що надаються медичними центрами, та принципи формування оптимальних тарифів на послуги, що надаються медичними центрами, спрямовані на залучення додаткових пацієнтів та підтримку існуючих не набуло розвитку. Слід зазначити наявність значних розривів між цільовим та фактичним станом системи управління охороною здоров'я. Поточна робота системи відповідає критерію, суть якого у тому, що тарифні ставки, встановлені за обслуговування пацієнтів, повинні стимулювати додатковий приплив пацієнтів і збільшувати прибуток медичного центру.

Зміна (покращення) існуючої системи у межах методології системного аналізу здійснюється шляхом запровадження тристороннього зворотного

зв'язку: модель виведення, операція перевірки відповідності поставленим цілям, модель впливу.

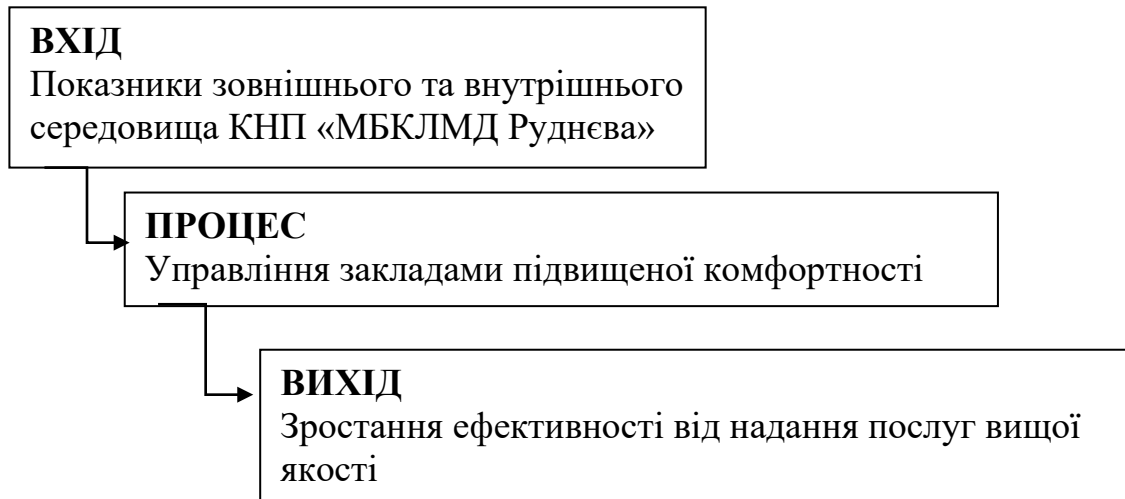


Рис. 3.3. Схема існуючої системи управління якістю надання медичних послуг КНП «МБКЛІМД Руднева»

Вирішення проблеми недосконалості методів стимулювання роботи КНП «МБКЛІМД Руднева», спрямованих на розробку принципів управління медичним обслуговуванням, що дозволяють враховувати як інтереси медичних організацій, так і пацієнтів, полягає в оптимізації процесу управління системою (удосконалення існуючих методів управління).

Серед механізмів удосконалення системи управління ЗПК сучасним процесом надання медичної допомоги варто виділити застосування наступних основних принципів:

- гнучка пропорційність системи гарантованих та платних медичних послуг;
- різноманітність методів управління (економічних, директивних, програмно-цільових та соціально-психологічних) для підвищення ефективності охорони здоров'я в умовах реформування системи охорони здоров'я України;

- постійне підвищення та вдосконалення професійного рівня та матеріальної зацікавленості медичного персоналу у досягненні високих результатів праці;

- розвиток принципів самоврядування, підвищення економічної самостійності ЗПК, орієнтуючись досягнення високих кінцевих результатів.

Розроблена відповідно до методології системного аналізу та відповідно до викладених принципів схема запропонованої державної системи управління якістю надання медичних послуг ЗПК представлена на рис. 3.4.

Вхід до цієї системи:

- фактори стану довкілля КНП «МБКЛМД Руднева». До них належать: взаємодія з іншими медичними організаціями, чинне законодавство, взаємодія з вищими організаціями, управління фінансами, державними установами, фондами, постачальниками, громадськими організаціями, науковими та освітніми установами; експертні комісії;

- фактори активності КНП «МБКЛМД Руднева»:

- кількісні показники (кількість осіб, що обслуговуються, обсяг наданих послуг, частка ринку, завойована установою у сфері надання медичних послуг);

- показники якості (якість медичної допомоги, статево-вікова структура населення, доступність і асортимент медичних послуг);

- показники фінансової стійкості та функціонування КНП «МБКЛМД Руднева»;

- кваліфікація медичних працівників, бажання вдосконалювати свої знання та рівень підготовки.

