Форма № 24

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Запорізька політехніка»

_____бізнес-технологій та економіки_____
(повне найменування факультету)

_____Менеджмент та адміністрування_____
(повне найменування кафедри)

Пояснювальна записка

до дипломного проєкту (роботи)
_____магістр_____
(ступінь вищої освіти)

на тему: «Публічне управління закладом охорони здоров'я в умовах реформи децентралізації на прикладі Запорізький інфекційній лікарні»
(назва теми)

Виконав(ла): студент(ка) 2 курсу, групи БТЕ-1813 м

Спеціальності 281 «Публічне управління та
(код і найменування спеціальності)
адміністрування»

Освітня програма (спеціалізація)
«Регіональне управління»
Олександр ПЕДЧЕНКО
_____
(ПРІЗВИЩЕ та ініціали)

Керівник Тетяна ПУЛІНА
(ПРІЗВИЩЕ та ініціали)
Рецензент Ніна ПАВЛІШИНА
(ПРІЗВИЩЕ та ініціали)

2024

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Запорізька політехніка»

Факультет_____бізнес-технологій та економіки_____
Кафедра_____«Менеджмент та адміністрування»_____
Ступінь вищої освіти _____магістр_____
Спеціальність _____281 «Публічне управління та адміністрування»_____

Освітня програма (спеціалізація) _____«Регіональне управління»_____
(назва освітньої програми (спеціалізації)

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри, д.е.н., професор____
Тетяна ПУЛІНА____
«_____» _____2024 року

З А В Д А Н Н Я
НА ДИПЛОМНИЙ ПРОЄКТ (РОБОТУ) СТУДЕНТА(КИ)
ПЕДЧЕНКО Олександр Володимирович
(ПРІЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

1. Тема проєкту (роботи) Публічне управління закладом охорони здоров'я в умовах реформи децентралізації на прикладі Запорізький інфекційній лікарні

керівник проєкту (роботи)___ зав. каф., д.е.н., проф. Тетяна ПУЛІНА,
(науковий ступінь, вчене звання, ПРІЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)
затверджені наказом закладу вищої освіти від «__05__»____11____ 2024 року №457
2. Строк подання студентом проєкту (роботи) 23.11.2024

3. Вихідні дані до проєкту (роботи) наукові праці українських та іноземних вчених з проблем публічного управління закладами охорони здоров'я, матеріали конференцій, інформація Інтернет-ресурсів, а також звітність ДОЗ Запорізької ОВА.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) 1. Теоретичні основи публічного управління медичними установами 2. Аналіз публічного управління закладами охорони здоров'я на прикладі запорізької інфекційної лікарні. 3. Удосконалення публічного управління закладами охорони здоров'я запорізького регіону на прикладі запорізької інфекційної лікарні.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень, кількість слайдів, плакатів)
26 рис., 13 табл., 76 джерел

6. Консультанти розділів проєкту (роботи)

Розділ	ПРІЗВИЩЕ, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	прийняв виконане завдання
I	Пуліна Т.В., проф. кафедри «Менеджмент та адміністрування»		
II	Пуліна Т.В., проф. кафедри «Менеджмент та адміністрування»		
III	Пуліна Т.В., проф. кафедри «Менеджмент та адміністрування»		
Нормоконтроль	Пуліна Т.В., проф. кафедри «Менеджмент та адміністрування»	20.03.2024	28.11.2024

7. Дата видачі завдання «____01___» _____04_____2024___року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проєкту (роботи)	Строк виконання етапів проєкту (роботи)	Примітка
1	Організаційне зібрання щодо термінів подання кваліфікаційної роботи та методики її виконання	04.03.2024	
2	Вибір теми	15.03.2024	
3	Затвердження переліку тем кваліфікаційних робіт на кафедрі	20.03.2024	
4	Огляд та опрацювання наукової та спеціальної літератури з теми	постійно	
5	Наказ Ректора НУ «Запорізька політехніка» про затвердження тем кваліфікаційних робіт	29.10.2024	
6	Видача завдання до кваліфікаційної роботи	20.03.2024	
7	Розробка робочого плану кваліфікаційної роботи за узгодженням з науковим керівником	05.04.2024	
8	Написання 1 розділу та представлення його на кафедру в друкованому вигляді	30.05.2024	
9	Написання 2 розділу та представлення його на кафедру в друкованому вигляді	02.10.2024	
10	Написання 3 розділу та представлення їх на кафедру в друкованому вигляді та чорнового варіанту роботи в цілому	21.10.2024	
11	Нормоконтроль	30.10.2024	
12	Попередній захист кваліфікаційної роботи	14.11.2024	
13	Подання роботи на кафедру в остаточному чистовому оформленні	28.11.2024	
14	Захист кваліфікаційної роботи перед ЕК	11.12.2024-19.12.2024	

Студент(ка) _____ **Олександр ПЕДЧЕНКО**
(підпис) (Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

Керівник проєкту (роботи) _____ **Тетяна ПУЛІНА**
(підпис) (Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

РЕФЕРАТ

Дипломна робота: «Публічне управління закладом охорони здоров’я в умовах реформи децентралізації на прикладі Запорізької інфекційної лікарні»; 137 с., рисунки 13, таблиці 26, список джерел 76 найменувань.

Актуальність. Удосконалення публічного управління охороною здоров'я знаходиться в центрі реформи децентралізації на всіх її рівнях і є одним із стратегічних завдань державної політики. У зв'язку з цим звернення до питань організації системи публічного управління закладами охорони здоров'я в цих умовах є актуальними і нагально необхідними.

Об'єкт дослідження - система публічного управління комунальними закладами охорони здоров’я Запорізької області в умовах реформи децентралізації.

Предмет - комплекс теоретичних, методологічних та практичних питань, що виникають у процесі вдосконалення публічного управління закладами охорони здоров’я в умовах децентралізації.

Мета - визначення основних аспектів впливу процесу децентралізації на організацію публічного управління закладами охорони здоров'я, їх теоретичне обґрунтування та пошук напрямів удосконалення.

Методи дослідження: системний, описовий, порівняльний, статистичний, SWOT-аналіз, табличні та графічні прийоми візуалізації статистичних та розрахункових даних.

Результати і їх новизна. Наукова новизна - окреслено основні вектори публічного управління системою охорони здоров'я України в умовах децентралізації та узагальнено напрями вдосконалення управління комунальними медичними закладами цих в умовах.

Основні положення роботи. Досліджено теоретично-правові аспекти публічного управління закладами охорони здоров’я в умовах децентралізації; проаналізовано стан публічного управління в конкретному закладі охорони здоров’я; визначено шляхи його удосконалення в умовах реформи децентралізації.

Значущість роботи і висновки. Найважливіші теоретичні положення, пропозиції, узагальнення й висновки дослідження розширюють межі наукового аналізу з представленої теми, визначають напрями удосконалення організації публічного управління в умовах децентралізації (зокрема, розроблена система оцінки якості медичних послуг дорослим та дітям з інфекційною патологією; алгоритм створення системи менеджменту якості в інфекційній лікарні; матриця розподілу видів управлінської діяльності між співробітниками в процесі створення такої системи тощо) можуть бути використані в діяльності закладів охорони здоров'я.

Ключові слова: ДЕРЖАВНЕ УПРАВЛІННЯ, ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ, АДМІНІСТРУВАННЯ, ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЯ, ЗАКЛАДИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я, МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ, МЕДИЧНА ДОПОМОГА, ЯКІСТЬ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ, СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТУ ЯКОСТІ.

ANNOTATION

Master's work: «Public management of a health care institution in the context of decentralization reform using the example of the Zaporizhzhia Infectious Diseases Hospital»; 137 p., figures 13, tables 26, list of sources 76 items.

Improving public health care management is at the center of the decentralization reform at all its levels and is one of the strategic objectives of state policy. In this regard, addressing the issues of organizing the system of public management of health care institutions in these conditions is relevant and urgently needed.

The object of the study is the system of public management of municipal health care institutions of the Zaporizhzhia region in the context of decentralization reform. The subject is a set of theoretical, methodological and practical issues that arise in the process of improving public management of health care institutions in the context of decentralization. The goal is to determine the main aspects of the influence of the decentralization process on the organization of public management of health care institutions, their theoretical justification and search for areas of improvement.

Research methods: systematic, descriptive, comparative, statistical, SWOT analysis, tabular and graphical methods of visualization of statistical and calculated data.

Results and their novelty. Scientific novelty - the main vectors of public management of the healthcare system of Ukraine in the conditions of decentralization are outlined and the directions of improving the management of municipal medical institutions in these conditions are summarized.

Main provisions of the work. The theoretical and legal aspects of public management of healthcare institutions in the conditions of decentralization are studied; the state of public management in a specific healthcare institution is analyzed; ways of its improvement in the conditions of decentralization reform are identified.

Significance of the work and conclusions. The most important theoretical provisions, proposals, generalizations and conclusions of the study expand the boundaries of scientific analysis on the presented topic, determine the directions of improving the organization of public administration in conditions of decentralization (in particular, a system for assessing the quality of medical services for adults and children with infectious diseases has been developed; an algorithm for creating a quality management system in an infectious disease hospital; a matrix for distributing types of management activities between employees in the process of creating such a system, etc.) can be used in the activities of health care institutions.

Keywords: STATE ADMINISTRATION, PUBLIC ADMINISTRATION, ADMINISTRATION, DECENTRALIZATION, HEALTH CARE INSTITUTIONS, MEDICAL SERVICES, MEDICAL CARE, QUALITY OF MEDICAL SERVICES, QUALITY MANAGEMENT SYSTEM.

ЗМІСТ

Завдання на дипломну роботу
Реферат
Annotation
Зміст
Вступ 7
Перелік умовних позначень, символів, одиниць, скорочень і терміни 11
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ УСТАНОВАМИ 12
1.1 Зміст, сутність та складові публічного управління та адміністрування закладами охорони здоров'я 12
1.2 Вплив реформи децентралізації на механізми ефективного публічного управління у сфері медичного обслуговування населення 22
1.3 Законодавче забезпечення публічного управління закладами охорони здоров'я 34
Висновки до розділу 1 45
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ПРИКЛАДІ ЗАПОРІЗЬКОЇ ІНФЕКЦІЙНОЇ ЛІКАРНІ 48
2.1 Аналіз організаційного забезпечення публічного управління закладами охорони здоров'я Запорізької області 48
2.2 Соціально-економічна оцінка функціонування Запорізької інфекційної лікарні 59
2.3 Оцінка впливу медичної реформи децентралізації на діяльність Запорізької інфекційної лікарні 72
Висновки до розділу 2 86
РОЗДІЛ 3 УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗАПОРІЗЬКОГО РЕГІОНУ НА ПРИКЛАДІ ЗАПОРІЗЬКОЇ ІНФЕКЦІЙНОЇ ЛІКАРНІ 88
3.1 Удосконалення якості надання медичних послуг дорослим та дітям з інфекційною патологією 88
3.2 Обгрунтування створення системи менджменту якості в інфекційній лікарні 99
3.3 Пропозиції щодо покращення публічного управління закладом охорони здоров'я 109
Висновки до розділу 3 120
ВИСНОВКИ 122
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 127

ВСТУП

Актуальність теми. Трансформація соціально-економічних відносин українського суспільства останніх років, викликана переходом до ринкової економіки, призвела до суттєвих змін у багатьох галузях, у тому числі й в системі охороні здоров'я. Так, у національній системі охороні здоров'я змінилися відносини власності, стан ресурсної бази медичних установ, форми та методи публічного управління тощо. Продовжується активний пошук організаційно-економічних моделей та шляхів розвитку державно-приватного сектору охорони здоров'я України, який набуває нових рис, включаючи ступінь автономії медичних закладів. Удосконалення публічного управління охороною здоров'я також знаходиться в центрі реформи децентралізації на всіх її рівнях і є одним із стратегічних завдань державної політики, в тому числі у межах реалізації пріоритетних національних проєктів. У зв'язку з цим звернення до питань організації системи публічного управління закладами охорони здоров'я в цих умовах є актуальними і нагально необхідними.

Водночас діючі механізми публічного управління галуззю в умовах реформи децентралізації стримують позитивні зміни в охороні здоров'я, що часто призводить до несприятливих наслідків. З'являються некеровані та довготривалі тенденції, що посилюються станом матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, недофінансуванням, соціально-економічною кризою галузі останніх років, військовими діями на території України, зниженням мотивації праці лікаря, плинністю кадрів та падінням престижу медичної праці, обмежують потенціал надання якісної медичної допомоги населенню. Приватний сектор, що розвивається в тому числі і в охороні здоров'я, зумовлює проникнення принципів і моделей менеджменту, що існують в бізнес-організаціях, в практику управління комунальними закладами охорони здоров'я, які набувають в умовах реформи децентралізації характеру більшої самостійності, що, проте, пов'язано з низкою труднощів. Особливості цієї

ситуації викликають необхідність пошуку адекватних механізмів та технологій публічного управління багаторівневої системи охорони здоров'я, і в першу чергу - на рівні комунальної установи. У зв'язку з викладеним можна стверджувати, що теоретична та практична значимість даного дослідження є досить актуальною та обґрунтованою.

Теоретичні основи проблеми публічного управління закладами охорони здоров'я розглянуті в роботах О. М.Вівсянник, К. Х. Герасимюк, З.С.Гладун, О.В.Дмитрук, О.А.Задихайло, П.В.Іванчова, В.Б.Ключевського, С.В.Книш, Б.С.Конюхова, В.С.Костюк, Г.В.Муляр, А.Ю.Мунько, З.О.Надюк, Л.О.Потравки, К.Д. Рябець, Є. І.Фролової, В.І.Шарий та ін. Разом з тим у навчальній та науково-методичній літературі з організації охорони здоров'я питання публічного управління в умовах реформи децентралізації висвітлено недостатньо. Багато положень такого управління, характерних для адміністративної системи, значною мірою застаріли, потребують переосмислення і приведення у відповідність до викликів часу. Нерозробленість та складність проблематики публічного управління закладами охорони здоров'я в умовах реформи децентралізації, висока практична значимість визначили об'єкт та предмет дослідження, зумовили вибір мети та завдань роботи.

Мета і завдання дослідження. Мета даного дослідження полягає у визначенні основних аспектів впливу процесу децентралізації на організацію публічного управління закладами охорони здоров'я, їх теоретичне обґрунтування та пошук напрямів удосконалення. Відповідно до мети були поставлені такі **завдання:**

– проаналізувати зміст, сутність та складові публічного управління та адміністрування діяльністю медичних установ;

– визначити вплив реформи децентралізації на механізми ефективного публічного управління у сфері медичного обслуговування населення;

– узагальнити правові джерела управління закладами охорони здоров’я;

– проаналізувати організаційне забезпечення публічного управління закладами охорони здоров’я Запорізької області;

– здійснити соціально-економічну оцінку функціонування Запорізької інфекційної лікарні;

– оцінити вплив медичної реформи децентралізації на діяльність Запорізької інфекційної лікарні;

– розробити шляхи удосконалення якості надання медичних послуг дорослим та дітям з інфекційною патологією;

– обгрунтувати створення системи менджменту якості в інфекційній лікарні;

– надати пропозиції щодо покращення публічного управління закладом охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження - система публічного управління комунальними закладами охорони здоров'я Запорізької області в умовах реформи децентралізації.

Предмет дослідження - комплекс теоретичних, методологічних та практичних питань, що виникають у процесі вдосконалення публічного управління закладами охорони здоров'я в умовах реформи децентралізації.

Методи дослідження. Методологічною основою дослідження є метод наукового пізнання, системний підхід та методи фінансового і SWOT- аналізу. У дослідженні використано ретроспективний аналіз, структурний аналіз, порівняльний аналіз та коефіцієнтний аналіз, проєктний метод, емпіричне узагальнення, табличні та графічні прийоми візуалізації статистичних та розрахункових даних.

Інформаційна база. Інформаційну базу дослідження становлять вітчизняні та зарубіжні джерела наукової літератури, статистичні та довідкові матеріали, нормативні документи, теоретичні розробки, інформація з мережі Інтернет, а також особисті спостереження автора. Використані документи, що регламентують розробку та реалізацію стратегії соціально-економічного розвитку Запорізької області, інформація Департаменту охорони здоров'я області, звітність та оперативна інформація Запорізької інфекційної лікарні тощо.

Структура роботи. Магістерська дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

У першому розділі роботи «Теоретичні основи публічного управління медичними установами» на підставі огляду різних літературних джерел досліджені зміст, сутність та складові публічного управління у сфері охорони здоров'я, систематизована законодавча та нормативно-правова база.

У другому розділі роботи «Аналіз публічного управління закладами охорони здоров'я на прикладі Запорізької інфекційної лікарні» здійснений наліз організаційного забезпечення публічного управління закладами охорони здоров'я Запорізької області, наведена соціально-економічна оцінка функціонування Запорізької інфекційної лікарні та оцінка впливу медичної реформи децентралізації на її діяльність.

Третій розділ роботи «Удосконалення публічного управління закладами охорони здоров'я Запорізького регіону на прикладі Запорізької інфекційної лікарні» містить шляхи удосконалення якості надання медичних послуг дорослим та дітям з інфекційною патологією, обгрунтування створення системи менджменту якості в лікарні, пропозиції щодо покращення публічного управління цим закладом.

Основний зміст роботи викладено на 121 сторінці друкованого тексту. Робота містить 13 таблиць, 26 рисунків та 7 додатків на 43 сторінках. Список використаних джерел складається із 76 найменувань.

Перелік умовних позначень, символів, одиниць, скорочень і термінів

ЗОЗ – заклади охорони здоров’я

ЗУ – Закон України

КМУ- Кабінет міністрів України

МОЗУ – Міністерство охорони здоров’я України

НКП – некомерційні комунальні підприємства

НСЗУ – Національна служба здоров’я України

ОМС- орган місцевого самоврядування

СОЗ – система охорони здоров’я

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ УСТАНОВАМИ

1.1 Зміст, сутність та складові публічного управління та адміністрування закладами охорони здоров'я

Галузь охорони здоров'я є одним із основних елементів структури соціальної сфери держави, основна мета якої - «збереження та зміцнення здоров'я населення у вигляді профілактичної, лікувальної та інших видів діяльності медичних закладів» [1]. Основна роль охорони здоров'я як невід'ємної умови життя суспільства визнається в Основах законодавства України про охорону здоров'я громадян [1], а ст. 2 Конституції України закріплює, що охорона здоров'я громадян входить до найважливіших обов'язків держави [2]. У зв'язку з цим слід уточнити, що в теорії держави і права охорона здоров'я - це функція держави, тобто інститут реалізації державних гарантій у галузі охорони здоров'я із системною формою устрою, що є, з організаційно-правової точки зору, системою, яка підлягає публічному управлінню та адмініструванню.

Отже, розглядаючи систему охорону здоров'я (далі – СОЗ) як об'єкт управління, можна зробити висновок, що вона являє собою, з однієї сторони, діяльність держави, а з іншої - систему соціально-економічних, медико-санітарних заходів, які здійснюються закладами охорони здоров'я (далі - ЗОЗ) [3, с.210]. Комплекс цих заходів спрямовано на охорону здоров'я громадян шляхом виявлення, попередження та лікування хвороб; надання якісної та високотехнологічної медичної допомоги всім, хто її потребує, а також забезпечення доступності такої допомоги [4, с.250]. Враховуючи те, що управління є цілеспрямованим процесом, що вирішує певні завдання, загальний

механізм управління ЗОЗ можна визначити як алгоритм чітких дій або кроків для вирішення конкретного проблемного питання чи ситуації.

Організація діяльності ЗОЗ набуває особливу значимість в умовах воєнного стану. Незважаючи на те, що за останні роки в Україні вдалося сформувати працюючу структуру органів управління СОЗ, проблеми розробки і впровадження ефективних методів управління в умовах війни залишаються недостатньо вирішеними. У зв'язку з цим вбачається необхідним розглянути методологічні підходи управління діяльністю ЗОЗ з урахуванням воєнного стану в Україні.

Сучасна література по організації медичної допомоги дозволяє виділити два основні підходи до управління СОЗ. Так, деякі автори під управлінням СОЗ розуміють органи або інститути, які визначають умови і форми прийняття організаційних рішень, а також містять елементи організації (планування, координацію, аналіз) і контролю [5;6;7]. Відповідно до концепції загальної теорії управляння СОЗ - це «цілеспрямований інформаційний вплив на об'єкти СОЗ (лікувально-профілактичні заклади, фармацевтичні установи, об'єднання лікарів тощо) з метою збереження і покращення рівня здоров'я населення або реалізації інших цілей у цій галузі» [8, с.150]. Керуюча сторона - органи управління СОЗ, керована - об'єкти управління (ЗОЗ, окремі працівники). Основу управлінської діяльності складають способи впливу керуючих на об'єкт управління.

Розглядаючи управління в СОЗ, необхідно мати на увазі два основні поняття: менеджмент і адміністрування. Традиційна державна модель управління пов'язана з адмініструванням, тоді як приватна - з менеджментом. Однак в останні часи у зв'язку з розвитком процесу переносу ідей і технологій менеджменту до державного сектору відбувається розмивання кордонів при використанні цих термінів, причому адміністрування все частіше замінюється менеджментом. У зарубіжній літературі з'явилося багато нових термінів, у тому числі, наприклад, «новий державний менеджмент» як вид діяльності,

спрямований на модернізацію, динамічну зміну державного сектору, новий стиль управління державними установами [8, с.155].

Необхідно мати на увазі, що і менеджмент, і адміністрування - це перекладені терміни. Термін, що традиційно використовується у вітчизняній практиці – «управління», на думку багатьох дослідників і на наш погляд, є тим поняттям, яке дозволяє охопити всю різноманітність явища, що аналізується і набуває особливу значимість в умовах зближення методів управління приватним і державним сектором.

Отже, спроби знайти спільний погляд з приводу розуміння ключових понять і категорій в теорії управління дуже потрібні, адже будь-які наукові пошуки втрачають сенс без чітко визначеного понятійного апарату, а саме таких ключових понять як «публічне управління» та «публічне адміністрування». Науковий дискус навколо цих термінів вже тривалий час не втрачає актуальності.

Аналіз основних публікацій з даної проблеми показав, що публічне адміністрування та публічне управління (англ. - public administration and public government) - це два різновиди управлінської діяльності публічної влади, завдяки якій держава та суспільство забезпечують самокерованість усієї суспільної системи та її розвиток у певному напрямку [8, с.45]. Тобто, дані терміни позначають два різні, хоча і взаємно доповнювані та тісно пов’язані між собою види управлінської діяльності, які потрібно розглядати у органічній єдності (рис.1.1).

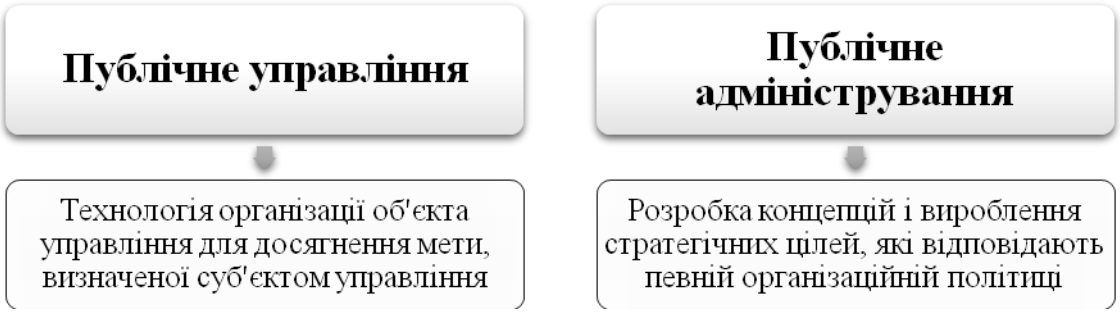


Рис.1.1 Співвідношення визначень «публічне управління» і «адміністрування»

Публічне управління - це галузь теорії та практики, яка зосереджена на внутрішній діяльності державних установ та є ключовою для публічного адміністрування. Основна задача менеджерів у публічному секторі зводиться до того, щоб «заохочувати працівників, а також представників широкої громадськості та окремих організацій працювати разом для досягнення результатів, на які вони, можливо, мають незначний безпосередній вплив, зважаючи на децентралізацію влади» [9, с.105]. Однією з ключових складових сучасної концепції публічного управління є децентралізація, що передбачає передачу повноважень та відповідальності від центральної державної влади на нижчі рівні управління, а також недержавному сектору [10].

Отже, головною метою публічного управління СОЗ є забезпечення гарантованого державою права громадян на медичну допомогу, створення прийнятних умов перебування в ЗОЗ, попередження захворювань та надання якісних, достатніх за обсягом медичних послуг. Унікальний характер СОЗ, як соціального і водночас особистого блага, підкреслює роль державного регулювання, яке є головним важелем ефективного публічного управління в медичній сфері.

Публічне адміністрування - це «вид організаційно-розпорядчої діяльності державних службовців і посадових осіб місцевого самоврядування, спрямованої на підготовку та впровадження публічно-управлінських рішень, управління персоналом, надання публічних послуг» [11, с.245]. Фактично публічна влада надає керівнику (посадовій особі, органу влади) можливість в межах узаконених актів застосовувати певні засоби адміністрування.

Таким чином, з проведеного аналізу різноманітних підходів до понять «публічне адміністрування» та «публічне управління» можна зробити висновок, що в публічному управлінні адміністрування є організаційно-розпорядчим методом та являє собою впорядковану діяльність органів державної влади й управління, яка є основою для їх взаємодії.

Всі підприємства незалежно від сфери діяльності стикаються з загальними проблемами у галузі публічного управління та адміністрування. На основі загальних закономірностей будуються конкретні методи такого управління залежно від умов, в рамках яких вони застосовуються. Не є виключенням і СОЗ, яка, як і інші соціально-економічні галузі, мають свою специфіку управління, обумовлену і особливим предметом діяльності, і соціальною спрямованістю функціонування системи.

По-перше, результатом діяльності ЗОЗ є послуга, що визначає специфічний характер взаємодії ЗОЗ із споживачами цих послуг: прямий контакт зі споживачем і залучення його до процесу надання послуги. При цьому пацієнти - основні елементи зовнішнього середовища для ЗОЗ, і кожну взаємодію з клієнтом можна розглядати як прямий контакт із зовнішнім середовищем. Важливо, що людина не є пасивним об'єктом, вона реагує на вплив, що на неї здійснюється, і тим самим є співучасником цього процесу [12, с.55]. Це, у свою чергу, відбивається у багатоваріантності технологій, що використовується в роботі з клієнтом, в принципово важливій ролі медичних працівників в процесі надання послуг. Звідси випливає складність оцінки якості і необхідності наданих медичних послуг і результатів діяльності ЗОЗ у цілому і праці їх співробітників зокрема, що ще у більшій ступені визначає особливості організації управління ЗОЗ.

По-друге, медичні послуги відносяться до соціальних послуг. Це означає, що, з однієї сторони, крім безпосереднього ефекту для споживача, вони мають і суспільний, соціальний ефект, а з іншої - суспільство визнає важливість одержання громадянами медичних послуг і свою роль у їх наданні. Не випадково у Конституціях багатьох розвинених країн, включаючи Україну, визнається право громадян на охорону здоров'я [13].

Таким чином, серед найбільш суттєвих ознак ЗОЗ, пов'язаних з характером їх діяльності і які здійснюють вплив на процес їх публічного управління та адміністрування, можна виділити наступні (рис.1.2).

Подібні характеристики притаманні установам і в інших сферах діяльності. У цьому сенсі ЗОЗ, може, і не є абсолютно унікальними структурами. Але особливість ЗОЗ полягає в тому, що для них характерні всі разом взяті перераховані ознаки, що, у свою чергу, призводить до більш інтенсивного їх прояву.

Особливості діяльності медичних установ	Складність визначення якості і вимірювання результатів роботи
	Висока спеціалізація основної діяльності, яка часто має терміновий і невідкладний характер
	Відсутність права на помилку і невизначеність
	Потреба у тісній координації роботи різних підрозділів
	Висока кваліфікація співробітників, більшість яких виступають як представники своїх професій
	Необхідність контролю зі сторони адміністрації ЗОЗ за діяльністю лікарів, які безпосередньо впливають на визначення обсягу робіт і витрат ЗОЗ
	Складність координації роботи і розподілу повноважень і відповідальності, пов'язані з подвійним підпорядкуванням, існуючим у багатьох ЗОЗ, особливо лікарнях

Рис.1.2 Ознаки ЗОЗ, які здійснюють вплив на процес їх публічного управління та адміністрування

Характерна особливість СОЗ - різноманіття суб’єктів, об’єктів і, відповідно, форм діяльності. Загальноприйнята класифікація виділяє три типи ЗОЗ, які відповідають трьом секторам сучасного суспільства (рис.1.3).

Далі в рамках нашого дослідження будемо розглядати особливості публічного управління та адміністрування некомерційних комунальних ЗОЗ, які формують так званий третій сектор суспільства. Цей термін з’явився у США у 70-ті рр.і повинен був відобразити той факт, що подібні установи розглядались як альтернатива і приватним, і державним установам з властивими їм недоліками. В некомерційних установах відданість цінностям, які здійснюються

через державний сектор, поєднується з гнучкістю та ефективністю, які вважаються атрибутами ринку [14, с.56].



Рис.1.3 Класифікація закладів СОЗ України

Державний сектор у СОЗ є галуззю, де втілюються колективні соціальні цінності, які не можуть бути адекватно реалізовані за його межами. Ці цінності визначаються не через ринок, а в ході суспільного розвитку і політичного процесу на основі обліку різноманітних соціальних і економічних інтересів суспільства. Державні ЗОЗ фінансуються за рахунок державного бюджету, надаючи послуги населенню або безкоштовно, або за плату, яка звичайно не перевищує собівартості.

Для здійснення подібних завдань необхідна особлива модель публічного управління та адміністрування, для якої характерно, що державні установи;

1. Підзвітні у своїх діях як законодавчим і виконавчим органам влади, так і суспільству у цілому, знаходяться під постійним впливом суспільства і засобів масової інформації.

2. Здійснюють єдиний підхід до клієнтів, необхідність якого визначається концепцією рівних прав громадян на охорону здоров’я.

3. Притримуються на регулярній основі певних процедур, закріплених відповідними законами та іншими нормативними актами.

4. Керуються у кадровій політиці принципами державної служби (порядок просування по службі, встановлення оплати праці, визначення рівнів відповідальності і повноважень тощо) [15, с.125].

Завдання полягає у тому, щоб використовуючи цю специфіку, виробити такі підходи до управління державними установами, які дозволять цьому сектору у сучасних умовах реалізовувати свій потенціал і можливість в досягненні цілей, які держава ставить перед СОЗ.

У числі принципових особливостей некомерційних установ необхідно відмітити такі як:

1. Функціонування на основі принципу добровільності, який полягає у тому, що некомерційні установи виникають як результат намірів їх засновників зайнятися на некомерційній основі певною діяльністю для вирішення тієї чи іншої соціальної проблеми. Створення таких установ здійснюється за рішенням засновників, які діють, виходячи з певної мотивації за власною ініціативою без будь-яких втручань зі сторони державних чи інших структур. Крім того, багато некомерційних установ часто залучають до виконання своїх завдань добровольців [16].

2. Некомерційні установи не ставлять за мету одержання прибутку та його розподіл між учасниками. При веденні комерційної діяльності, що в принципі їм не забороняється, одержані доходи можуть бути використані виключно в інтересах розвитку установи і досягнення поставлених цілей [16].

Особливості некомерційних установ відображаються у формах управління, методах взаємодії з державним і приватним сектором, у взаємодії між засновниками і управлінським персоналом тощо.

Необхідно відмітити, що некомерційні установи відрізняються значною різноманітністю, як в організаційних формах, так і в масштабах діяльності.

Некомерційні установи СОЗ, як і будь яка інші, вимагають застосування ряду методів впливу органу управління на суб’єкт. Методи публічного управління та адміністрування ЗОЗ, з однієї сторони, повинні базуватися на об’єктивному характері взаємодії учасників системи, з іншої - враховувати

специфічні особливості поведінки суб'єктів у даній сфері. У загальному вигляді можна виділити три основні групи публічного управління та адміністрування ЗОЗ (рис.1.4).

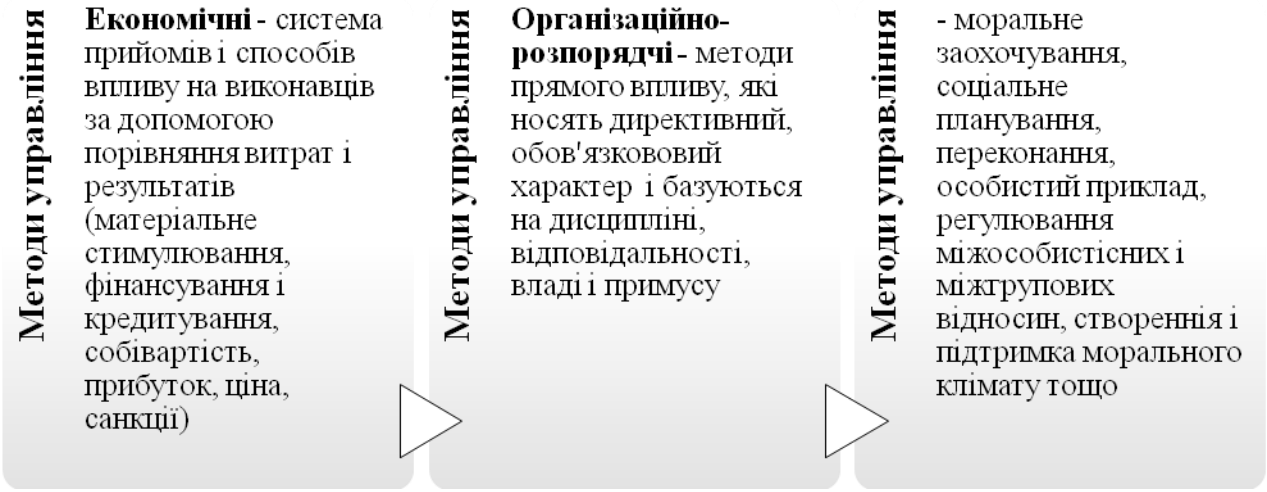


Рис.1.4 Основні групи методів публічного управління та адміністрування ЗОЗ

Так, у якості основних економічних методів управління ЗОЗ виступає система оплати медичних послуг, яка повинна відшкодовувати витрати ЗОЗ на надання медичної допомоги (далі - МД) і стимулювати адміністрацію ЗОЗ максимально ефективно використовувати фінансові і матеріальні ресурси [17, С.55]. Сучасна теорія управління ЗОЗ виділяє наступні системи оплати МД: кошторисне фінансування; оплата за відвідування (або за один ліжко-день); оплата окремих медичних послуг; оплата закінченого випадку; по-душеве фінансування (вважається найбільш прогресивним методом). Крім того, до економічних методів управління необхідно віднести і аналіз ефективності діяльності ЗОЗ, в основі якого - оцінка результатів діяльності на підставі економічних і соціальних показників [18].

До організаційних методів управління ЗОЗ відносяться організаційне проєктування; регламентування; нормування. Сутність організаційного проєктування полягає, головним чином, у встановленні особливих правил,

обов’язкових для виконання, які визначають зміст і порядок організації надання МД - стандарти ресурсної бази ЗОЗ, стандарти процесу діагностики і лікування, стандарти результатів лікування. Як вважають більшість організаторів СОЗ, саме розробка ефективних медичних стандартів є необхідною базою для реформування СОЗ в Україні [19, с.115].

Розпорядчі методи реалізуються у формі наказів, постанов, розпоряджень, інструктажу, команди, рекомендації тощо.

Соціально-психологічні методи управління ЗОЗ мають особливе значення у зв’язку з явною соціальною спрямованістю даної системи і високою часткою людської участі.

Крім зазначених, існують і специфічні підходи до організації системи публічного управління та адміністрування ЗОЗ, розроблені в останнє десятиліття: системний аналіз діяльності ЗОЗ, управління за допомогою інтегрованих систем, методи імітаційного моделювання, метод експертних оцінок тощо.

Разом з тим необхідно зазначити, що управління ЗОЗ, яке повинно ускладнюватися з розвитком самої системи надання медичних послуг, в Україні залишається у вигляді адміністративної моделі. Модифікації управління ЗОЗ останніх років не внесли кардинальних змін у застарілі підходи до менеджменту. Переважна частина управлінських методів, що використовуються у ЗОЗ, запозичені або з радянської моделі, або з інших галузей, тобто є неефективними і не відповідають основним завданням, що стоять перед СОЗ. У складі керівників ЗОЗ переважають управлінці колишньої формації, що мають достатній рівень професіоналізму, але не володіють, повною мірою, знаннями і технологіями сучасного менеджменту. Їх практична повсякденна діяльність будується на основі наявних особистісних якостей і управлінських навичок, отриманих дослідним шляхом [20, с. 11].