Процес розробленої системи управління якістю надання медичних послуг КНП «МБКЛМД Руднева» заснований на бізнес- та математичних моделях.

Першою умовою вдосконалення системи управління якістю надання медичних послуг є розробка функціональної моделі управління медичними послугами з використанням системно-структурованого аналізу, що дозволяє

отримати структуровану картину функцій, визначити відповідальність. на структурні напрями, їх роль та місце у роботі КНП «МБКЛМД Руднева».

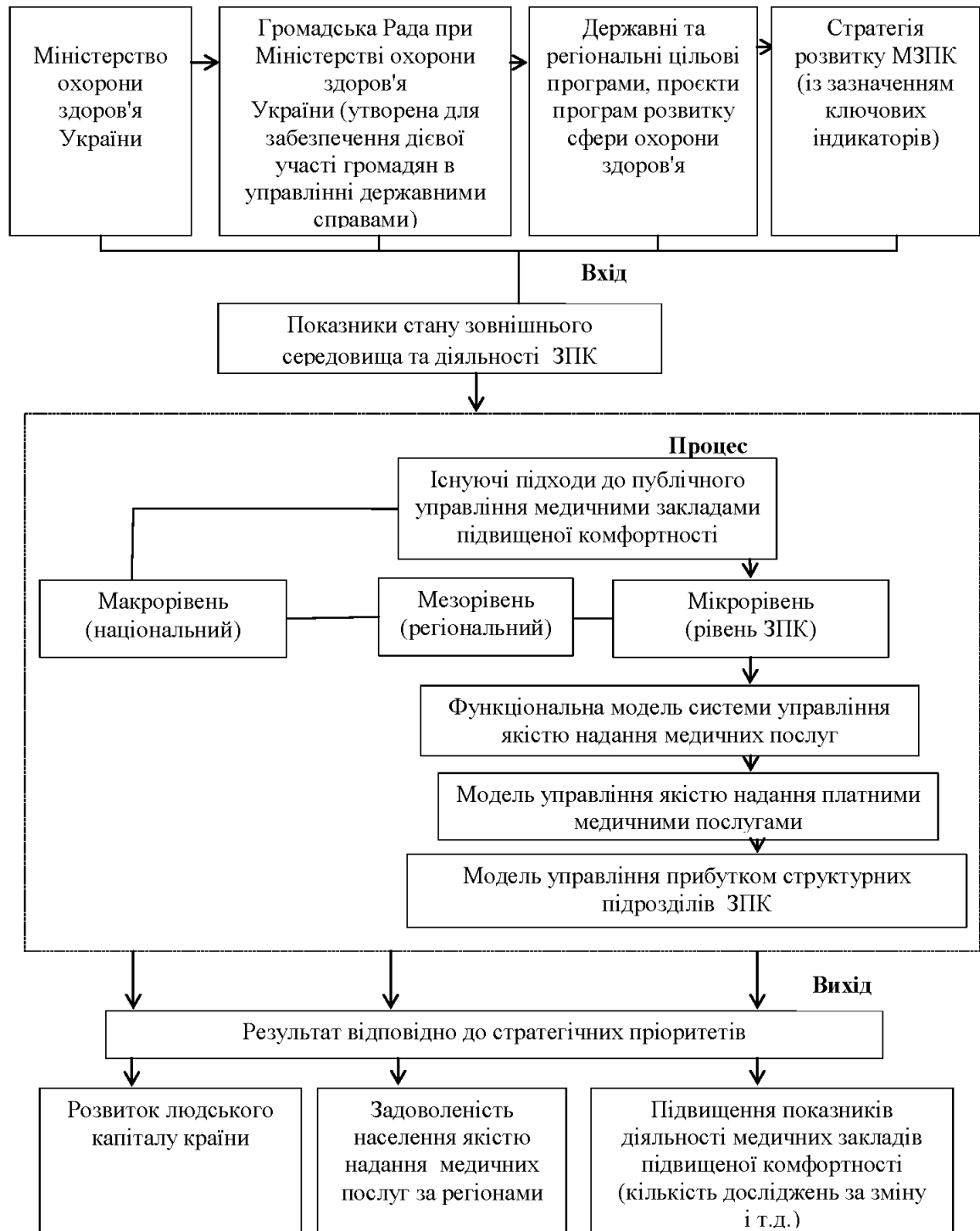


Рис. 3.4. Розроблена системи управління якістю надання медичних послуг КНП «МБКЛМД Руднева»

Другою передумовою вдосконалення системи управління якістю медичних послуг є створення економіко-математичної моделі визначення оптимальних тарифів ці послуги. Модель дозволить узгодити інтереси країни, КНП «МБКЛМД Руднева» та їх пацієнтів (існуючих та потенційних) за рахунок розрахунку індивідуальних умов обслуговування, пільгових тарифів та необхідного спектру послуг. При цьому облік факторів зовнішнього середовища КНП «МБКЛМД Руднева» здійснюється найбільш комплексно та гнучко, досягається оптимальне співвідношення часток її доходів за кількістю та категоріями хворих та видами обслуговування.