Аналіз стратегій реформування СОЗ, що успішно реалізуються в даний час у світі, показав, що вони мають багато спільного щодо завдань, які стоять перед органами управління СОЗ різних. Вибір стратегій значною мірою

залежить від національних умов, таких як здоров'я населення, рівень соціально-економічного розвитку суспільства, можливості держави фінансування галузі, ступінь розвитку ринкових відносин тощо. Шляхи реалізації розроблених стратегій значною мірою залежать від рівня управління. На державному рівні заходи орієнтовані на збереження здоров'я населення в цілому. На рівні галузі стратегії спрямовані на модернізацію самої СОЗ, а саме, зміну механізмів управління, фінансування та технологій надання медичних послуг. Кінцевою метою цих змін є підвищення ефективності діяльності СОЗ [21, с.110].

Основним напрямом удосконалення методології публічного управління та адміністрування ЗОЗ, на наш погляд, слід вважати інтеграцію класичних методів управління і орієнтацію на об'єкт, який включає елементи секторів СОЗ. З однієї сторони, це буде сприяти гнучкості управління, покращенню координації між секторами і більш оперативному впровадженню нових технологій, з іншої - зміні характеру діяльності у державних установах, зокрема, застосуванню досвіду роботи менеджерів приватних закладів у державних.

1.2 Вплив реформи децентралізації на механізми ефективного публічного управління у сфері медичного обслуговування населення

Європейський цивілізаційний вибір України було зроблено 21.03.2014 р., коли було підписано політичну частину Угоди про Асоціацію з ЄС, а 27.06.2014р. - економічну частину. Цим документом встановлено перелік вимог перед Україною задля подальшого повноправного членства у ЄС, основна з яких - децентралізація влади у рамках реформи місцевого самоврядування, що передбачало передачу повноважень та ресурсів від органів державної влади до органів місцевого самоврядування (далі – ОМС) та створення на даній основі об'єднаних територіальних громад [22;23].

Потрібно відмітити, що реалізація децентралізаційних підходів в Україні розпочалася у 2014 р. - власне, із підписанням Угоди про асоціацію з ЄС, зокрема, у сфері реалізації медичних, освітніх, соціальних та інших послуг на рівні ОМС. Задля цього ОМС був наданий відповідний обсяг повноважень та грошових коштів. Безпосереднє юридичне регулювання реформи децентралізації в Україні було здійснено Розпорядженням КМУ № 333-р від 01.04.2014 р. «Про схвалення Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні» [24]. Разом із даним правовим актом було сформовано План заходів щодо реалізації Концепції.

Концептуальним доповненням процесу децентралізації в умовах виконання положень Угоди про Асоціацію з ЄС був також ЗУ «Про засади державної регіональної політики» № 156-VIII мета якого - підтримка, планомірного розвитку та інфраструктурного забезпечення об'єднаних територіальних громад [25].

В умовах повномасштабної збройної агресії росії проти України від 24.02.2022 р. до Преамбули та ст. 1 даного Закону було внесено зміни - відтепер відновлення регіонів та територій дефініційовано як «конгломерацію організаційно-економічних важелів відновлення критичної, громадської та соціальної інфраструктури» [25], що виглядає особливо актуальним у зв'язку із отриманням Україною статусу кандидата на повноправного членства у ЄС від 23.06.2022 р.

Система та види повноважень ОМС визначені ЗУ «Про місцеве самоврядування в Україні», у тому числі у СОЗ, до яких відносить управління ЗОЗ, які належать територіальним громадам або передані їм, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення. «До делегованих повноважень ОМС відносяться забезпечення доступності і безоплатності медичного обслуговування на відповідній території, забезпечення розвитку всіх видів медичного обслуговування, розвитку і вдосконалення мережі лікувальних закладів усіх форм власності, визначення потреби та формування замовлень на

кадри для цих закладів, укладення договорів на підготовку спеціалістів, організація роботи щодо удосконалення кваліфікації кадрів» [26].

Необхідно відмітити, що в Україні, після проголошення незалежності, ще довгий час функціонувала радянська СОЗ, так звана «система Семашко», згідно з якою ЗОЗ отримували кошти відповідно до кількості лікарняних ліжок та площі інфраструктури, тобто незалежно від кількості і якості наданих медичних послуг [21, с.95]. Процес реформування власне СОЗ в Україні розпочався через 25 років від моменту здобуття незалежності, коли 30.11. 2016 р. КМУ було прийнято розпорядження №1013-р «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» [27], а 19.10. 2017 р. Верховною Радою був прийнятий ЗУ «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [28]. 27.12.2017 р. був створений головний орган фінансування в українській СОЗ – Національна служба здоров`я України (далі - НСЗУ) [29].

Основою сучасної української медичної реформи в галузі управління був вихід державних та комунальних медичних ЗОЗ з під впливу регіональних департаментів охорони здоров`я та їх перехід на самостійне планування, організацію та розвиток роботи медичного закладу. Основною відмінністю у фінансуванні ЗОЗ було покладено принцип «гроші йдуть за пацієнтом», тобто держава не фінансує кількість наявних ліжко-місць в установі, а проводить оплату медичним закладам через НСЗУ за фактично надані послуги, проліковані випадки, процедури, за готовність закладу надавати МД пацієнтам [30].

Отже, медична реформа є складовою попередньої реформи - адміністративної (децентралізації), в результаті якої відбувся перерозподіл повноважень між органами державної влади та ОМС. «Серед принципів, на яких базується медична реформа - децентралізація та делегування певних питань фінансування ЗОЗ територіальним громадам» [31, с.186]. При цьому такий спосіб організації СОЗ вже використовується у світовій практиці, зокрема, у СОЗ США існує модель децентралізованих відносин на засадах

державно-приватного партнерства, а у більшості країн ЄС СОЗ фінансується із суспільних фондів [32]. Даній система базується на принципі автономії ЗОЗ, а також делегуванні окремих функції з надання медичних послуг приватним установам При цьому формується система так звана система державно-приватного партнерства, яка відповідає основним засадам ЗУ «Про державно-приватне партнерство [33, с.118]. Так, держава, в особі органів виконавчої влади, вживає заходи щодо впроваження нових методів лікування, лікарських засобів тощо, а розробка програм, на основі яких створюються мережі ЗОЗ та здійснюється їх ресурсне забезпечення, відбувається на на місцевому рівні. Прикладом реалізації цих відносин є електронна СОЗ, яка складається з центральної бази даних (державна складова) та медичних інформаційних систем (приватна складова). Слід зазначити, що даний механізм є ще недостатньо розвиненим, серед причин такої ситуації - незавершеність медичної реформи, у тому числі через збройну агресію рф проти України [34].

Результати впливу реформи децентралізації на СОЗ стосуються того, що унаслідок реформування ЗОЗ змінили підпорядкування з бюджетного централізованого утримання до місцевого. Отже, на основі реформи децентралізації та медичної реформи всі ЗОЗ перейшли у власність місцевих громад, як комунальні некомерційні підприємства (далі – КНП). У цьому аспекті позитивним є те, що більшість свого бюджету ЗОЗ отримує не з місцевих бюджетів, а від НСЗУ, тобто гроші «йдуть за пацієнтом». Якщо ЗОЗ відповідає усім необхідним вимогам, то він укладає договір на надання медичних послуг з НСЗУ та отримує плату за надані медичні послуги. Таким чином, за рахунок договорів з НСЗУ покриваються витрати ЗОЗ на заробітну плату персоналу, а інші витрати (комунальні платежі, витрати на ремонт, на придбання обладнання, на розвиток тощо) - мають відшкодовуватися за рахунок коштів ЗОЗ чи місцевого бюджету. І цілком очевидно, що ЗОЗ тих громад, які не мають коштів на їх утримання, на інвестиції в нове обладнання тощо втрачають пацієнтів, що призводить до зростання конкуренції між ЗОЗ та лікарями.

Результати впливу реформи децентралізації на механізми ефективного публічного управління у сфері медичного обслуговування населення оцінимо за напрямами, де відбулися найбільші зміни та отримано певні результати:

– тенденції зміни кількості ЗОЗ в Україні;

– кількісна характеристика функціонування ЗОЗ в Україні.

Оцінку здійснимо на основі офіційних дані Міністерства охорони здоров'я України (далі – МОЗУ) та звітів НСЗУ за досліджувані роки, а також аналітичних оглядів.

Кількість ЗОЗ в Україні наведено у таблиці 1.1

Таблиця 1.1

Кількість ЗОЗ в Україні в 2014-2023 рр. [35]

	2014	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Обласні лікарні	24	25	25	25	25	25	25	24
Дитячі областні лікарні	27	27	27	28	27	27	25	24
Міські лікарні	281	303	293	283	284	417	436	467
Дитячі міські лікарні	59	57	54	49	47	43	41	36
Міські лікарні швидкої допомоги	13	13	13	13	13	13	13	13
Районні лікарні	91	82	82	80	75	65	54	43

Аналізуючи тенденції змін кількості ЗОЗ впродовж останніх 7 років, приходимо до висновку, що реформа децентралізації і медична реформа вплинула на їх діяльність. Узагальнені показники 2017-2023 рр. свідчать про наявність певних змін впродовж цього періоду. Так, кількість обласних лікарень та міських лікарень швидкої допомоги впродовж аналізованого періоду залишилась майже без змін. Незначні зміни відбулись у кількості обласних дитячих лікарень, а кількість міських дитячих лікарень постійно скорочується - від 59 у 2014 р. до 36 у 2024р. Стосовно кількості міських та районних лікарень, то вона значно змінилась - кількість міських лікарень збільшилась, а районних - зменшилась. Збільшення кількості міських лікарень пов'язано з тим, що внаслідок об'єднання територіальних громад міські громади зросли територіально шляхом приєднання до них приналежних

сільських територій. Проблема скорочення кількості районних лікарень пов’язана з другим етапом медичної реформи, тобто передачею цих лікарень на баланс об’єднаних територіальних громад, на території яких вони знаходяться. Однак, жодна така громада не має достатнього бюджету, який спроможний був би утримати настільки потужні заклади, оскільки потрібні кошти не тільки на оплату комунальних послуг, але й на розвиток ЗОЗ. Це створює реальну загрозу ліквідації значної частини районних лікарень.

Динаміку щодо тенденцій змін кількості ЗОЗ в Україні на дореформенному етапі (у 2014 р.) та післяреформенному періоді ілюструє рисунок 1.5.

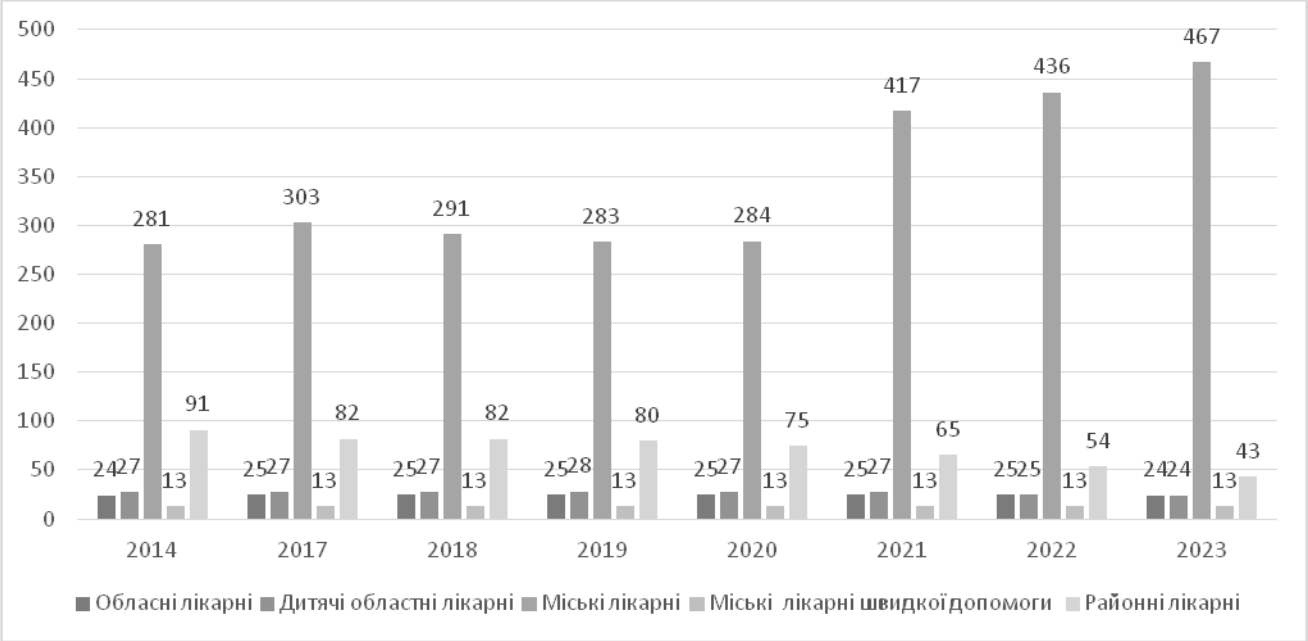


Рис.1.5 Динаміка кількості ЗОЗ в Україні на дореформенному та післяреформенному періоді

Кількісна характеристика функціонування основних ЗОЗ станом на 01.01.2024р. наведена у таблиці 1.2.

Так, станом на 01.01.2024 р. в Україні функціонувало 1022 ЗОЗ різного рівня. Як видно з таблиці, мережа ЗОЗ розміщена відносно рівномірно по областях України. Так, обласні лікарні та дитячі обласні лікарні розміщені в

середньому по 1 на область. Найбільша кількість серед усіх ЗОЗ в Україні - це міські лікарні (467 або майже 46%). В основному вони зосереджено у Львівській, Київській та Вінницькій областях, відповідно 29 та по 28 закладів, а найменша кількість знаходиться в Херсонській та Черкаській областях - по 4 заклади.

Таблиця 1.2

Характеристика мережі медичних закладів в Україні станом на 01.01.2024 р. [35]

Види медичних закладів	Обласні лікарні	Дитячі обласні лікарні	Міські лікарні	Дитячі міські лікарні	Міські лікарні швидкої допомоги	Районні лікарні	Пологові будинки	Спеціалізовані лікарні
АР Крим	0	1	0	0	0	0	0	0
Вінницька	1	0	28	0	1	0	0	9
Волинська	1	0	19	0	0	0	2	4
Дніпропетровська	1	1	27	3	2	12	2	12
Донецька	1	1	26	1	1	1	3	3
Житомирська	1	1	22	0	0	1	1	2
Закарпатська	1	1	14	1	0	4	1	6
Запорізька	1	1	8	1	1	0	4	2
Івано-Франківська	1	2	24	2	0	3	2	5
Київська	1	1	28	0	0	1	2	1
Кіровоградська	1	1	21	2	1	0	1	0
Луганська	1	2	5	0	0	0	0	1
Львівська	1	1	29	0	1	9	2	5
Миколаївська	1	1	7	1	1	0	1	4
Одеська	1	0	18	3	0	1	5	1
Полтавська	1	1	10	2	0	0	2	2
Рівненська	1	1	16	1	0	6	3	1
Сумська	1	1	18	2	0	0	2	1
Тернопільська	1	1	30	1	1	0	1	3
Харківська	1	1	31	4	1	1	7	6
Херсонська	1	1	4	0	0	3	1	2
Хмельницька	1	1	23	1	0	0	1	2
Черкаська	1	1	4	1	1	1	2	1
Чернівецька	1	1	13	1	1	0	1	0
Чернігівська	1	1	23	1	0	0	2	0
м. Київ	0	1	19	8	1	0	8	12
Україна	24	24	467	36	13	43	56	85

Кількість дитячих міських лікарень в Україні становить 36, але не в кожній області вони працюють. Так, наприклад у Вінницькій, Волинській,

Житомирській, Київській, Луганській, Херсонській та Львівській областях немає міських дитячих лікарень. Подібна ситуація спостерігається щодо міських лікарень швидкої допомоги, їх в Україні є тільки 13, тобто розміщені вони тільки в половині областей країни.

Особливого аналізу потребує питання розосередженості районних лікарень, оскільки саме їх статус у процесі реформи децентралізації є найскладнішим, оскільки, як вже зазначалося, райони не є суб'єктами утримання і фінансування цих лікарень, а їх підпорядкування змінюється на підпорядкування об'єднаних територіальних громад. Так, загальна кількість районних лікарень в Україні становить 43, проте вони розміщені не в усіх областях, а лише у 11, так як не усі з них можуть ефективно функціонувати на утриманні територіальних громад. Найбільше районних лікарень розміщено у Дніпропетровські області - 12 закладів, Львівській області - 9 закладів та Рівненській області - 6 закладів.

Також необхідно зупинитися на проблемах, які виникли у процесі функціонування ЗОЗ під впливом зовнішніх чинників. Так, пандемія COVID-19 та війна в нашій державі внесли свої корективи у фінансування ЗОЗ. Поширення COVID-19 викликало модифікацію та адаптацію потоків фінансування медичної СОЗ, оскільки виникла потреба впроваджувати нові медичні послуги, проводити організацію закупівель вакцин від вірусу тощо.

24 лютого 2022 р. в Україні розпочалась повномасштабна війна, яка, звичайно, не змогла пройти осторонь СОЗ. Руйнівні наслідки збройної агресії вплинули на інфраструктуру та кадрове забезпечення ЗОЗ. Значних пошкоджень зазнала медична інфраструктура областей, які були чи знаходяться під частковою окупацією. Наприклад, найбільш постраждалою є Луганська область (95% території області є окупованими), тому точних відомостей щодо стану ЗОЗ отримати неможливо [36].

Відбувається процес релокації ЗОЗ на території інших областей України. Наприклад, «з території Луганської області було переміщено до інших областей 37 ЗОЗ, здійснено працевлаштування персоналу та його фінансове забезпечення

через фінансування з НСЗУ. Для ефективного відновлення діяльності релокованих ЗОЗ на новому місці необхідні значні фінансові вкладення, до яких залучаються кошти державного та місцевих бюджетів, грантова та спонсорська допомога. При цьому МОЗУ рекомендовано більш детально визначити роль ОМС у фінансуванні медичних послуг та заохочувати їх приділяти більше уваги на фінансування конкретних місцевих потреб» [36]. Прийнято рішення про визначення особливостей фінансування ЗОЗ трьох категорій:

– які знаходяться на окупованих територіях;
– які релокованих в інші області України;
– які перебувають в зоні бойових дій.

Практична реалізація фінансування таких ЗОЗ поступово відьувається сьогодні, шляхом розробки та внесення змін до законодавства.

Наразі актуальною є розробка та впровадження так званого інтегрованого підходу до надання послуг з охорони здоров'я на рівні громади на принципах безперервності та якості. Даний підхід передбачає надання медичної допомоги населенню, а також забезпечення доступності медичних послуг у першу чергу у найбільш постраждалих від збройної агресії регіонах України. Це допоможе покращити інфраструктуру ЗОЗ: «відновити зруйновані заклади, підтримати їх необхідним обладнанням та знаннями й забезпечити доступність медичних послуг, розширюючи мережу мобільних медичних бригад і телемедицини для надання МД у віддалених та постраждалих регіонах» [37]. Прикладом реалізації такого інтегрованого підходу є, зокрема, програма «Доступні ліки», у межах якої створені мобільні амбулаторії та аптечні пункти майже в усіх регіонах України.

«До реалізації заходів з підтримки реформ СОЗ в Україні наразі долучені Місія Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) в Україні, представництво ВООЗ в Україні, представництво Світового банку в Україні, проєкти міжнародної технічної допомоги, зокрема Проєкт USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» та інші» [38, с.420].

Децентралізаційна реформа в межах забезпечення дотримання прав громадян щодо надання МД в рамках змін медичної моделі має на меті додержання таких підходів, які б враховували перетинання інтересів регіонів, а також інтересів національного масштабу для забезпечення населення медичними послугами належної якості, що передбачає формування відповідного інституційного та ресурсного базису для підтримання діяльності та подальшого розвитку медичної сфери. Одним із таких підходів є виокремлення госпітальних округів, які виступили у якості засобу фізичної та часової близькості медичного обслуговування до окремого індивіда та забезпечили підвищення якості послуг охорони здоров'я [38, с.425]. Відповідно до Постанови КМУ № 174 [39] в рамках медичної реформи і реформи децентралізації було створено госпітальні округи з особливими умовами:

– час доїзду до багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування не перевищує 60 хвилин;

– зона обслуговування відповідає радіусу 60-ти км. (при умові доріг із твердим покриттям).

Це вимагає забезпечення належної інфраструктури, комунального транспорту, а також високоякісних доріг, що має бути виконано в рамках реформи децентралізації.

Також передбачається створення госпітальних рад, до складу яких увійдуть представники обласного центру, районів та об'єднаних територіальних громад, призначені відповідною місцевою радою для роботи в цих радах. Завданням цих рад є координація дій та підготовка пропозицій і надання рекомендацій, що стосуються національної політики в СОЗ на рівні госпітальних округів, а також організації і фінансування медичних послуг у цих округах [40]. Оскільки члени госпітальних рад є представниками виборних та інших органів територіальних громад - створюються передумови для надання громадянам вторинної медичної допомоги високої якості.

Зауважимо, що відповідно до даної постанови, важливу роль у створенні та подальшому функціонуванні госпітальних округів відіграють поєднання

можливостей наявних комунальних ЗОЗ, а також приватного сектору, тобто підприємців, які у визначеному законом порядку здійснюють медичне обслуговування населення та мають певні потужності, що дозволяють забезпечувати населення безперервною, якісною та комплексною МД, враховуючи особливості демографічного розселення людей в конкретному регіоні. Підкреслимо, що така система базується на засадах кластеризації, що визначає певні межі регіонального медичного простору за рахунок поєднання зусиль приватного і публічного секторів щодо надання населенню регіону вторинної та екстреної МД за рахунок концентрації наявних матеріальних, кадрових, інвестиційних та технічних ресурсів [39].

Доцільно врахувати, що соціальна та економічна ефективність функціонування госпітальних округів потребує вироблення дієвого управлінського механізму для їх розвитку. Тому, для досягнення основної мети створення госпітальних округів, необхідно забезпечити взаємоузгодження завдань медичної реформи та процесів децентралізації, що перш за все спрямована на формування ефективної моделі стосовно забезпечення населення МД на основі співпраці ОМС та державних органів влади. До того ж використання потенціалу регіонів сприятиме удосконаленню СОЗ в регіонах за рахунок розширення можливостей допомоги ОМС медичній галузі.

Отже, реформа децентралізації значною мірою вплинула і на СОЗ України, і на механізми ефективного публічного управління у цій сфері. Так, структура ЗОЗ поступово змінюється, особливо це стосується районних лікарень, оскільки утримання їх для територіальних громад є доволі складним. Реформа децентралізації з можливістю вільного вибору пацієнтами лікарів та ЗОЗ призвела до зростання конкуренції між ЗОЗ. При цьому і у подальшому збільшуватиметься попит на медичні послуги у тих ЗОЗ, де є кращий рівень матеріально-технічного забезпечення та якості обслуговування. У той же час активно продовжується впровадження медичної реформи, що теж зумовлює значні зміни в організації управління роботою ЗОЗ.

Медична реформа в той же час виступає складовим елементом реформи децентралізації в Україні. У тойже час і медична реформа, і реформи децентралізації стикається з низкою проблем, які здійснюють негативний вплив на ефективність діяльності СОЗ. Це, зокрема, інфраструктурні проблеми, слабка взаємодія між центральними органами влади та ОМС, фінансові диспропорції в громадах, кадровий дефіцит, відсутність належного контролю за якістю надання медичних послуг, а також ризики їх доступності (особливо в умовах воєнного стану). Вирішення зазначених проблем повинно відбуватися на основі законодавчого врегулювання відносин між центральними органами влади та ОМС, визначення заходів контролю та відповідальності Також цьому сприятимуть заходи щодо оптимізації управлінських процесів у СОЗ, зокрема:

– розмежування повноважень центральними органами влади та ОМС для уникнення дублювання їх функцій, що сприятиме підвищенню ефективності публічного управління ЗОЗ;

– запровадження єдиних стандартів для всіх рівнів надання медичних послуг, що призведе до кращої координації між первинною, вторинною та третинною ланками медичної допомоги;

– вдосконалення системи контролю та моніторингу якості надання медичних послуг шляхом використання цифрових технологій, зокрема, електронних систем управління медичними послугами, що дозволить оперативно реагувати на проблеми в діяльності ЗОЗ;

–залучення громади до процесу прийняття рішень у СОЗ та підтримка громадських ініціатив;

– реалізація довгострокових інвестиційних програм для модернізації ЗОЗ, зокрема, в сільських і віддалених регіонах.

Безумовно, війна внесла свої корективи в реалізацію як медичної реформи, так і реформи децентралізації. На даний час вони фактично не втілюються у Донецькій та Луганській областях, на окупованих частинах та районах активних бойових дій інших областей України, на території АР Крим.

Однак, після деокупації та стабілізації ситуації реформування буде розповсюджено і на ці території.

Безумовно, війна внесла свої корективи в реалізацію як медичної реформи, так і реформи децентралізації. Так, наразі вони фактично не втілюються у Донецькій та Луганській областях, на окупованих частинах та районах активних бойових дій інших областей України, на території АР Крим. Однак, після деокупації та стабілізації ситуації реформування буде розповсюджено і на ці території.

1.3. Законодавче забезпечення публічного управління закладами охорони здоров'я

Враховуючи розширення повноважень, зростання можливостей та відповідальності ОМС суттєвим та важливим є ефективне функціонування СОЗ на місцевому рівні. Саме тому питання відповідальності, підзвітності, розподілу та реалізації повноважень в СОЗ потребують зважених управлінських рішень, що можливо лише на основі удосконалення правового регулювання публічного управління ЗОЗ. Усю чинну нормативно-правову базу правового регулювання публічного управління ЗОЗ можна поділити на види, до яких належать такі документи (рис. 1.6).

В першу чергу потрібно згадати Конституцію України, стаття 49 якої гарантує право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування [2]. Конституція засвідчує, що на рівні держави повинні існувати «умови, достатні для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. В Україні медична допомога у державних і комунальних ЗОЗ надається безоплатно і відповідно до законодавства не можна скорочувати існуючу мережу таких закладів».

Стаття 43 Конституції України надає можливість визначити зв'язок місцевого самоврядування з державою саме через визначення системи повноважень - ОМС законом «можуть надаватися окремі повноваження органів

виконавчої влади і стан їх реалізації контролюється відповідними органами виконавчої влади» [2].

Поряд із Конституцією України варто згадати ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я», який визначає права громадян на охорону здоров'я (ст. 6), регулює суспільні відносини у цій галузі з «метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості» [1].



Рис.1.6 Система нормативно-правового регулювання публічного управління ЗОЗ

У статті 3 Основ надається визначення госпітального округу – «територія, у межах якої забезпечується надання якісної, комплексної, безперервної і орієнтованої на пацієнтів медичної та реабілітаційної допомоги шляхом організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я. Мета створення госпітального округу - забезпечення територіальної доступності якісної медичної допомоги населенню» [1].

Участь громадськості в СОЗ закріплена статтею 24 Основ, якою встановлено, що «державні органи, заклади охорони здоров'я зобов'язані сприяти реалізації права громадян на участь в управлінні охороною здоров'я» [1]. Така участь «забезпечується шляхом створення наглядових рад з обов'язковим залученням представників громадськості та опікунських рад. Наглядова рада створюється за рішенням власника або уповноваженого ним органу та повинна лобіювати інтереси ЗОЗ у місцевих радах. Наглядові ради є обов'язковими для державних та комунальних ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу та мають підписані договори з НСЗУ» [1].

Система та види повноважень ОМС у СОЗ визначені ЗУ «Про місцеве самоврядування в Україні», який виділяє власні та делеговані повноваження ОМС у цій сфері [26]. Базовим законом для трансформації СОЗ та зміни ролі місцевого самоврядування щодо регулювання цієї сфери з урахуванням засад децентралізації є ЗУ «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [28].

Також до нормативних актів, які регулюють відносини публічного управління у СОЗ, потрібно віднести Цивільний кодекс України, у якому регламентовано право на охорону здоров'я. Так, у ст. 283 Цивільного кодексу зазначено, що «охорона здоров'я забезпечується системною діяльністю державних та інших організацій, передбаченою Конституцією України» [41].

З 01.10. 2023 року набрав чинності ЗУ «Про систему громадського здоров'я», яким встановлені повноваження та підзвітність ОМС в галузі громадського здоров'я (Ст. 13, 41, 44) [42]. Важливо, що зазначений Закон серед основних принципів системи громадського здоров'я виокремлює принцип

участі та відповідальності - «залучення суспільства до реалізації оперативних функцій громадського здоров'я, здійснення заходів та взаємна відповідальність особи і держави за дії або бездіяльність у сфері громадського здоров'я» [42]. Закон чітко визначає повноваження центральних органів виконавчої влади, які забезпечують формування державної політики у СОЗ та ОМС. Це передбачає наявність відносин державно-приватного партнерства задля координації та спільної діяльності органів державної влади та ОМС у сфері громадського здоров'я.

Правовими засадами формування спроможної мережі лікарень, з урахуванням умов воєнного стану, виступають ЗУ «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» [43] та Постанова КМУ «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» [44]. Спроможна мережа ЗОЗ визначається як «мережа надавачів медичних послуг, що забезпечує медичне обслуговування у межах відповідного госпітального округу, зокрема під час надзвичайних ситуацій, надзвичайного чи воєнного стану, та дає змогу організувати належну якість такого обслуговування, своєчасність та доступність для населення, а також ефективне икористання матеріальних, трудових та інших ресурсів» [44]. Даною Постановою також був затверджений «Порядок функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж» [39]. Так, у межах госпітального округу визначаються опорні ЗОЗ. Госпітальний округ територіально не співпадає з областю та поділяється на кластери, лікарні, що знаходяться у госпітальному окрузі (надкластерні, кластерні та загальні). Встановлено, що «обласні державні адміністрації з урахуванням позицій усіх територіальних громад, які входять до складу району, та за умови задоволення потреб населення відповідно до мінімального (базового) переліку напрямів медичного обслуговування можуть визначити заклад, що розташовується в іншому населеному пункті району» [39]. Наразі МОЗУ були оприлюднені переліки ЗОЗ, які увійшли до спроможної мережі 19 госпітальних округів.

Повноваження місцевої влади розповсюджуються і на мережу госпітальних округів, бо саме місцева влада ініціює перед урядом затвердження меж такого округу. ОМС подають пропозиції до плану розвитку госпітального округу обласним держадміністраціям на рівні відповідних госпітальних кластерів. План розвитку госпітального округу доводиться до відома ОМС відповідного госпітального округу для обов'язкового врахування під час прийняття рішення щодо створення, реорганізації чи перепрофілювання ЗОЗ [39].

Окремої уваги заслуговує низка документів, затверджених КМУ, а саме Концепція розвитку системи Громадського здоров'я, Концепція реформи Фінансування охорони здоров'я та Концепція реформування механізму Публічних закупівель медичних препаратів та медичного обладнання [45 с.55,]. Ці Концепції формують напрямок переформування СОЗ та впливають на розвиток і вдосконалення суміжних сфер. Також вони передбачають утворення регіональних структур громадського здоров'я (комунальних закладів, установ та підприємств), розширення можливостей реагування на комплексні потреби регіональних замовників у сфері публічних закупівель медичних препаратів та медичного обладнання та їх впровадження в закупівельних організаціях .

Варто згадати і деякі інші основні законодавчі акти, які регулюють СОЗ в Україні. Це, зокрема, ЗУ «Про лікарські засоби», «Про психіатричну допомогу», «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз», «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту та соціальний захист населення», «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» та інші законодавчі акти, прийняті відповідно до них [46, с.205].

Особливу групу правового регулювання діяльності ЗОЗ складають нормативно-правові акти цих закладів. Так, інформаційно-аналітичною основою управлінських процедур ЗОЗ є медична документація, яку прийнято поділяти на дві взаємопов'язані групи, це:

а) Інструкції, узагальнення та роз'яснення, зазвичай рекомендовані вищим керівництвом ЗОЗ, а також документи, отримані від інших СОЗ або організацій, що виступають контрагентами на ринку медичних послуг, про необхідність вжиття спільних заходів для вирішення певного кола питань, що надходять від юридичних осіб та населення, зокрема, скарг, заяв та пропозицій.

б) Внутрішні документи, що створюються в ЗОЗ різних форм власності. документи, що діють у межах закладу, та зовнішні документи, що надсилаються у відповідь на звернення чи скарги громадян або юридичних осіб [47, с.124].

Крім того, усі медичні документи в ЗОЗ можна поділити на дві групи, а саме:

– затверджені документи: до них належать журнали, медичні форми та бланки, затверджені на національному рівні, зокрема МОЗУ;

- незатверджені документи, тобто документи, які не затверджені Міністерством або іншими офіційними органами, але використовуються в ЗОЗ, коли вони вважаються необхідними керівництвом або значно полегшують роботу працівників [47, с.130].

Залежно від функціональних особливостей, медичні документи можна поділити на обліково-звітні та обліково-зберігаючі. Крім того, існують первинні медичні документи, спрямовані на документування процесу лікування та діагностики, які містять дані про стан пацієнта, дії медичних працівників для вирішення проблем, методики, що застосовуються в процесі лікування, використані матеріали тощо.

Коли мова йде про управління ЗОЗ в процесі надання МД, то інструментом в цьому випадку є локальний протокол, підготовчі процедури якого затверджуються відповідними наказами МОЗУ. У разі, якщо вже затверджений уніфікований клінічний протокол, внесений до Реєстру медико-технічних документів, директор ЗОЗ повинен дати розпорядження про створення робочої групи з підготовки локального протоколу протягом трьох місяців. Слід зазначити, що на сьогодні існує розгалужена система уніфікованих клінічних протоколів, які можуть бути адаптовані до діяльності ЗОЗ із

залученням фахівців різних спеціальностей, незалежно від його форми власності та порядку надання МД. Тому ці протоколи мають слугувати основою для розробки локальних протоколів у ЗОЗ [48].

Локальні протоколи включають всі заходи, визначені в уніфікованих клінічних протоколах, за умови, що ЗОЗ мають ресурси для їх виконання. Якщо існують відмінності між заходами лікування, описаними в протоколі, та тими, що застосовуються в ЗОЗ, робоча група повинна внести відповідні зміни до ключових розділів протоколу та письмово пояснити необхідність таких змін. При цьому ЗОЗ зобов'язані узгоджувати протоколи, які вони розробляють та адаптують, з національною адміністрацією медичного регіону, щоб ця адміністрація могла виконувати функцію координації діяльності ЗОЗ на підзвітній території [49, с.30].

Що стосується нормативно-правового регулювання юридичної діяльності у сфері управління ЗОЗ, то її основні положення наведені у таблиці 1.3.

Таблиця 1.3

Правові документи, що визначають юридичні основи публічного управління та адміністрування функціонування ЗОЗ

Назва нормативного акту	Характеристика
ЗУ «Про автономізацію медичних установ» (законопроєкт) [50]	Вперше визначене поняття «послуги з медичного обслуговування населення» як одиниця вартості
ЗУ «Про державні фінансові гарантії щодо надання медичних послуг та лікарських засобів» № 6327 [28]	Інституціоналізує принцип «гроші ідуть за пацієнтом», запровадження нової моделі фінансування СОЗ, яка передбачає чіткі зрозумілі гарантії держави щодо МД, кращий фінансовий захист для громадян у випадку хвороби, ефективний та справедливий розподіл публічних ресурсів та скорочення неформальних платежів
Наказ МОЗУ «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні» [51]	Передбачає вектор постійного підвищення якості медичних послуг, інструментом адміністрування ефективності цього процесу є клінічний аудит

Важливим внутрішнім нормативним актом регулювання діяльності ЗОЗ є колективний договір, де відображаються всі питання, що стосуються оплати праці, норм праці, доплат, надбавок, премій, винагород та інших складових системи мотивації працівників ЗОЗ. Колективні договори регулюються законодавством і укладаються на основі гарантій, передбачених галузевими, регіональними та генеральною угодами [52].

Якщо колективний договір у ЗОЗ не укладено, роботодавець повинен узгодити це з профспілкою або об'єднанням, уповноваженим представляти інтереси більшості працівників ЗОЗ, або, за відсутності профспілки, з іншою організацією чи представником. У цьому випадку важливо, щоб адміністративна система надавала можливість удосконалювати оплату праці з метою реагування на коливання фінансових ресурсів та рівень конкуренції на ринку медичних послуг. Мотиваційна функція оплати праці в реформованих ЗОЗ має ґрунтуватися на особистій зацікавленості лікарів у підвищенні ефективності своєї роботи. Тому при визначенні заробітної плати та інших доплат має враховуватися кількість пацієнтів, які обирають конкретного лікаря на первинній ланці МД, та кількість пацієнтів, за яких фахівець несе відповідальність у процесі своєї діяльності [53, с.55].

Слід зазначити, що основна частина заробітної плати має бути пов'язана з виконанням індивідуальної трудової діяльності з урахуванням особистих характеристик, якостей та досягнень кожного медичного працівника, а додаткова частина - з кінцевою ефективністю роботи ЗОЗ. Тому керівники ЗОЗ повинні дотримуватися гарантій в оплаті праці, визначених у нормативно-правових актах, зокрема мінімальної заробітної плати [53, с.56].