Третьою обов'язковою умовою вдосконалення системи управління якістю надання медичних послуг є розробка бізнес-математичної моделі контролю прибутку підрозділів ЗПК від надання медичних послуг. Ця модель дозволить визначити залежність збільшення обсягу медичних послуг від їх зниження цін; Моделюйте тарифи, збільшуйте потік пацієнтів, що збільшує прибуток КНП «МБКЛМД Руднева».

Результатом цієї системи є: розвиток людського капіталу країни, задоволеність населення якістю медичного обслуговування в регіонах; очікувана кількість хворих за видами медичних послуг, очікувані суми базових витрат за видами медичних послуг, оптимальні ставки зниження тарифів за видами медичних послуг, які забезпечують додатковий дохід КНП «МБКЛМД Руднева», показники підвищення рентабельності від медичних послуг, прогнозовані обсяги прибутку структурних підрозділів КНП «МБКЛМД Руднева».

Таким чином, дана система управління дозволяє вирішити завдання підвищення конкурентоспроможності за рахунок збільшення окупності та прибутковості інвестицій, що дозволяє залучати кваліфікований медичний персонал та постійно оновлювати медичне обладнання.

У свою чергу, покращення економічних показників є найбільш доцільним для досягнення бажаного клінічного результату при раціональному використанні ресурсів КНП «МБКЛМД Руднева», що збільшує економічну віддачу та підвищує своєчасність обслуговування пацієнтів за рахунок правильної організації процесу медичного обслуговування.

Відповідно, КНП «МБКЛМД Руднева», як і будь-яка організація, що працює з позитивним фінансовим результатом, може бути цікава інвесторам, які готові вкладати кошти в розвиток медичної діяльності та реалізацію інноваційних проектів у сфері медичного обслуговування.

Можна зробити висновок, що механізми та методи державного втручання на ринок медичних послуг для покращення його діяльності повинні ґрунтуватися на виборі державою оптимальної моделі подальшого розвитку сфери медичних послуг; пошуку засобів ефективної медицини. З урахуванням цих аспектів необхідно внести зміни чи доповнення до чинного законодавства країни з метою забезпечення високоефективної та продуктивної діяльності медичних центрів, які надають якісні та доступні медичні послуги населенню України.

Висновки до третього розділу

1. У проектній частині дипломної роботи встановлено, що метою діяльності КНП «МБКЛМД Руднева» є забезпечення населення якісною медичною допомогою шляхом надання профілактичних, лікувальних та реабілітаційних послуг. Для досягнення поставленої мети було встановлено стратегічні цілі та завдання КНП «МБКЛМД Руднева», які мають бути пов'язані з пріоритетами стратегічного розвитку країни та вітчизняної медицини зокрема. Тому з огляду на сучасні вимоги пропонуються такі перспективні напрямки розвитку лікувального закладу. Зокрема, у роботі виявлено необхідність:

зниження витрат на енергоресурси за рахунок заходів щодо енергоефективності та впровадження сучасних енергозберігаючих технологій без шкоди якості, складу та загальному обсягу медичної допомоги та комфорту пацієнтів (програма енергоефективності); Поліпшити технічний стан та підвищити ефективність використання будівель, технічної інфраструктури та обладнання; Забезпечення стабільної та ефективної роботи інженерної інфраструктури, систем водопостачання та водовідведення, системи опалення; Зміцнити кадровий потенціал КНП «МБКЛМД Руднева», забезпечити його розвиток та ефективне використання; забезпечити відповідність потужностей ЦНП «МБКЛМД Руднева» існуючій потребі регіону у медичних послугах; Укомплектування підрозділів сучасним лабораторним, діагностичним та лікувальним обладнанням; зміцнювати, розширювати та покращувати послуги з профілактики захворювань та зміцнення здоров'я; Поліпшити якість та розширити перелік медичних та супутніх послуг, покращити стосунки з пацієнтами; Забезпечити наявність якісних ліків, вакцин та витратних матеріалів; забезпечити фінансову незалежність та стійкість лікарні; встановлення чіткого контролю та раціонального використання бюджетних коштів; залучити додаткові фінансові потоки доходів; відмовитися від жорстких та централізованих стандартів розрахунку заробітної плати та перейти на диференційований підхід, орієнтуючись на особисту ефективність кожного медичного працівника та його практичний внесок у загальний результат роботи лікарні; Поліпшити якість та попит населення на медичні послуги; Посилити боротьбу з хворобами та профілактичні заходи.