Варто також зазначити, що ОМС фінансують програми регіонального розвитку та підтримують ЗОЗ, особливо в частині підвищення заробітної плати медичним працівникам. Крім того, з метою підвищення якості медичних послуг у сільській місцевості ОМС можуть пропонувати пакети стимулів для заохочення та залучення кваліфікованих медичних працівників до роботи в таких населених пунктах.

Отже, у відповідності до сучасного законодавства, публічне управління СОЗ України будується відповідно із загальними принципами державного управління і місцевого самоврядування. Основами законодавства України про охорону здоров'я громадян юридично закріплені рівні управління СОЗ і сфера їх компетенції. У відповідності з діючим законодавством управління СОЗ здійснюється на наступних рівнях: державному та місцевому.

До державного рівня відносять МОЗУ, а також лікувально-профілактичні та науково-дослідні установи, освітні заклади, фармацевтичні підприємства, аптечні установи, санітарно-профілактичні установи, установи судово-медичної експертизи, служби матеріально-технічного забезпечення, підприємства по виробництву медичних препаратів і техніки тощо, які знаходяться у державній власності [54, с.15].

До місцевого рівня відносяться місцеві органи управління, лікувально-профілактичні та науково-дослідні установи, фармацевтичні підприємства, аптечні установи, установи судово-медичної експертизи, освітні заклади, які знаходяться у комунальній власності. Незважаючи на місцеве підпорядкування, їх діяльність також регламентується МОЗУ інші ОМС [54, с.16].

Окремо у даній класифікації виділяють приватні ЗОЗ: лікувально-профілактичні і аптечні установи, майно яких знаходиться у приватній власності, а також осіб, що займаються приватною медичною практикою і приватною фармацевтичною діяльністю. Фінансування в цій системі здійснюється за рахунок приватних підприємств, організації, установ, а також фізичних осіб [54, с.16].

Отже, в Україні на даний час склалася певна законодавчо оформлена схема розподілу предметів ведення, повноважень і відповідальності управління у СОЗ між рівнями влади як основа для проведення регіональної політики. Ця схема спирається на Конституцію України, систему державних законів, що регулюють правовідносини як безпосередньо в СОЗ, так і в інших галузях, перш за все у бюджетній і податковій сферах. Головна особливість цієї схеми полягає у тому, що державний рівень управління може делегувати свої повноваження на адміністративно-територіальний рівень відносно тієї частини власності, яка знаходиться на цій території. Іншими словами, головною об'єктивною причиною

децентралізації управління, у тому числі у СОЗ, є перерозподіл предметів ведення (власності) і обсягів фінансування на користь місцевих структур.

Основу державної політики в СОЗ формує Верховна Рада України відповідно до чинного законодавства. Формування такої політики здійснюється закріпленням конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначенням її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановленням нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створенням відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердженням загальнодержавних програм у СОЗ. Реалізація державної політики охорони здоров'я, особисту відповідальність за яку несе Президент України, покладена на органи державної виконавчої влади. На регіональному рівні СОЗ регулюється як законодавчими та нормативними актами, які мають загальнодержавне значення, так і підзаконними нормативними документами, які приймаються ОМС і стосуються підвідомчого їм регіону [55].

Разом з тим на основі проведеного аналізу законодавчої та нормативно-правової бази можна зробити висновок, що СОЗ в цілому та діяльність комунальних ЗОЗ має недостатнє регулювання та містить низку недоліків. До таких недоліків ми можемо віднести:

− галузеві закони України у СОЗ не є законами прямої дії, оскільки вони не визначають реальних механізмів їх реалізації. Вважається, що це буде зроблено в підзаконних актах, але на практиці часто використовуються різні роз'яснення, інформаційні листи тощо, які взагалі не є нормативно-правовими актами;

− безліч нормативно-правових актів різного рівня, які присвячені одному питанню, не завжди трактуються однаково. Крім того, недоступність їх усіх у комплексі істотно ускладнює управління галуззю, вносить певні протиріччя;

− дуже часто у процесі трактування положень закону в підзаконних актах допускаються перекручування;

− велика кількість нормативно-правових актів не дозволяє відслідувати всі правові прогалини і протиріччя;

− відсутність галузевого законодавства й відомчих галузевих нормативно-правових актів на місцях, прийняття локальних актів і розпоряджень, які найчастіше розширюють і спотворюють галузеве законодавство, значно ускладнює управління СОЗ;

− відсутність єдиного загального законодавчого акта у СОЗ (так, одні питання регламентуються ЗУ, інші - указами Президента України, треті - постановами КМУ, четверті - постановами й наказами МОЗУ, п'яті являють собою неопубліковані накази МОЗУ тощо), доступного не тільки керівникам ЗОЗ, медичним працівникам, але й населенню, ускладнює надання МД.

Таким чином, з однієї сторони, політика децентралізації у СОЗ відображає характер державної регіональної політики, яка формується під впливом економічних і соціальних вимог територій. З іншої сторони, наявність багатьох сторін, які приймають участь у формуванні і проведенні державної політики у СОЗ, нерідко призводить до розпорошення зусиль, намаганню переслідувати особисті інтереси на шкоду інтересам держави.

До інших проблем публічного управління СОЗ на регіональному рівні слід віднести:

– розрив адміністративної вертикалі управління СОЗ, що є наслідком прийняття законодавства про місцеве самоврядування і знайшло прояв, у першу чергу, в повному підпорядкуванні комунальних ЗОЗ місцевим адміністраціям і передачі останнім відповідальності по їх фінансуванню;

– недостатність у державних органів управління СОЗ економічних важелів впливу на місцеві органи управління;

– недостатність механізму спільного управління у СОЗ державними і місцевими органами влади, що надає можливість ОМС приймати популісткі рішення, виходячи з політичних інтересів, а не міркувань економічної доцільності;

– роз'єднаність форм контролю ефективності діяльності ЗОЗ;

– відсутність системи моніторингу задоволеності клієнтів обсягом і якістю наданих медичних послуг. Без зворотнього зв’язку з реальним замовником важко досягти суттєвого покращення якості послуг;

– відсутність координації у питаннях організації медичного обслуговування між відомствами, які мають власну мережу ЗОЗ, і ОМС, що знижує роль відомчих ЗОЗ в реалізації програми медичних гарантій, призводить до дублювання вузькопрофільних і спеціалізованих відділень;

– відсутність ефективних механізмів контролю якості МД, яка надається ЗОЗ, зокрема, приватними.

Таким чином, поява нових і невирішеність «старих» проблем викликає необхідність удосконалення методів нормативно-правового регулювання публічного управління ЗОЗ як на державному, так і на територіальному рівнях.

Висновки до розділу 1

На основі розгляду теоретичних основ публічного управління ЗОЗ можна зробити наступні висновки:

1. Розглядаючи СОЗ як об'єкт управління, зроблено висновок, що вона являє собою, з однієї сторони, діяльність держави, а з іншої - систему соціально-економічних, медико-санітарних заходів, які здійснюються ЗОЗ, загальний механізм управління якими визначено як алгоритм чітких дій або кроків для вирішення конкретного проблемного питання чи ситуації. Аналіз основних публікацій з даної проблеми показав, що публічне адміністрування та публічне управління позначають два різні, хоча і взаємно доповнювані та тісно пов’язані між собою види управлінської діяльності, які потрібно розглядати у органічній єдності. З проведеного аналізу різноманітних підходів до цих понять зроблено висновок, що в публічному управлінні адміністрування є організаційно-розпорядчим методом та являє собою впорядковану діяльність органів державної влади й управління, яка є основою для їх взаємодії.

Розглянута специфіка управління у СОЗ, обумовлена і особливим предметом діяльності, і соціальною спрямованістю функціонування ЗОЗ. Встановлено, що завдання публічного управління полягає у тому, щоб використовуючи цю специфіку, виробити такі підходи до управління ЗОЗ, які дозволять цьому сектору у сучасних умовах реалізовувати свій потенціал і можливість в досягненні цілей, які держава ставить перед СОЗ. Наголошено, що управління ЗОЗ, яке повинно ускладнюватися з розвитком самої системи надання медичних послуг, в Україні залишається у вигляді адміністративної моделі. Переважна частина управлінських методів, що використовуються у ЗОЗ, запозичені або з радянської моделі, або з інших галузей, тобто є неефективними і не відповідають основним завданням, що стоять перед СОЗ.

2. Досліджений вплив реформи децентралізації на механізми ефективного публічного управління у сфері медичного обслуговування населення. Встановлено, що реалізація децентралізаційних підходів в Україні розпочалася у 2014 р. - із підписанням Угоди про асоціацію з ЄС, зокрема, у сфері реалізації медичних, освітніх, соціальних та інших послуг на рівні ОМС. Задля цього ОМС був наданий відповідний обсяг повноважень та грошових коштів. Основою сучасної української медичної реформи в галузі управління є вихід державних та комунальних медичних ЗОЗ з під впливу регіональних департаментів охорони здоров`я та їх перехід на самостійне планування, організацію та розвиток. Отже, медична реформа є складовою попередньої реформи - адміністративної (децентралізації), в результаті якої відбувся перерозподіл повноважень та фінансування між органами державної влади та ОМС. Результати впливу реформи децентралізації на механізми ефективного публічного управління у сфері медичного обслуговування населення оцінено за напрямами, де відбулися найбільші зміни та отримано певні результати: - тенденції зміни кількості ЗОЗ та кількісна характеристика їх функціонування .

3. На підставі розгляду законодавчого забезпечення публічного управління ЗОЗ виявлено, що СОЗ в цілому та діяльність ЗОЗ має недостатнє регулювання та містить низку недоліків. З однієї сторони, політика

децентралізації у СОЗ відображає характер державної регіональної політики, яка формується під впливом економічних і соціальних вимог територій. З іншої сторони, наявність багатьох сторін, які приймають участь у формуванні і проведенні державної політики у СОЗ, нерідко призводить до розпорошення конодавчого забезпечення публічного управління, намаганню переслідувати особисті інтереси на шкоду інтересам держави. Таким чином, поява нових і невирішеність «старих» проблем викликає необхідність удосконалення методів нормативно-правового регулювання публічного управління ЗОЗ як на державному, так і на територіальному рівнях.

РОЗДІЛ 2
АНАЛІЗ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ПРИКЛАДІ ЗАПОРІЗЬКОЇ ІНФЕКЦІЙНОЇ ЛІКАРНІ

2.1 Аналіз організаційного забезпечення публічного управління закладами охорони здоров'я Запорізької області

Для дослідження трансформації організаційного забезпечення публічного управління ЗОЗ на регіональному рівні, зокрема, у Запорізькій області, спочатку розглянемо спроможну мережу ЗОЗ, яка є об'єктом управління (табл.2.1).

Таблиця 2.1

Мережа закладів охорони здоров'я Запорізької області (*на підконтрольній Україні території)* [35;56]

Заклади	2021 р.		2022 рік		2023 р.		Відхилення 2023/2021	
	Кіль. закл.	Кіль. ліжок	Кіль. закл.	Кіль. ліжок	Кіль. закл.	Кіль. ліжок	Кіль. закл.	Кіль. ліжок
Всього	**49**	**9207**	**30**	**5912**	**27**	**5914**	**-22**	**-3293**
1. Обласні лікарні	1	538	1	682	1	684	-	-146
2. Дитячі обласні лікарні	1	300	1	300	1	300	-	-
3. Міські лікарні	15	4129	9	2183	8	2293	-7	-1836
4. Дитячі міські лікарні	2	465	2	465	1	385	-1	-80
5. Міські лікарні швидкої допомоги	1	710	1	590	1	560	-	-150
6. Госпіталі ветеранів війни	1	90	1	90	1	90	-	-
7. Спеціалізовані лікарні	2	253	2	253	2	253	-	-
8. Інфекційні лікарні	1	217	1	217	1	217	-	-
9. Інші лікарні	1	36	1	36	1	36	-	-
10. Центри реабілітації	18	1815	5	532	5	532	-13	-1283
11. Пологові будинки	5	494	4	404	4	404	-1	-90

Продовження табл. 2.1

12. Клініки науково-дослідних установ	1	160	1	160	1	160	-	-

Як бачимо з таблиці 2.1, у 2023р. порівняно з 2021 р. мережа ЗОЗ Запорізької області скоротилась на 22 одиниці, або майже на 45%, а стосовно кількості ліжок - на 3293 одиниці або майже на 36%. Найбільше скорочення кількості відбулося по центрам реабілітації (на 13 одиниць та на 1283 ліжка, по міським лікарням - на 7 одиниць та на 1837 ліжок. Цей процес ілюструє рисунок 2.1.

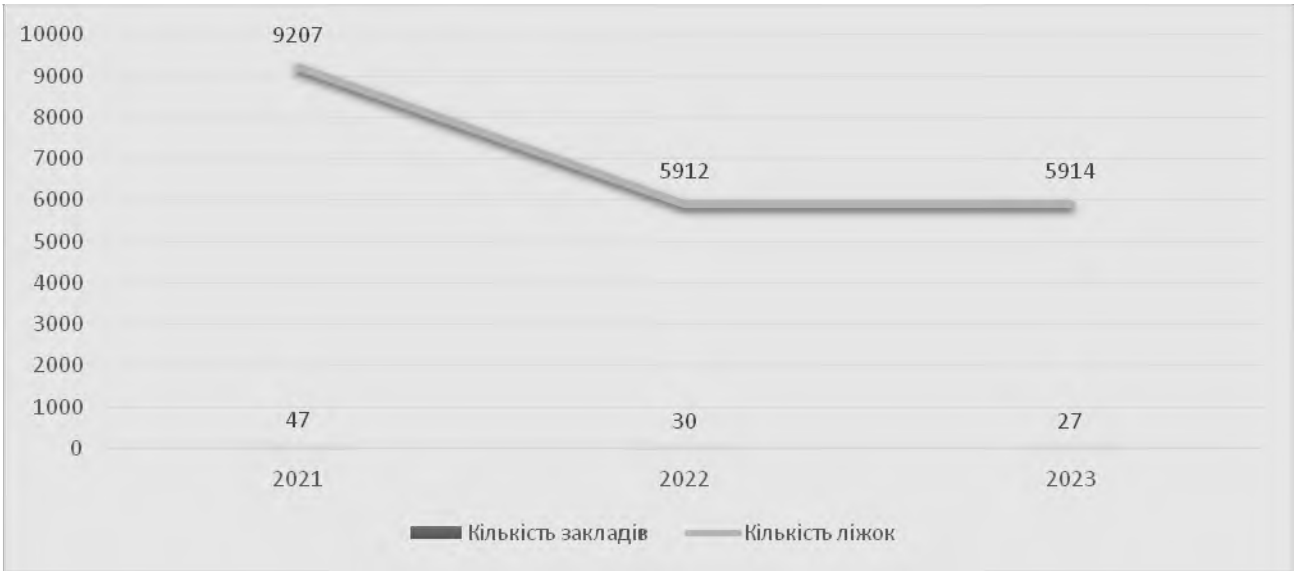


Рис.2.1 Динаміка мережі закладів охорони здоров'я Запорізької області за 2021-2023рр.

Причиною цього є скорочення населення України внаслідок військових дій, масовий виїзд за кордон, руйнування медичної інфраструктури, окупація територій, на яких залишилися і ЗОЗ Запорізької області, об'єднання «малозабезпечених» ЗОЗ тощо. Це призводить до того, що мешканці віддалених сіл залишаються без базових медичних послуг, а закриття лікарень означає скорочення чисельності працівників СОЗ, особливо у малих містах та селах, де лікарня була не лише центром допомоги, а й головним роботодавцем.

Незалежно від форми власності, важливою умовою ефективного функціонування ЗОЗ є необхідність координації, раціоналізації та організації його діяльності, тобто публічне управління такими закладами необхідне для того, щоб переконатися, що діяльність закладу здійснюється відповідно до його заявленої місії. При цьому одним з найважливіших завдань публічного управління ЗОЗ є забезпечення досягнення наступних цілей: підвищення доступності та якості медичних послуг в умовах мінливого зовнішнього і внутрішнього середовища на основі раціонального використання обмежених матеріальних, трудових, фінансових та інших ресурсів ЗОЗ, в умовах посилення конкуренції в галузі [57, с.265].

Особливостям діяльності ЗОЗ, які вимагають певних змін в усталених принципах управління, сприяє зростаюча тенденція виходу на ринок медичних послуг приватних ЗОЗ, які складають конкуренцію державним та комунальним. Зрозуміло, що приватні ЗОЗ мають, по суті, таку ж систему управління, але є більш вільними у прийнятті рішень щодо своєї комерційної діяльності. Це пов'язано з тим, що свобода фінансування дозволяє приватним ЗОЗ краще задовольняти індивідуальні потреби споживачів і водночас застосовувати новітні технології та підвищувати якість своїх послуг [58].

Отже, необхідно створення особливої системи управління в ЗОЗ, яка враховує специфіку їх функціонування, так як вони мають певні управлінські особливості, пов'язані із соціальною спрямованістю їх діяльності. Децентралізація також суттєво впливає на функціонування ЗОЗ і призводить до певних змін в їх управлінні.

Особливості публічного управління ЗОЗ в умовах децентралізації наведені на рисунку 2.2.

Виходячи з наведеної схеми, публічне управління ЗОЗ слід розглядати як процес, що включає як технічні, так і міжособистісні аспекти, де цілі ЗОЗ встановлюються та реалізуються шляхом використання людей, фінансів, матеріалів, ресурсів та технологій.

Розуміючи, що метою публічного управління є економічне функціонування ЗОЗ, слід зазначити, що сам процес управління можна розділити на наступні взаємопов'язані етапи.



Рис.2.2 Особливості публічного управління ЗОЗ в умовах децентралізації

а) визначення цілей ЗОЗ та вибір певних показників, які будуть використовуватися в процесі прийняття управлінських рішень (зокрема, кількість медичних послуг, що надаються, їх збільшення за рахунок використання новітніх технологій та методів діагностики тощо).

б) виокремлення ЗОЗ із загального середовища, визначення ефективних управлінських впливів і реакцій відповідно до його особливостей та встановлення меж у реалізації управлінських функцій. Цей етап пов'язаний з вирішенням проблем керованості системи, які характеризуються ступенем змін, що відбуваються в результаті управлінських впливів.

в) визначення параметрів моделі публічного управління через розуміння компонентів адміністративної системи, набору реалізованих функцій, забезпечення ресурсами та потенціалу адміністративного впливу.

г) планування експериментів з різними варіантами моделювання, що дозволяє спрогнозувати отримані результати та визначити ймовірність отримання небажаних результатів.

д) узагальнення реалізованих управлнських рішень, створення системи регламентуючих документів та їх розповсюдження серед виконавців.

е) безпосередня реалізація функцій управління шляхом організації виконання системи дій, проведення контрольних замірів і корекції відхилень [59, с.126].