2. Запропонована система управління якістю медичних послуг, яка дозволяє вирішити завдання підвищення конкурентоспроможності за рахунок збільшення окупності та прибутковості інвестицій, що дозволяє залучати кваліфікований медичний персонал та постійно оновлювати медичне обладнання. Результатом цієї системи є: розвиток людського капіталу країни,

задоволеність населення якістю медичного обслуговування в регіонах; очікувана кількість хворих за видами медичних послуг, очікувані суми базових витрат за видами медичних послуг, оптимальні ставки зниження тарифів за видами медичних послуг, які забезпечують додатковий дохід КНП «МБКЛМД Руднева», показники підвищення рентабельності від медичних послуг, прогнозовані обсяги прибутку структурних підрозділів КНП «МБКЛМД Руднева».

У свою чергу, покращення економічних показників є найбільш доцільним для досягнення бажаного клінічного результату при раціональному використанні ресурсів КНП «МБКЛМД Руднева», що збільшує економічну віддачу та підвищує своєчасність обслуговування пацієнтів за рахунок правильної організації процесу медичного обслуговування.

ВИСНОВКИ І ПРОПОЗИЦІЇ

1. Визначено, що, особливістю державного управління в Україні у сфері охорони здоров'я є діяльність окремих органів уряду країни, яка проводиться за допомогою відповідних форм, що є виразом зовнішнього змісту державної діяльності органів влади. Державне управління у сфері охорони здоров'я здійснюють органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування. Механізми управління у сфері охорони здоров'я постійно розвиваються. Основними принципами реформи державного управління у сфері охорони здоров'я мають стати децентралізація, що полягає у наданні регіонам великих адміністративних та фінансових можливостей у сфері охорони здоров'я, а також автономія лікарень, субсидіарність та партнерські відносини між органами державної виконавчої влади та муніципальними самоврядуваннями. За умови європейської інтеграції України, з'являються нові форми державного контролю та моніторингу реалізації реформи охорони здоров'я. Для повного оновлення форм державного управління доцільно вирішити основні проблеми, що виникають у сфері охорони здоров'я: неузгодженість у прийнятті нормативно-правових актів та наявність технологій та практик, які здебільшого застаріли, відсутність системи надання медичних послуг громадянам через прозору систему контролю. Щоб уникнути затягування реформи охорони здоров'я, необхідно налагодити скоординовану співпрацю медичних працівників, громадськості та державних органів.

2. Комунальне некомерційне підприємство «Міська багатoproфільна клінічна лікарня матері та дитини ім. проф. М.Ф. Руднева» Дніпровської міської ради (надалі - КНП «МБКЛМД Руднева») є багатoproфільним лікувально-профілактичним закладом, який цілодобово надає послуги вторинної високоспеціалізованої медичної допомоги у тому числі екстреної (невідкладної), необхідної для забезпечення належної профілактики,

діагностики і лікування хвороб, травм, отруєнь чи інших розладів здоров'я, медичного контролю за перебігом вагітності та ведення пологів і післяпологового періоду; надання пацієнтам спеціалізованої амбулаторної медичної допомоги (спеціалізована медична практика). Стаціонар КНП «МБКЛМД Руднева» розрахований на 276 ліжок, крім цього додатково має 25 реанімаційних ліжок. Також медична установа веде амбулаторний прийом пацієнтів та відповідно є лікарські відвідування, виконує діагностичні та лабораторні дослідження.

3. Встановлено, що КНП «МБКЛМД Руднева» не забезпечені у повній мірі персоналом. Загалом по установ нестача кадрів складає 17,2 %. Найбільший дефіцит спостерігається за категоріями адміністративно-управлінський персонал та допоміжний персонал.

4. Управління станом сфери здоров'я у сучасних умовах передбачає використання відносин із такими функціями: державне управління охороною здоров'я є і механізмом, і формою реалізації суспільних інтересів; правові норми та державні механізми безпосередньо впливають на організаційно-адміністративну складову медичного закладу, оскільки він проявляється як загальноадміністративний та комерційний заклад; об'єктами державного управління у сфері охорони здоров'я є певні суспільні відносини та відносини у самій організаційній системі, тобто відносини між різними державними органами та медичними установами.

5. Проаналізувавши систему розробки та прийняття управлінських рішень у КНП «МБКЛМД Руднева» та бухгалтерську звітність установи, було зроблено такі висновки: в даній медичній установі використовуються традиційні методи прийняття рішень, коли основною особою, відповідальною за прийняття управлінських рішень, є головний лікар. При цьому основну частину управлінських рішень він приймає самостійно; система прийняття управлінських рішень КНП «МБКЛМД Руднева» включає 6 рівнів, серед яких є

можливість перегляду цілей прийняття рішень; фінансове становище КНП «МБКЛМД Руднева» хороше, прибуток збільшується; необхідно модернізувати систему розробки управлінських рішень клініки, щоб збільшити розподіл доходів та скоротити витрати; необхідно переглянути показники ефективності управлінських рішень, акцентуючи увагу на економічній та соціальній складовій.

6. У проектній частині дипломної роботи встановлено, що метою діяльності КНП «МБКЛМД Руднева» є забезпечення населення якісною медичною допомогою шляхом надання профілактичних, лікувальних та реабілітаційних послуг. Для досягнення поставленої мети було встановлено стратегічні цілі та завдання КНП «МБКЛМД Руднева», які мають бути пов'язані з пріоритетами стратегічного розвитку країни та вітчизняної медицини зокрема. Тому з огляду на сучасні вимоги пропонуються такі перспективні напрямки розвитку лікувального закладу: зниження витрат на енергоресурси за рахунок заходів щодо енергоефективності та впровадження сучасних енергозберігаючих технологій без шкоди якості, складу та загальному обсягу медичної допомоги та комфорту пацієнтів (програма енергоефективності); поліпшити технічний стан та підвищити ефективність використання будівель, технічної інфраструктури та обладнання; забезпечення стабільної та ефективної роботи інженерної інфраструктури, систем водопостачання та водовідведення, системи опалення; зміцнити кадровий потенціал КНП «МБКЛМД Руднева», забезпечити його розвиток та ефективне використання; забезпечити відповідність потужностей ЦНП «МБКЛМД Руднева» існуючій потребі регіону у медичних послугах; укомплектування підрозділів сучасним лабораторним, діагностичним та лікувальним обладнанням; зміцнювати, розширювати та покращувати послуги з профілактики захворювань та зміцнення здоров'я; поліпшити якість та розширити перелік медичних та супутніх послуг, покращити стосунки з пацієнтами; забезпечити наявність якісних ліків, вакцин та витратних

матеріалів; забезпечити фінансову незалежність та стійкість лікарні; встановлення чіткого контролю та раціонального використання бюджетних коштів; залучити додаткові фінансові потоки доходів; відмовитися від жорстких та централізованих стандартів розрахунку заробітної плати та перейти на диференційований підхід, орієнтуючись на особисту ефективність кожного медичного працівника та його практичний внесок у загальний результат роботи лікарні; Поліпшити якість та попит населення на медичні послуги; Посилити боротьбу з хворобами та профілактичні заходи.

7. Запропонована система управління якістю медичних послуг, яка дозволяє вирішити завдання підвищення конкурентоспроможності за рахунок збільшення окупності та прибутковості інвестицій, що дозволяє залучити кваліфікований медичний персонал та постійно оновлювати медичне обладнання. Результатом цієї системи є: розвиток людського капіталу країни, задоволеність населення якістю медичного обслуговування в регіонах; очікувана кількість хворих за видами медичних послуг, очікувані суми базових витрат за видами медичних послуг, оптимальні ставки зниження тарифів за видами медичних послуг, які забезпечують додатковий дохід КНП «МБКЛМД Руднева», показники підвищення рентабельності від медичних послуг, прогнозовані обсяги прибутку структурних підрозділів КНП «МБКЛМД Руднева».