Отже, організаційне забезпечення публічного управління ЗОЗ є певним набором компонентів, які взаємодіють один з одним для досягнення поставлених цілей. Слід зазначити, що ефективно побудована система публічного управління ЗОЗ ґрунтується на чітко визначених концептуальних принципах, як показано на рисунку 2.3.

Також слід зазначити, що організаційне забезпечення публічного управління ЗОЗ Запорізької області базується на двох рівнях:

- стратегічний - основне увага зосереджується на відповідальності за наслідки прийнятих рішень (особливо вищого керівництва, включаючи директора ЗОЗ, головного лікаря, заступників директора та спеціалістів, які володіють необхідними фінансово-економічними знаннями).

- операційний - основна увага приділяється гарантуванню процесів лікування в окремих відділеннях, тобто реалізації лікувально-діагностичних процесів ЗОЗ, якими зазвичай керує старший медичний персонал [60, с.185].

При цьому суб'єктом системи публічного управління ЗОЗ є :

− персонал, діяльність якого здійснюється відповідно до вказівок та інструкцій керівного органу;

− виробничі процеси (стандарти, що гарантують виконання медичних процедур та операцій, економічні нормативи тощо);

− матеріально-технічні та фінансові ресурси.

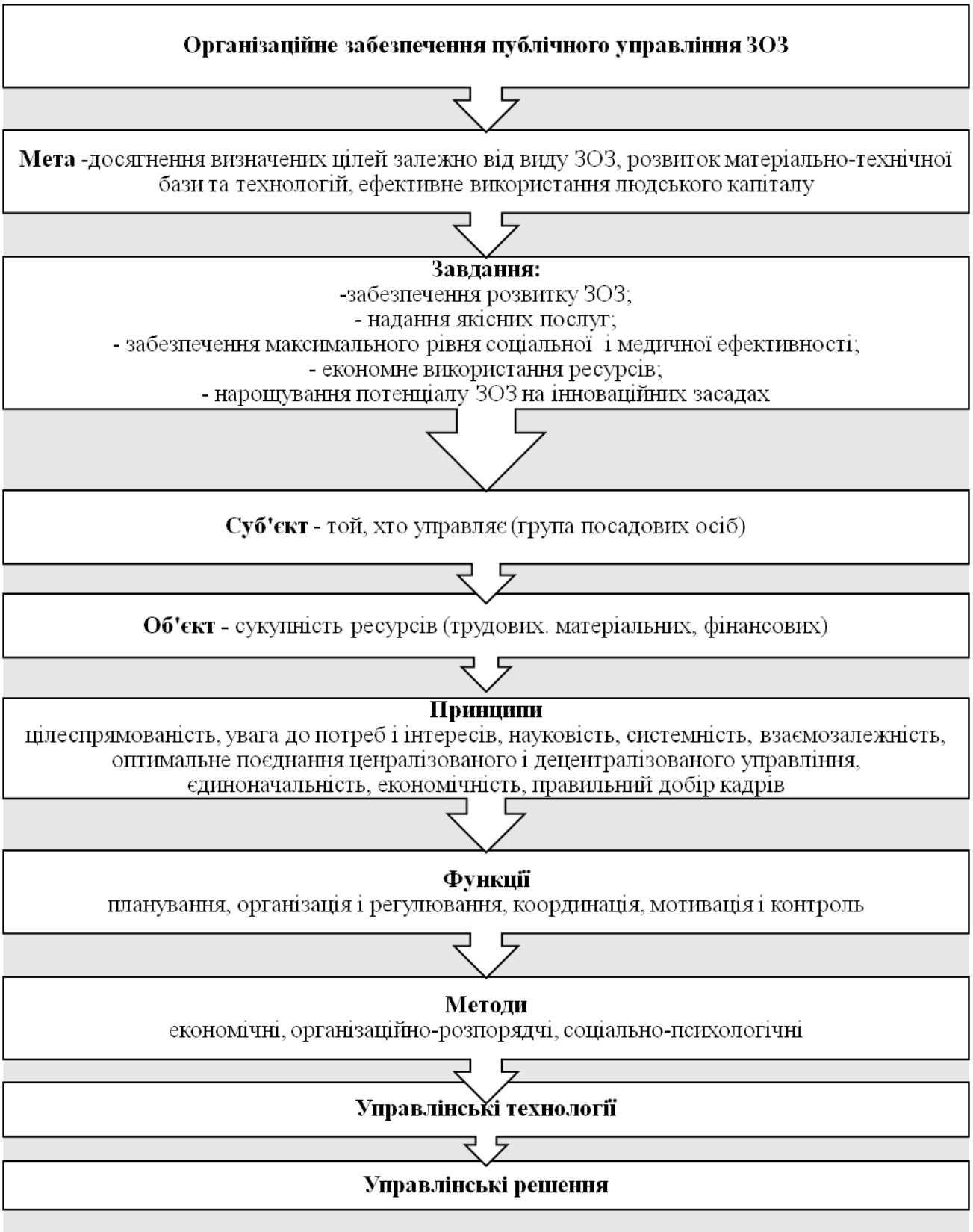


Рис.2.3 Засади функціонування системи управління ЗОЗ в умовах децентралізації

Функції управління ЗОЗ з урахуваннм вимог децентралізації наведені на рис. 2.4.

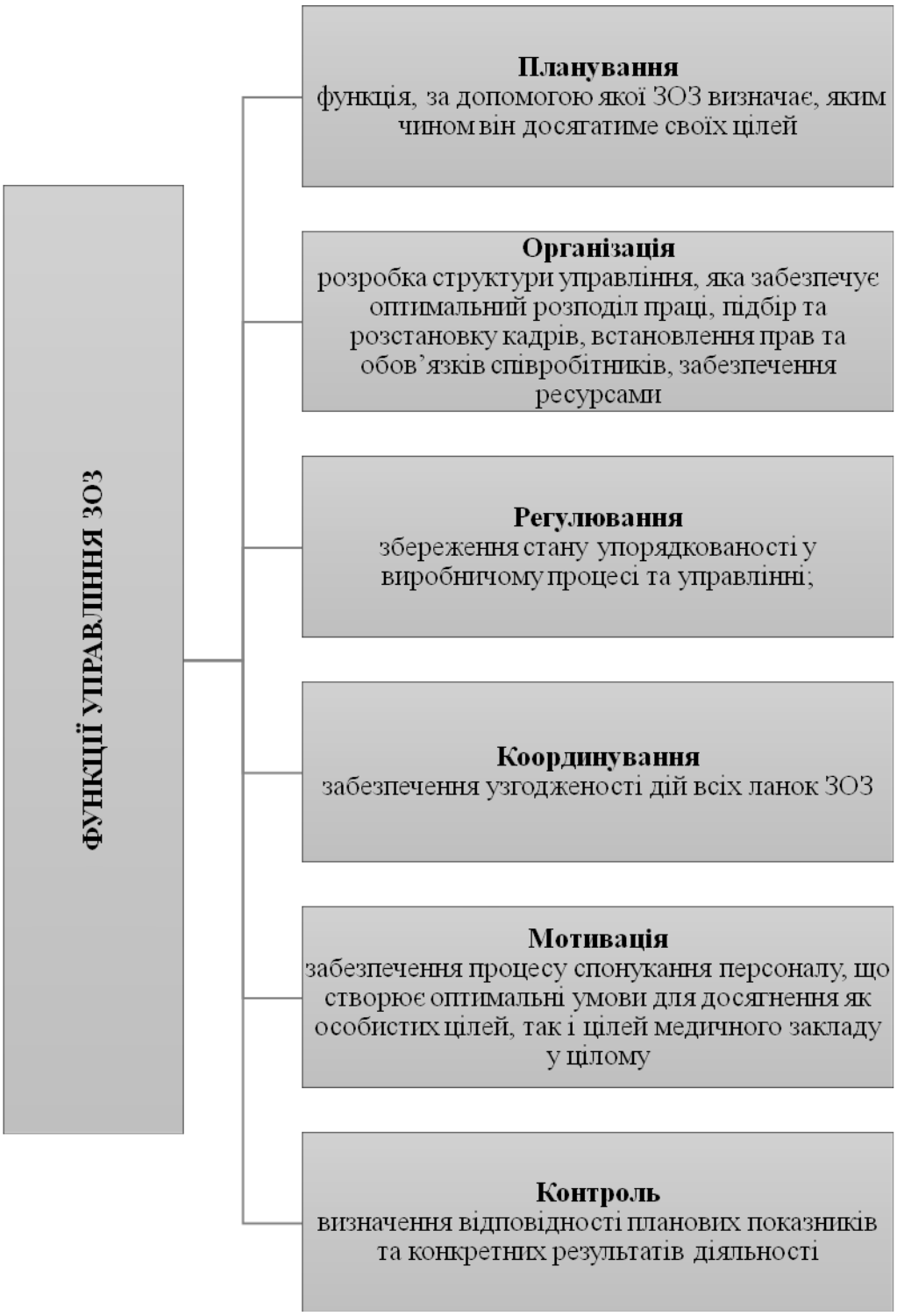


Рис.2.4 Основні функції публічного управління ЗОЗ Запорізької області в умовах децентралізації

Виходячи з окреслених функцій, прийняття управлінських рішень у сфері СОЗ відбувається шляхом використання конкретних методів публічного управління. Зокрема, вони повинні бути спрямовані на забезпечення досягнення основних цілей ЗОЗ та виконання конкретного обсягу завдань. Наприклад, до управлінських рішень висуваються такі вимоги, як кількісна визначеність, часові рамки, доступність та необхідність покладання відповідальності за виконання визначеного обсягу повноважень на конкретну особу [61, с.187].

Такі управлінські рішення можуть бути класифіковані наступним чином:

- соціальні, що спрямовані на формування системи підбору і розстановки кадрів та забезпечення розвитку персоналу ЗОЗ.

- медичні - спрямовані на забезпечення ефективних процесів надання лікувально-діагностичних послуг, підвищення якості МД та просування найкращих практик у медичній сфері.

- організаційні, що включають процеси координації, такі як формування відділів і служб, підготовка посадових інструкцій тощо.

- ресурсні - мета яких - забезпечення засобів організації процесів надання медичних послуг та покращення матеріально-технічної інфраструктури ЗОЗ.

- адміністративно-господарські - визначаються необхідністю проведення ремонтно-будівельних та інших подібних робіт.

- адміністративні- метою яких є виконання функцій для реалізації управлінських рішень [62, с.32].

Слід зазначити, що наведені рішення фактично реалізуються в управлінському процесі ЗОЗ, який складається з декількох етапів.

Перший етап базується на отриманні достовірної інформації про вихідний стан ЗОЗ, обробці та аналізі цієї інформації, що дозволяє зробити висновки про поточний стан системи управління та спрогнозувати подальший розвиток ЗОЗ.

Другий етап - безпосередня розробка системи управління ЗОЗ.

Третій етап - реалізація прийнятих рішень.

Четвертий етап - організація процесів, які контролюють виконання прийнятих рішень в ЗОЗ [63, с.85].

Варто також зазначити, що ОМС, у тому числі Запорізька ОВА, фінансують програми регіонального розвитку та підтримують КНП СОЗ, особливо в частині підвищення заробітної плати медичним працівникам. Крім того, з метою підвищення якості медичних послуг у сільській місцевості ОМС можуть пропонувати пакети стимулів для заохочення та залучення кваліфікованих медичних працівників до роботи в таких населених пунктах.

Індивідуальні характеристики, кваліфікація, компетенції, досвід і результати роботи є ключовими факторами, які в кінцевому підсумку формують продуктивність і шкалу оплати праці в ЗОЗ, а процедури оплати праці повинні базуватися на таких принципах:

− використання індивідуальних трудових контрактів, за якими медичні працівники гарантовано отримують певну винагороду за свою трудову діяльність лише за умови виконання завдань, визначених у контракті;

− використання систем, які передбачають персоніфікацію заробітної плати медиків;

− встановлення взаємоприйнятної залежності між продуктивністю праці та заробітною платою медиків;

− постійний перегляд заробітної плати на основі оціночних показників, що характеризують трудову діяльність, з метою вдосконалення системи стимулювання праці [64].

Процедура розробки та прийняття колективних договорів і положень, що відображають механізм оплати праці, повинна враховувати, що запропонована система оплати праці в ЗОЗ має бути чітко визначеною і включати такі елементи:

− чіткі цілі та основні завдання трудової діяльності ЗОЗ, які вирішуватимуться за рахунок персоналу;

− показники, за якими конкретні групи персоналу повинні отримувати заробітну плату;

− структуру та елементи заробітної плати;

−вимоги щодо механізму стимулювання праці.

Отже, в Україні, у тому числі і в Запорізькій області, триває реформа СОЗ з метою досягнення відповідності стандартам ЄС та розширення універсального доступу населення до МД. Попри численні виклики, які постають перед країною, СОЗ активно поповнюється новими цифровими інструментами та сервісами. За період трансформації СОЗ принципово важливими досягненнями є побудовані інформаційні системи: електронна СОЗ, електронні системи епіднагляду та безперервного професійного розвитку, системи «e-Stock» та «MedData», Єдиний вебпортал вакансій у ЗОЗ; цифрові інструменти -електронні направлення та рецепти, медичні висновки для е-лікарняних, медичні висновки про народження, COVID-сертифікати; системи та реєстри даних в охороні здоров'я, засновані на платформі «Дія Engine» [65].

Цифрові сервіси в СОЗ продовжують розвиватися. Так, на першому eHealth Summit 2024 анонсовано низку проєктів у сфері електронної охорони здоров'я, зокрема, що стосуються обліку обігу медичного канабісу в Україні, електронних призначень допоміжних засобів реабілітації, електронних медичних висновків для процесів усиновлення, отримання водійського посвідчення, нових модулів системи управління запасами лікарських засобів та медичних виробів «eStock», електронної черги на ендопротезування, передбачено також уведення в дію нових систем і реєстрів [65].

Важливою подією у сфері цифрового здоров'я, яка очікується, стане запуск особистого кабінету пацієнта, де всі користувачі кабінету зможуть переглянути декларацію про вибір лікаря, за потреби перепідписати декларацію та знайти нового спеціаліста. Крім того, у разі потреби, можна змінити свої персональні дані [65].

Також черговий крок зроблено в реалізації Концепції розвитку електронного здоров'я. Уряд схвалив законопроєкт щодо створення інформаційної платформи громадського здоров'я. Відповідно до наказу МОЗУ від № 1409 організовано робочу групу з питань створення відповідної

інформаційної платформи в Україні [66]. Така платформа має стати зручним та ефективним інструментом для обробки, зберігання та відтворення результатів аналізу даних.

Разом з тим, попри численні позитивні зрушення у СОЗ, спостерігається й формування механізмів державної політики, які можуть гальмувати процес подальшого її реформування. Зокрема, вирішення системних проблем охорони здоров'я та ефективність подальших її змін потребує продовження процесу децентралізації - насамперед фінансової та адміністративної. Для стійкої самодостатності ЗОЗ доцільно розширити їхні повноваження щодо самофінансування і самостійного розпорядження коштами на рахунках, дати закладам більше управлінської, фінансової та адміністративної автономії.

Натомість ЗУ «Про Державний бюджет України на 2025 рік» [67] передбачає здійснення з 01 березня 2025 р. оплати за договорами про медичне обслуговування населення, укладеними надавачами медичних послуг, виключно на рахунки в Державній казначейській службі України, а також перерахування залишків грошових коштів, отриманих за програмою медичних гарантій, з рахунків, відкритих у банківських установах, на небюджетні рахунки в казначействі. Така норма закону нівелює досягнення медичної реформи щодо розширення автономності ЗОЗ і не сприяє вирішенню проблем СОЗ (недостатні якість і доступність медичних послуг, значна частка особистих витрат пацієнтів у фінансуванні СОЗ, неналежний розвиток матеріально-технічної бази закладів тощо).

Серед імовірних негативних наслідків переходу на обслуговування до Держказначейства виділяємо:

− можливість затримки виплат і закупівель необхідних матеріалів, оскільки обробка платежів у ДКСУ зазвичай триваліша, ніж у банках, і нерідко відбувається в ручному режимі; все це в кінцевому підсумку змусить пацієнтів компенсувати касові розриви з власної кишені;

− ЗОЗ залишаться без резервів та, у разі перебоїв з державним фінансуванням, не зможуть належним чином фуньонувати;

− буде втрачено можливість планувати розвиток ЗОЗ, що призведе до розпорошення витрат та невідповідності державних інвестицій потребам пацієнтів;

− ОМС не зможуть здійснювати стратегічне керівництво закладами СОЗ.

Разом з тим, державна політика в СОЗ повинна бути спрямована на розширення доступності медичних послуг, продовження медичної реформи, важливим елементом якої є збільшення автономності ЗОЗ (зокрема енергетичної та фінансової) і зменшення фінансових витрат пацієнтів.

2.2 Соціально-економічна оцінка функціонування Запорізької інфекційної лікарні

Комунальне некомерційне підприємство «Обласна інфекційна клінічна лікарня» Запорізької обласної Ради (на період дії воєнного стану - Обласної військово-цивільної адміністрації – ОВА, далі - КНП «ОІКЛ») - єдиний в області спеціалізований лікувальний ЗОЗ інфекційного профілю для надання медичної допомоги хворим з інфекційною патологією. Надає послуги дорослому та дитячому населенню Запорізької області та бідь-якій особі, яка звернулася до ЗОЗ відповідно до порядку та на умовах, встановленим законодавстком України на Статутом установи (Додаток А).

КНП «ОІКЛ» створене за рішенням Запорізької обласної ради від 27.02.2020 № 2 «Про створення комунального некомерційного підприємства «Обласна інфекційна клінічна лікарня» Запорізької обласної ради», з урахуванням рішення Запорізької обласної ради від 12.12.2019 № 22 «Про припинення комунальної установи «Обласна інфекційна клінічна лікарня» Запорізької обласної ради шляхом перетворення в комунальне некомерційне підприємство «Обласна інфекційна клінічна лікарня» Запорізької обласної ради», відповідно до ЗУ «Про місцеве самоврядування в Україні» (Додаток А).

КНП «ОІКЛ» є правонаступником усього майна, всіх прав та обов'язків комунальної установи «Обласна інфекційна клінічна лікарня» Запорізької обласної ради. Відповідно до рішення Запорізької обласної ради від 27.07.2001 № 6 «Про зміни у складі спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст Запорізької області» комунальна установа «Обласна інфекційна клінічна лікарня» Запорізької обласної ради з найменуванням «Міська інфекційна клінічна лікарня» входить до складу об'єктів спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст Запорізької області [68].

Засновником, власником та органом управління майном КНП «ОІКЛ» є Запорізька обласна рада (надалі – Засновник). Підприємство є підпорядкованим, підзвітним та підконтрольним Засновнику та за галузевою спрямованістю підвідомчим Департаменту охорони здоров'я Запорізької ОВА [68].