У свою чергу, покращення економічних показників є найбільш доцільним для досягнення бажаного клінічного результату при раціональному використанні ресурсів КНП «МБКЛМД Руднева», що збільшує економічну віддачу та підвищує своєчасність обслуговування пацієнтів за рахунок правильної організації процесу медичного обслуговування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алшарф І. А. М. Механізм управління ефективністю діяльності медичних установ. *Економічний форум*. 2017. № 3. С. 123-127. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ecfor_2017_3_20. (дата звернення: 21.11.2022).
2. Бабенко М. М. Розвиток публічного управління системою охорони здоров'я та фармації в Україні. *Фармацевтичний журнал*. 2022. Т. 77, № 4. С. 3-11.
3. Бакуменко В. Д., Безносенко Д. О. Виявлення комплексу проблем державного управління процесами європейської та євроатлантичної інтеграції України, розробка пропозицій щодо вдосконалення системи державного управління цими процесами. *Центр навчання і досліджень з європейської та євроатлантичної інтеграції України*. 2019. № 41. URL: <http://www.napa-eurostudies.org.ua/2-2.rtf>. (дата звернення: 22.11.2022).
4. Борщ В. І. Управління закладами охорони здоров'я. Херсон: Олди-плюс, 2020. 391 с.
5. Борщ В.І. Дослідження функціональної системи управління фінансовими механізмами в сфері охорони здоров'я України. *Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління*. 2020. Т. 19. № 2(45). С. 144-168.
6. Василенко Н.В., Семко М.І., Радиш Я.Ф. Роль публічного управління у формуванні нової моделі державного регулювання охорони здоров'я: вітчизняний та зарубіжний досвід. *Міжнародний науковий журнал «Інтернаука». Серія: Економічні науки*. 2022. № 8. С. 9-14.
7. Василенко Ю. Європейський досвід підготовки фахівців управління медичною освітою. *Вісник Дніпровської академії неперервної освіти. Серія: Публічне управління та адміністрування*. 2022. № 1. С. 43-47.
8. Васюк М. Органи публічного управління як суб'єкти надання послуг у медичній галузі України. *Підприємництво, господарство і право*. 2018. № 12. С. 172-175.

9. Гавриченко Д. Г. Теоретичні підходи реформування механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я. *Публічне управління та регіональний розвиток*. 2022. № 15. С. 68-86.
10. Гайдаенко О.В., Кошкин К.В., Удовиченко П.Н. Аутсорсинг управління ресурсами медичних установ. *Вісник Національного технічного університету «ХПІ»*. Серія: Стратегічне управління, управління портфелями, програмами та проектами. 2015. № 2. С. 35-40. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vntux_ctr_2015_2_9. (дата звернення: 22.11.2022).
11. Геглюк О. М. Євроінтеграційні вектори реформування системи охорони здоров'я України. *Право і суспільство*. 2022. № 3. С. 154-160. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pis_2022_3_25. (дата звернення: 14.11.2022).
12. Гезь Л., Сичова М. Особливості публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я. *Розвиток форм і методів сучасного менеджменту в умовах глобалізації: Матеріали 10-ї Всеукраїнської наук.-практ. конф. (Дніпро, 8-9.11.2022: тези доповідей (Том 2))*. Дніпро: Поліграфічний відділ ДДАЕУ, 2022. С. 25-28.
13. Горачук В. Функції управління в системі менеджменту якості медичної допомоги. *Практика управління медичним закладом*. 2016. № 3. С. 8-13.
14. Горбатова Д. І. Форми державного управління у сфері охорони здоров'я. *Право і суспільство*. 2019. № 4. С. 166-173.
15. Данько В.В. Удосконалення системи управління закладами охорони здоров'я на інноваційних засадах. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського*. Серія: Економіка і управління. 2019. № 2. С. 102-110.
16. Діденко Н. Г. Удосконалення механізмів публічного управління наданням реабілітаційних послуг у сфері охорони здоров'я в умовах медичної реформи. *Вісник післядипломної освіти*. Серія: Соціальні та поведінкові

- науки. 2021. Вип. 18. С. 217-232. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vispdoso_2021_18_16. (дата звернення: 14.11.2022).
17. Дубина М.В., Роговий А.В., Забаштанська Т.В. Стратегічні пріоритети розвитку сфери охорони здоров'я в Україні: фінансові аспекти. *Науковий вісник Полісся*. 2020. № 3(23). С. 158-165.
18. Забаштанський М.М., Зуб І.М., Ломонос Р.І., Фенна М.М. Організаційно-економічний механізм розвитку державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я України. *Науковий вісник Полісся*. 2021. № 1. С. 16-25. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvp_2021_1_4. (дата звернення: 22.11.2022).
19. Коломоєць А.В., Михальчук В.М., Толстанов О.К., Гбур З.В. Логістика управління в сучасному медичному закладі: основні механізми організації. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2020. Т. 5, № 5. С. 204-211. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ujmbs_2020_5_5_27. (дата звернення: 22.11.2022).
20. Концепція побудови нової національної системи охорони здоров'я України. <http://oblzdrav.mk.gov.ua/index.php/publiczna-informaciya/gromadski-obgovorennya/6220-kontsepsiya-pobudovi-novoji-natsionalnoji-sistemi-okhoroni-zdorov-ya-ukrajini>. (дата звернення: 14.11.2022).
21. Короленко В. Використання клінічних індикаторів якості медичної допомоги. *Практика управління медичним закладом*. 2017. № 3. С.60-68.
22. Кримчак Л.А., Гарбузюк В.В., Рудніченко М.М., Романюк І.П. Ідентифікація ризиків діяльності закладів охорони здоров'я в системі безпекоорієнтованого управління. *Український журнал прикладної економіки та техніки*. 2021. Т. 6, № 3. С. 184-189. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ujae_2021_6_3_27. (дата звернення: 14.11.2022).
23. Криничко Л. Проблеми системи охорони здоров'я та напрями їх вирішення: погляд науки та практики. *Аспекти публічного управління*. 2020. Т. 8, № 6. С.

- 115-131. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/aspulup_2020_8_6_14. (дата звернення: 15.11.2022).
- 24.Криничко Л., Мотайло О. Нові підходи до фінансування системи охорони здоров'я. *Аспекти публічного управління*. 2021. Т. 9, № 2. С. 86-100. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/aspulup_2021_9_2_12. (дата звернення: 22.11.2022).
- 25.Кучер О. Сутність та зміст управлінських рішень підприємства. *Університетські наукові записки. Часопис Хмельницького університету управління та права* № 2(46). - 2013. - с. 186-190.
- 26.Литовченко І. І. Аналіз правового механізму забезпечення функціонування сучасної системи охорони здоров'я Німеччини. *Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України*. 2022. № 4. С. 46-50.
- 27.Лукаш С., Маслак О., Побідинський Р. Державне управління процесом автономізації медичних закладів в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Аспекти публічного управління*. 2021. Т. 9, № 1. С. 91-105.
- 28.Мартинюк О. А., Курдибанська Н. Ф. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах. *Причорноморські економічні студії*. 2016. №6. С. 75-79.
- 29.Мельник А. Трансформаційна модель ринку охорони здоров'я в Україні в умовах сучасних викликів. *Вісник економіки*. 2022. Вип. 2. С. 111-127.
- 30.Мельник Л.А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здравооохоронної галузі. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. URL: http://www.dy.nauka.com.ua/pdf/11_2018/24.pdf (дата звернення 14.11.2022).
- 31.Мельник Л. А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здорово-охоронної галузі. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 11. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&7=1336>. (дата звернення: 15.11.2022).

32. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я: кол. моногр.; за наук. ред. д. е. н. Шкільняка М. М., д. е. н. Желюк Т. Л. Тернопіль: Крок, 2020. 560 с.
33. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за науковою ред. д. е. н. Шкільняка М. М., д. е. н. Желюк Т. Л. Тернопіль, Крок. 2020. 560 с.
34. Назарко С. Сучасна парадигма управління закладом охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. *Проблеми і перспективи економіки та управління*. 2019. № 4 (20). С. 170-175.
35. Назарко С. О. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. 2020. № 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/efek_2020_1_23. (дата звернення: 22.11.2022).
36. Офіційний веб-сайт Національної служби здоров'я України МОЗ України. URL: <https://ehealth.gov.ua>. (дата звернення: 14.11.2022).
37. Паненко В. В., О. Т. Поліщук Об'єднання комунальних некомерційних підприємств як важливий компонент кластерного підходу в організації системи охорони здоров'я територіальних громад. *Інноваційна економіка*. 2021. № 7-8. С. 64-71. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/inek_2021_7-8_10. (дата звернення: 22.11.2022).
38. Пархоменко-Куцевіл О. І. Форсайт у системі державного управління у сфері охорони здоров'я України в умовах пандемії: теоретичні засади. *Науковий вісник: державне управління*. 2022. № 1. С. 166-185. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nauvisdu_2022_1_12. (дата звернення: 25.11.2022).
39. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України від 06.04.2017 №2002-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19#Text> (дата звернення 11.12.22).

40. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 №2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 29.11.2022).
41. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: розпорядження Кабінет Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D0%80#Text> (дата звернення: 29.11.2022).
42. Публічне управління та адміністрування: навчальний посібник. [А. О. Азарова, Л. М. Ткачук, Л. О. Нікіфорова та ін.]. Вінниця: ВНТУ, 2019. 181 с.
43. Резнікова Н.В., Іващенко О.А., Войтович О.І. Моделі конкуренції на ринку послуг в сфері охорони здоров'я: проблема використання потенціалу медичної галузі та її регулювання в умовах глобалізації. URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=6277>. (дата звернення: 25.11.2022).
44. Рогачевський О. П. Теоретичні аспекти стратегічного управління якістю медичних послуг. *Український журнал прикладної економіки*. 2020. Т. 5, № 4. С. 282-291. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ujae_2020_5_4_35. (дата звернення: 14.11.2022).
45. Рябець Д. М. Концептуальні засади стратегічного управління сферою охорони здоров'я. *Український журнал прикладної економіки*. 2020. Т. 5, № 2. С. 122-127. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ujae_2020_5_2_17. (дата звернення: 14.11.2022).
46. Семчук І.В., Кукель Г.С., Роледерс В.В. Впровадження нових підходів до управління закладами охорони здоров'я в умовах ринку. *Ефективна економіка*. 2020. № 5. URL: [10.32702/2307-2105-2020.5.88](https://doi.org/10.32702/2307-2105-2020.5.88).
47. Смирнов С. О., Бикова В. Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. *Управління розвитком*. 2016. № 3. С. 78-83.