КНП «ОІКЛ» у своїй діяльності керується Конституцією України, Господарським та Цивільними кодексами України, ЗУ, постановами Верховної Ради України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, загальнообов'язковими для всіх ЗОЗ України, загальнообов'язковими нормативними актами інших центральних органів виконавчої влади, відповідними рішеннями місцевих органів виконавчої влади, ОМС та Статутом.

КНП «ОІКЛ» здійснює господарську некомерційну діяльність, спрямовану на досягнення соціальних та інших результатів без мети одержання прибутку.

Місія КНП «ОІКЛ» - збереження та покращення здоров'я аселення шляхом підвищення якості та доступності медичних послуг шляхом ефективного використання наявих ресурсів (кадрових, матеріальних, фінансових), зміцнення репутації КНП «ОІКЛ» як надійного медичного закладу, який гарантовано надає МД відповідно сучасним стандартам і принципам доказової медицини [68].

Основною метою діяльності КНП «ОІКЛ» є забезпечення медичного обслуговування інфікованих пацієнтів шляхом надання їм послуг вторинної

спеціалізованої медичної допомоги з інфекційної, дерматовенерогічної допомоги і допомоги з ВІЛ-інфекції та СНІДу, в порядку та обсязі, встановлених законодавством [68], а саме (рис. 2.5):

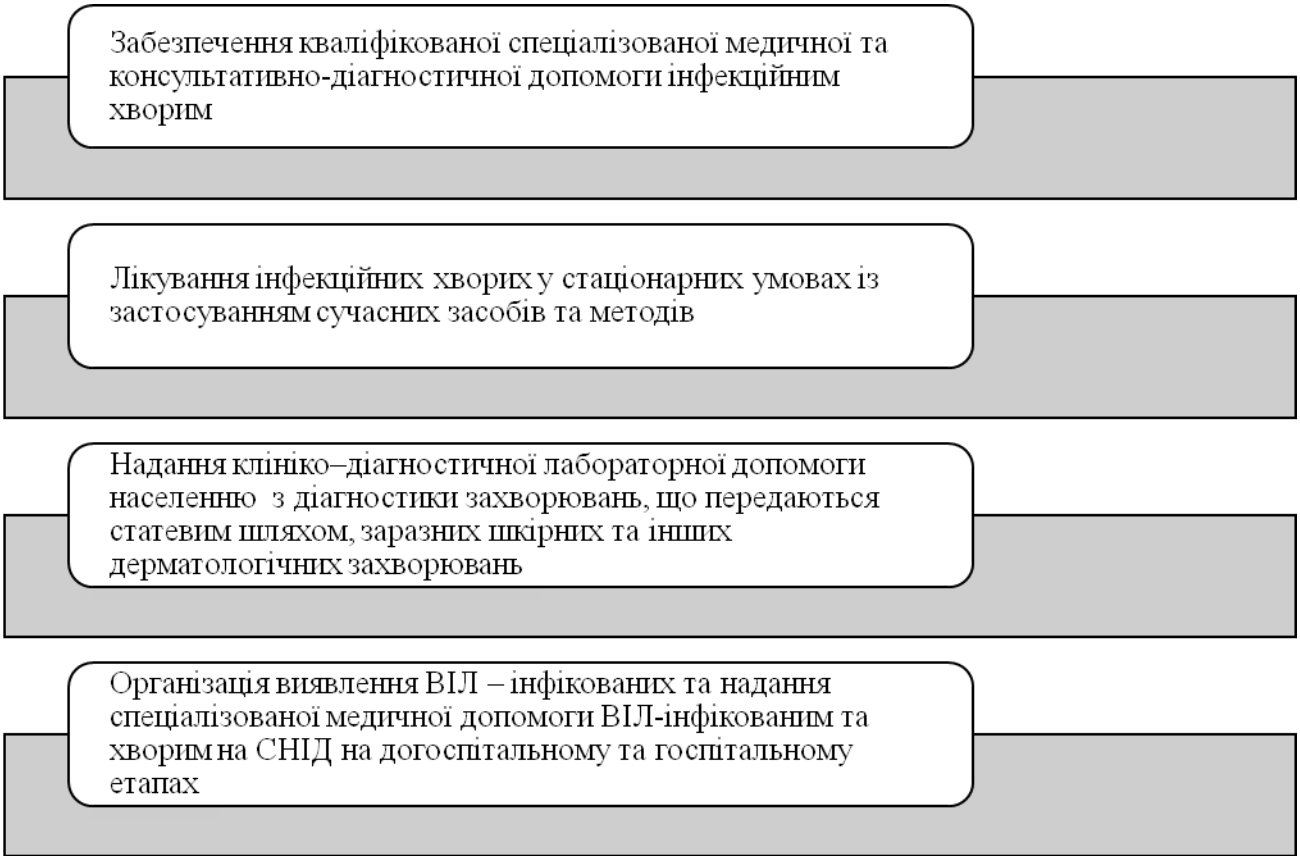


Рис. 2.5 Основні завдання діяльності КНП «ОІКЛ» Запорізької ОВА

КНП «ОІКЛ» надає медичні послуги на підставі ліцензії на медичну практику. Підприємство має право здійснювати лише ті види медичної практики, які дозволені органом ліцензування при видачі ліцензії на медичну практику.

КНП «ОІКЛ» є клінічною базою кафедр інфекційних захворювань Запорізького Державного медичного університету та кафедри інфекційних хвороб ДЗ «Запорізької Медичної Академії післядипломної освіти» МОЗУ. Співробітники вказаних кафедр співпрацюють з фахівцями лікарні, що сприяє наданню якісної консультативної та лікувальної допомоги інфекційним хворим.

КНП «ОІКЛ» є юридичною особою публічного права, має відокремлене майно, самостійний баланс, реєстраційні рахунки в органах Державної

казначейської служби України, може мати рахунки в установах банків згідно з чинним законодавством, круглу печатку зі своїм найменуванням та ідентифікаційним кодом, штампи, а також бланки з власними реквізитами [68].

КНП «ОІКЛ» здійснює некомерційну господарську діяльність, організовує свою діяльність відповідно до фінансового плану, затвердженого Засновником, самостійно організовує виробництво (робіт, послуг) і реалізує їх за цінами (тарифами), що визначаються в порядку, встановленому законодавством України [68].

Ліжкова місткість КНП «ОІКЛ» станом на 01.01.2025р. складає 217 ліжок, з них 71 дитяче та 209 дорослих (Додаток Б) (рис.2.6).

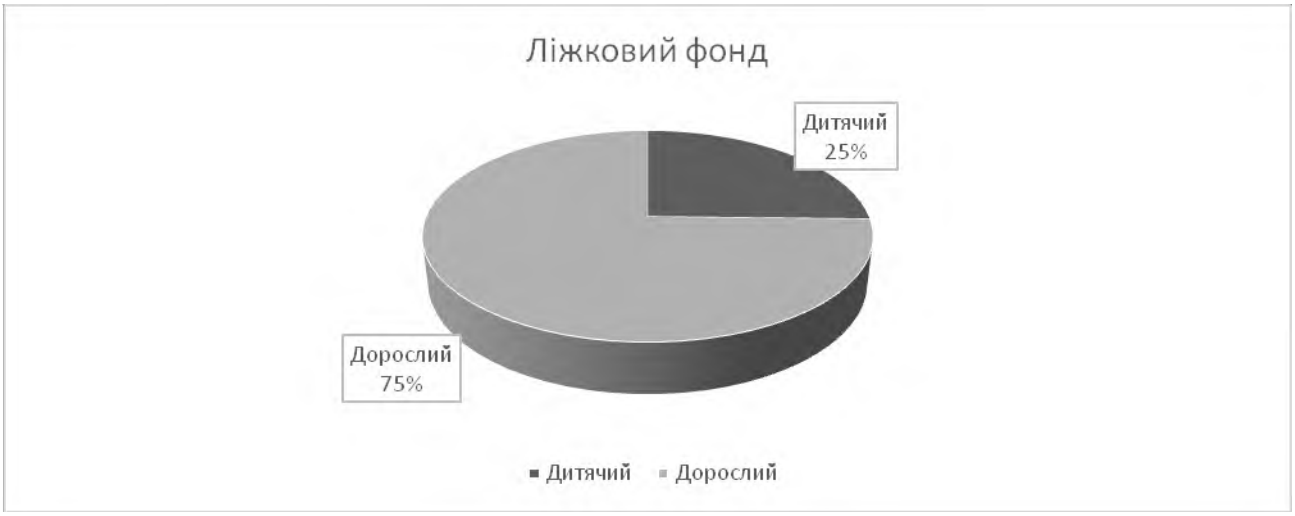


Рис. 2.6 Ліжковий фонд КНП «ОІКЛ» Запорізької ОВА станом на 01.01.2025р.

Серед загального ліжкового фонду 72% - це боксовані палати, з наявністю санвузла, ванни, рукомийника. Є в наявності палати покращеного комфорту, в першу чергу для пільгових категорій громадян. Лікарня забезпечена цілодобово проточною гарячою та холодною водою.

За рік у лікарні отримують стаціонарне лікування до 8 тисяч хворих з різною інфекційною патологією, що мешкають у м. Запоріжжі та містах і районах області. Надається медична допомога хворим і з інших регіонів України та зарубіжжя [68].

У складі КНП «ОІКЛ» функціонують наступні відділення [68] (рис.2.7):



Рис. 2.7 Організаційна структура КНП «ОІКЛ» Запорізької ОВА

В бактеріологічній, клініко-діагностичних, серологічних лабораторіях, які оснащені сучасним обладнанням, проводять бактеріологічні, серологічні, молекулярні дослідження (ПЛР) та загальні клініко - діагностичні аналізи.

Функціонують кабінети: рентгенологічний, УЗД, ЛОР, фізіотерапії.

У лікарні працює харчоблок, оснащений сучасним обладнанням, на якому готується якісне дієтичне харчування висококваліфікованими кухарями.

На КНП «ОІКЛ» впроваджена в дію унікальна методика дослідження на якісне визначення в ПЛР, режимі реального часу, РНК гепатиту С і ДНК гепатиту В у хворих, що підлягають проведенню ПВТ за Державною цільовою

соціальною програмою профілактики діагностики та лікування вірусних гепатитів [68].

Консультативна допомога амбулаторним хворим з інфекційною паталогією надається у консультативно-діагностичному кабінеті Гепатоцентру та у кабінеті TORCH - інфекцій, з дермато-венерологічною патологією - в кабінеті Дерматовенерологічного поліклінінчного відділення та Бердянського шкірно-венерологічного відділення.

У лікарні створені умови для ізоляції та лікування хворих на особливо-небезпечні захворювання (чума, холера, лихоманка Ебола та інші лихоманки вірусного походження), тощо.

Лікування здійснюється на підставі Уніфікованих клінічних протоколів, затверджених МОЗУ та Локальних клінічних протоколів [68].

Адміністративне управління лікарнею здійснюється наступним чином (рис.2.8).

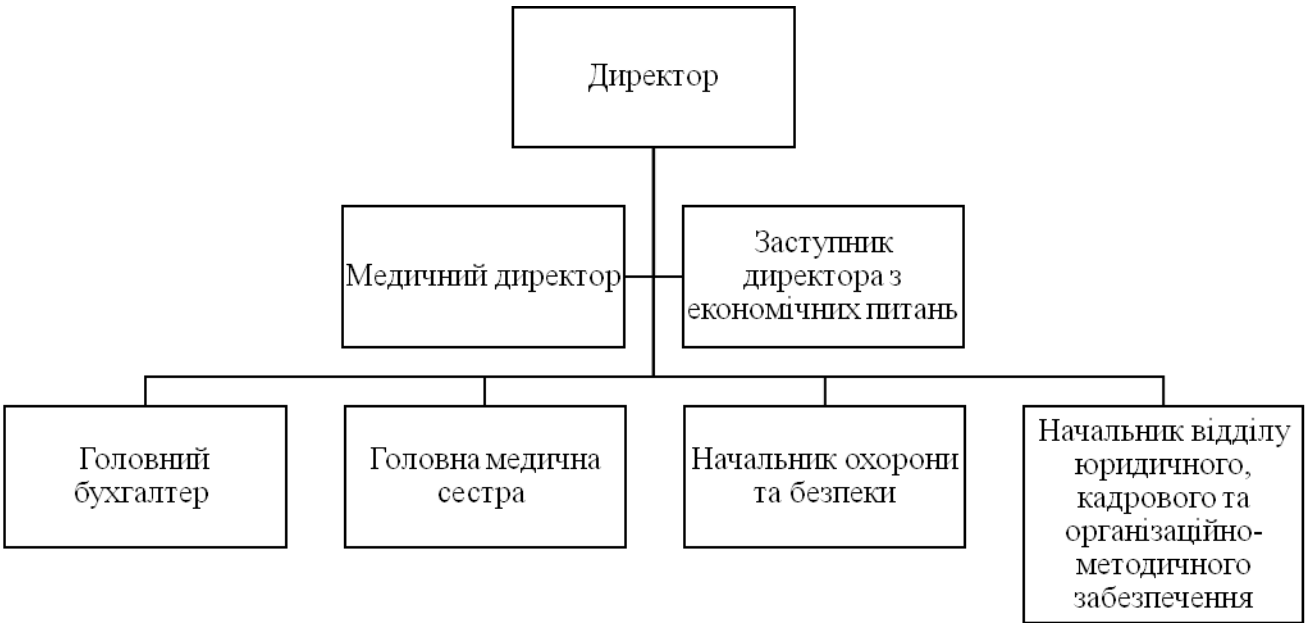


Рис. 2.8 Адміністративне управління КНП «ОІКЛ» Запорізької ОВА

На КНП «ОІКЛ» працюють висококваліфіковані лікарі з наступних спеціальностей: інфекційні хвороби, дитячі інфекційні хвороби, анестезіологія,

дитяча анестезіологія, рентгенологія, отоларингологія, дитяча отоларингологія, дерматовенерологія, дитяча дерматовенерологія. Загальна кількість персоналу на 01.01.2025р.- 372 осоди (укомплектовавість 76%) (Додаток Б) (рис.2.9).

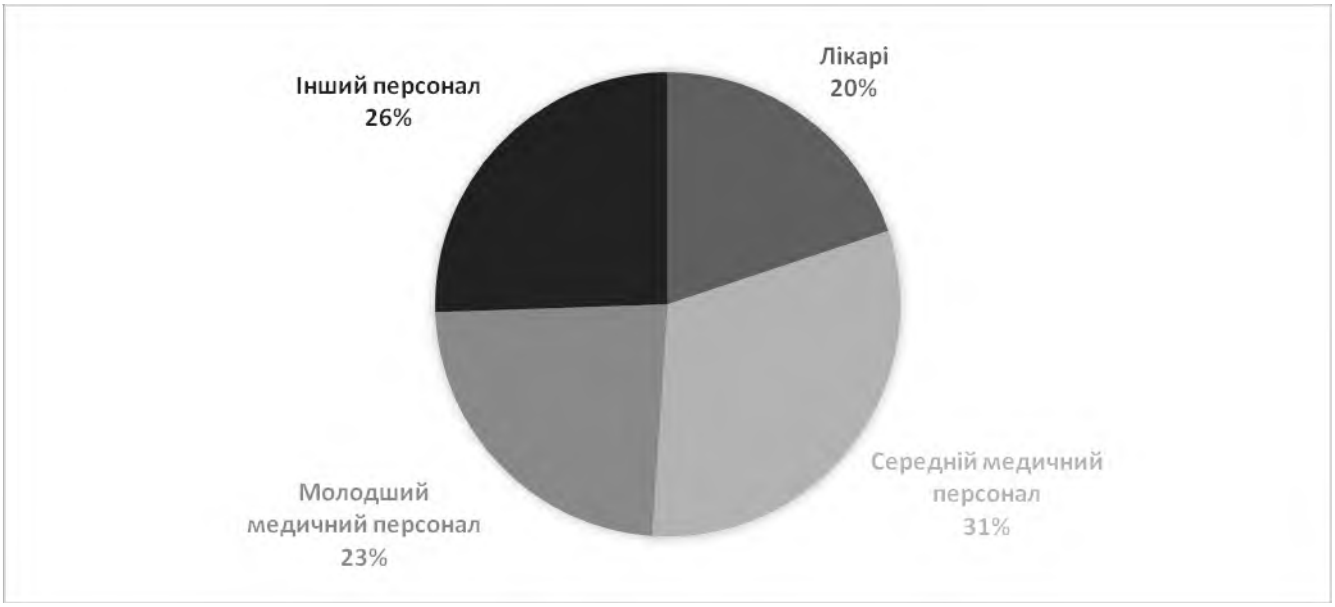


Рис. 2.9 Структура кадрового складу КНП «ОІКЛ» Запорізької ОВА станом на 01.01.2025р.

100% лікарів атестовані, у тому числі 55% на вищу, 15% - на першу, 9% - на другу категорію, 21% - лікар-спеціаліст.

Завдяки ретельній підготовці та залученню кадрів було укладено договір № 2049Е від 03.02.2023р. про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій з НСЗУ у кількості 7 пакетів [68].

Для здійснення аналізу фінансово-економічної діяльності КНП «ОІКЛ» використаємо фінансову звітність, а саме: форму №1 «Баланс» та форму №2 «Звіт про фінансові результати» (Додаток В). Почнемо з аналізу ресурсної бази підприємства (табл.2.2). Аналіз даних, які наведені в таблиці, свідчить, що загальна вартість майна КНП «ОІКЛ» мала тенденцію до зростання, у 2023 році вона збільшилась на 17848,4тис.грн або на 17% порівняно з 2021 роком. У 2023 році порівняно з 2021 роком загальна вартість необоротних активів також

зросла на 8440,4 тис. грн, а питома вага зменшилась на 2,8%, а оборотних - збільшилась на 16561,9 тис. грн або за питомою вагою - на 2,8%.

Таблиця 2.2

Аналіз структури та динаміки майна КНП «ОІКЛ» Запорізької ОВА за 2021-2023 рр.

Види активів майна	2021 р.		2022 р.		2023 р.		Зміни +,- 2023/2021	
	Сума, тис. грн	У % до під-сумку	Сума, тис. грн	У % до під-сумку	Сума, тис. грн	У % до під-сумку	Сума, тис. грн	У % до під-сумку
1.Необоротні активи	69920,9	66,6	66396,2	60,3	78361,3	63,8	+8440,4	-2,8
1.1. Незавершені капітальні інвестиції	3764,8	3,6	1405,6	1,3	3311,7	2,7	-453,1	-0,9
1.2.Основні засоби	66156,1	63,0	64990,6	59,0	75049,6	61,1	+8893,5	-1,9
2.Оборотні активи	35018,6	33,4	43618,1	39,7	44426,6	36,2	+9408,0	+2,8
2.1. Запаси	23660,7	22,6	28743,4	26,2	40222,6	32,8	+16561,9	+10,2
2.2. Дебіторська заборгованість за товари, роботи, послуги	180,5	0,2	152,9	0,1	183,9	0,1	+3,4	-0,1
2.3. Дебіторська заборгованість за розрахунками з бюджетом	85,5	0,1	245,7	0,2	-	-	-85,5	-0,1
2.4. Інша дебіторська заборгованість	25,9	0,1	-	-	932,9	0,8	+907,0	+0,7
2.5. Гроші та їх еквіваленти	10940,4	10,4	14423,6	13,1	2471,4	2,0	-8469,0	-8,4
2.6. Інші оборотні активи	48,5	-	-		615,8	0,5	+567,3	-0,5
2.9. Витрати майбутніх періодів	37,2	-	53,3	0,1	-	-	-37,2	-0,1
Майно, всього	104939,5	100,0	110014,3	100,0	122787,9	100,0	+17848,4	-

Вартість основних засобів у 2023 році у порівнянні з 2021 роком збільшилась на 8893,5 тис. грн, або на 13,4%, що оцінюється позитивно.

На зростання вартості оборотних активів основний вплив здійснили запаси- їх вартість зросла у 2023 р. порівняно з 2021 р. на 22110 тис. грн, з 22,6% до 32,8% від підсумку майна підприємства. На другому місці за питомою вагою знаходилася грошові кошти: її вартість скоротилась у 2023 р.

порівняно з 2021р. на 8464 тис. грн, а питома вага – з 10,4% до 2%. Інші складові оборотних активів займають незначну питому вагу в підсумку майна підприємства.

Графічно динаміка основних складових майна КНП «ОІКЛ» представлена на рисунку 2.10.

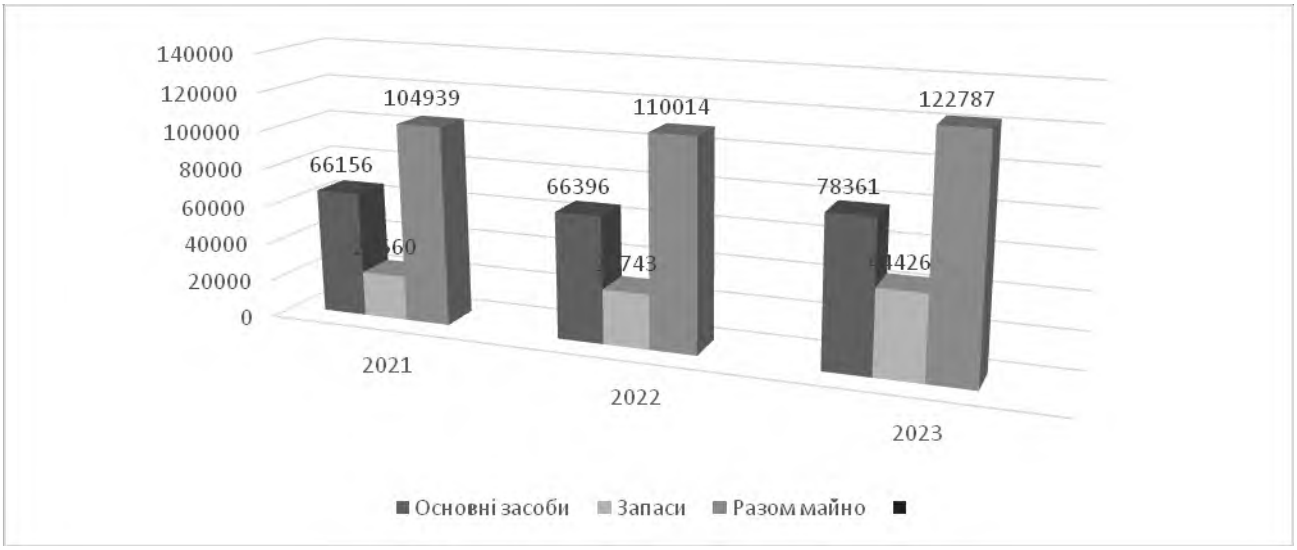


Рис.2.10 Динаміка основних складових майна КНП «ОІКЛ» Запорізької ОВА за 2021-2023 рр., тис.грн

Аналіз структури та динаміки джерел формування капіталу КНП «ОІКЛ» представлений у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Аналіз структури та динаміки джерел формування капіталу КНП «ОІКЛ» за 2021-2023 рр.

Види пасивів (джерел формування капіталу)	2021 р.		2022 р.		2023 р.		Зміни +,- 2023/2021	
	Сума, тис. грн	У % до під-сумку	Сума, тис. грн	У % до під-сумку	Сума, тис. грн	У % до під-сумку	Сума, тис. грн	У % до під-сумку
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Власний капітал	64109,3	61,1	65158,5	59,2	45470,5	37,0	-18638,8	-24,1

Продовження табл. 2.3

1.1. Зареєстро-ваний капітал	21886,4	20,9	21886,4	19,9	21886,4	17,8	-	-3,1
1.2. Додатковий капітал	23204,2	22,1	42891,8	39,0	33991,3	27,7	+10787,1	+5,6
1.3.Нерозподі-лений прибуток (збиток)	19018,7	18,1	22266,7	20,2	11479,2	9,3	-7539,5	-8,8
1.4.Неоплачений капітал	-	-	21886,4	-19,9	21886,4	-17,8	21886,4	-17,8
2. Довгострокові зобов'язання	21420,8	20,4	29090,4	26,4	36290,8	29,6	+4970,0	+9,2
3. *Поточні зобов'язання*	19409,4	18,5	15765,4	14,4	41026,6	33,4	+21617,1	+14,9
3.1. Поточна кредиторська заборгованість за:								
- товари, роботи, послуги	268,1	0,3	110,6	0,1	1091,8	0,9	+823,7	+0,6
- розрахунками з бюджетом	1,4	-	-	-	13,9	-	12,5	-
- розрахунками зі страхування	139,8	0,1	279,6	0,2	-	-	-139,8	-0,1
- розрахунками з оплати праці	54,1	-	-	-	-	-	-54,1	-
3.2. Доходи майбутніх періодів	18945,3	18,1	15368,6	14,1	39248,3	32,0	+20303	+13,9
3.3. Іеші поточні зобов'язання	-		6,6	-	672,6	0,5	+672,6	+0,5
Капітал - всього	104939,5	100,0	110014,3	100,0	122787,9	100,0	+17848,4	-

Вартість власного капіталу КНП «ОІКЛ» у 2023р. порівняно з 2021 р. скоротилась на 18638,8тис. грн. (-29%), з 20,9% до 17,8% за питомою вагою. Це відбулося за рахунок зменшення нерозподіленого прибутку на 39,6%. Отже тенденція цього показника є негативною.

Довгостроковий позиковий капітал має тенденцію до зростання за три аналізовані роки з 18,5% за питомою вагою до 33,4%, що оцінюється негативно.

Поточна кредиторська заборгованість за товари, роботи, послуги зросла за період 2021-2022 рр. на 823,7 тис.грн або більше ніж в два рази. Це є свідченням накопичення заборгованості підприємства. Разом з тим відбулося значне зростання доходів майбутніх періодів - на 20303 тис. грн або на 107%,

що позитивно призвело до збільшення поточних зобов'язань на 21617,1 тис. грн або з 18,5% до 33,4% за питомою вагою.

Графічно динаміка основних складових джерел майна КНП «ОІКЛ» представлена на рисунку 2.11.

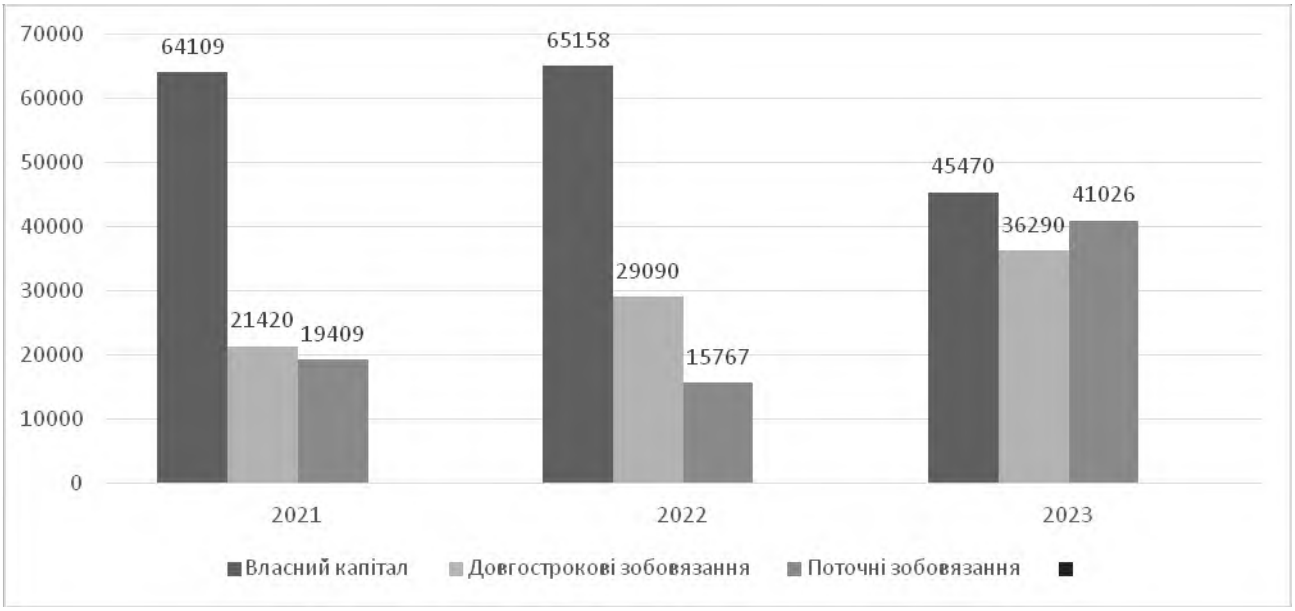


Рис.2.11 Динаміка основних складових джерел майна КНП «ОІКЛ» Запорізької ОВА за 2021-2023 рр., тис.грн

Аналіз структури та динаміки фінансових результатів діяльності КНП «ОІКЛ» представлений у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Аналіз структури та динаміки фінансових результатів діяльності КНП «ОІКЛ» за 2021-2023 рр. [15]

Показники	2021 р.		2022 р.		2023 р.		Зміни +,- 2023/2021	
	Сума, тис. грн	У % до під-сумку	Сума, тис. грн	У % до під-сумку	Сума, тис. грн	У % до під-сумку	Сума, тис. грн	У % до під-сумку
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Чистий дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг)	85762	67,1	86899,4	67,3	59835,4	52,2	-25908,6	-14,9

Продовження табл. 2.4

2.Інші операційні доходи	41878	32,8	37026,8	28,7	48478,0	42,3	+6600	+10,1
3.Інші доходи	142	0,1	5275,4	4,0	6320,5	5,5	+6178,5	+5,4
Разом доходи	127782	100,0	129201,6	100,0	114633,9	100,0	-13148,1	-
4. Собівартість реалізованої продукції (товарів, робіт, послуг)	101606	80,4	109088,2	85,3	107679,6	84,7	+6073,6	+4,3
5. Інші операційні витрати	24813	19,6	6944,8	5,4	12385,6	9,7	-12427,1	-9,9
6. Інші витрати	-	-	11901,9	9,3	7060,8	5,6	-7060,8	-5,6
Разом витрат	126419	100,0	127934,9	100,0	127126,0	100,0	+707	-
Фінансовий результат до оподаткування	1363	1,7	1266,7	1,5	(12492,1)	-10,9	-	-
Податок на прибуток	-	-	-	-	-	-	-	-
Чистий фінансовий результат прибуток (збиток)	1363	1,7	1266,7	1,5	(12492,1)	-10,9	-	-

Дані таблиці показують, що чистий дохід від реалізації послуг КНП «ОІКЛ» упродовж 2021-2023 років скоротився на 25908,6 тис. грн або на на 30,2%. Інші операційні доходи лікарні у 2023 році склали 48478 тис. грн, що більше, ніж у 2021 році на 6600 тис. грн, а за питомою вагою у складі відбулося зростання з 32,8% до 42,3%.

Інші доходи також збільшились з 142 тис. грн до 6320,5 тис. грн. Отже, всього доходів на КНП «ОІКЛ» у 2023 р. було 127782 тис.грн., що менше порівняно з 2021 р. на 13148,1 тис. грн, або на 10,3%.

Склад витрат КНП «ОІКЛ» показано схематично на рис. 2.12. Як бачимо, у 2023 р. порівняно з 2021 р. загальна сума витрат збільшилась на 707 тис. грн, що пов’язано зі зростаннм їх собівартості. Значно скоротились інші операційні

витрати - більш ніж на 50%, а у складі загальних витрат їх частка знизилася з 19,6% до 9,7%.

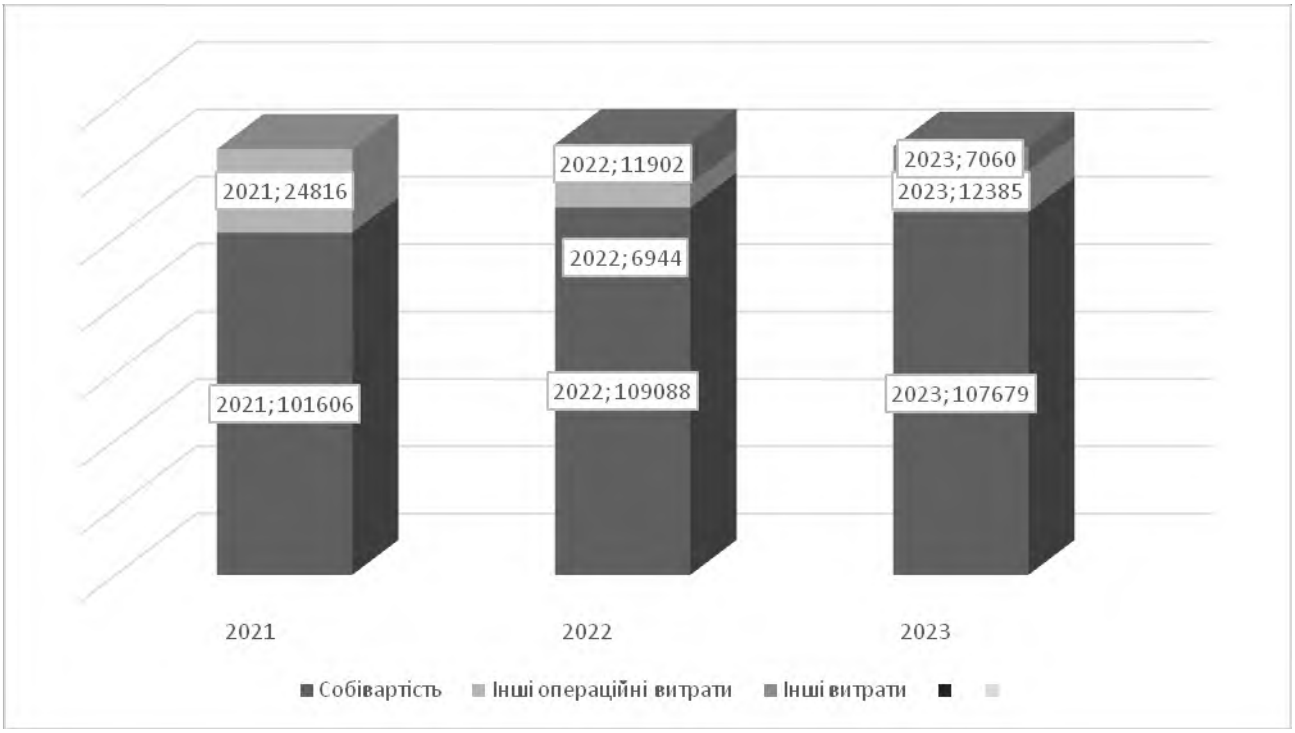


Рис. 2.12 Динаміка та склад витрат КНП «ОІКЛ» Запорізької ОВА за 2021-2023 рр., тис.грн

Як наслідок, спостерігаємо чистого прибутку лікарні упродовж 2021-2022рр., а у 2023 р. було отримано збиток у розмірі 12492,1 тис.грн. Отже, протягом 2021-2023рр. бачимо значне скорочення чистого доходу від реалізації послуг лікарні, що пов’язано зі зменшенням обсягів їх надання, що призвело до збиткової діяльності КНП «ОІКЛ».

2.3 Оцінка впливу медичної реформи децентралізації на діяльність Запорізької інфекційної лікарні

Інформаційною базою для оцінки функціонування ЗОЗ в умовах децентралізаційного управління обрано КНП «ОІКЛ» Запорізької ОВА. В рамках дослідження питання щодо впливу децентралізації на функціонування ЗОЗ метою вивчення обраного об'єкта є:

− з'ясування соціальної сутності та призначення даного медичного закладу як КНП СОЗ, що надає послуги вторинної (спеціалізованої) МД будь-яким способом в порядку та на умовах, встановлених діючими законами, постановами, рішеннями та статутом в умовах децентралізації;

− визначення мети та місії лікарні в умовах реформи децентралізації;

− аналіз організаційної структури КНП «ОІКЛ», з'ясування зв'язків між існуючими елементами управління;

− виявлення специфіки управління діючими підрозділами лікарні для здійснення оцінки їх функціонування умовах реформи децентралізації;

− дослідження внутрішнього і зовнішнього середовища функціонування установи;

− виявлення існуючих проблем з метою покращення результатів функціонування досліджуваної установи, враховуючи передбачувані зміни зовнішнього та внутрішнього середовища.

Як вже зазначалося, місія досліджуваного закладу полягає в тому, щоб надавати високоякісні медичні послуги для населення Запорізького регіону, як стаціонарного, так і амбулаторно-консультативного змісту. Цим самим реалізуються основні принципи поєднання державної та регіональної політики в медичній галузі, що й передбачено реформою децентралізації.

Як зафіксовано в статуті, КНП «ОІКЛ» має надавати вторинну та інші види МД, а також здійснювати управління медичним обслуговуванням, розробляти та реалізовувати заходи з профілактики інфекційних захворювань населення. Основною соціальною функцією лікарні є забезпечення підтримки

громадського здоров'я за рахунок наявного ресурсу системи медичного обслуговування, а також забезпечення наступництва у наданні МД.

Отже, соціальний статус КНП «ОІКЛ» є наслідком медичної реформи децентралізації та характеризується наступним [68] (рис.2.13):