48. Стефанишин Л.С. Теоретико-методичні основи застосування партисипативного управління закладом охорони здоров'я. *Держава та регіони. Серія: Економіка та підприємництво*. 2019. № 3. С. 160-166.
49. Теплюк М.А., Шапран О.А. Формування бізнес-патерну закладів охорони здоров'я в Україні. *Стратегія економічного розвитку України*. 2022. Вип. 50. С. 150-159.
50. Труш О. М. Методологія управління конфліктами в медичній сфері. *Вісник Клубу панкреатологів*. 2022. № 1. С. 61-64.
51. Філіпенко А.С. Місце управлінського рішення в адміністративно- правовій діяльності. *Вісник Національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут». Політологія. Соціологія. Право*. 2012. № 3. с. 166-169.
52. Ходаківський Є.І., Присяжнюк О.Ф., Плотнікова М.Ф., Суботенко О.О. Інвестиційно-проектне управління розвитком первинної медичної допомоги: адміністративні та соціально-психологічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 13-14. С. 14-19.
53. Холодницька А., Лук'яшко М. Можливості використання компетентнісного підходу в управлінні медичними закладами в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Проблеми і перспективи економіки та управління*. 2020. № 1. С. 108-114. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ppeu_2020_1_13. (дата звернення: 14.11.2022).
54. Шафранський В. В. Оцінка організаторами охорони здоров'я потреби в розвитку системи громадського здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. 2022. № 1. С. 42-45. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2022_1_10. (дата звернення: 22.11.2022).
55. Шевченко В.А. Зарубіжний досвід управління закладами охорони здоров'я. *Економічний вісник Запорізької державної інженерної академії*. 2016.

- №6(2). С. 9-13. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/evzdia_2016_6\(2\)_3](http://nbuv.gov.ua/UJRN/evzdia_2016_6(2)_3). (дата звернення: 22.11.2022).
56. Шевченко О.В., Романова В.В., Жаліло Я.А. та ін. Децентралізація і формування політики регіонального розвитку в Україні / за ред. Я.А. Жаліла. Київ: НІСД, 2020. 153 с.
57. Шкільняк М. М., Желюк Т. Л., Васіна А. Ю., Дудкіна О. П., Попович Т. М. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. *Вісник Тернопільського національного економічного університету*. 2018. № 4. С. 168-180.
58. Шумкова О.В., Плахтиря А.А. Особливості організації системи управління розвитком персоналу медичного закладу. *Інфраструктура ринку*. 2020. Вип. 46. С. 77-82.
59. Щербак М.О., Кравченко О.О. Публічне адміністрування і управління медичним закладом підвищеної комфортності та якості надання медичних послуг. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 20. С. 101-108.
60. Юринець З.В., Петрух О.А. Напрями державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 22. С. 116-121.
61. Ямненко Т.М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід. *Юридичний вісник. Повітряне і космічне право*. 2018. № 2. С. 116-120.
62. Яремко І. І. Підвищення ефективності механізмів управління закладами сфери охорони здоров'я. *Management and entrepreneurship in Ukraine: the stages of formation and problems of development*. 2021. Vol. 3, numb. 2. С. 127-139. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/meu_2021_3_2_17. (дата звернення: 22.11.2022).

Пакети медичних послуг, за якими КНП «МБКЛМД Руднева» надавала медичну допомогу в 2021 році

№ з/п	Найменування послуги
1	«Медичні послуги, пов'язані з первинною медичною допомогою»
2	«Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах»
3	«Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій»
4	«Гістероскопія»
5	«Медична допомога при пологах»
6	«Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках»
7	«Медична допомога дорослим та дітям в амбулаторних умовах (профілактика, спостереження, діагностика, лікування та медична реабілітація)»
8	«Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим та дітям»
9	«Мобільна паліативна медична допомога дорослим та дітям»
10	Медична реабілітація немовлят, які народились передчасно та/або хворими, упродовж перших трьох років життя»
11	«Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням опорно-рухового апарату»
12	«Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи»
13	«Стоматологічна медична допомога в амбулаторних умовах»
14	«Ведення вагітності в амбулаторних умовах»
15	«Супровід та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги»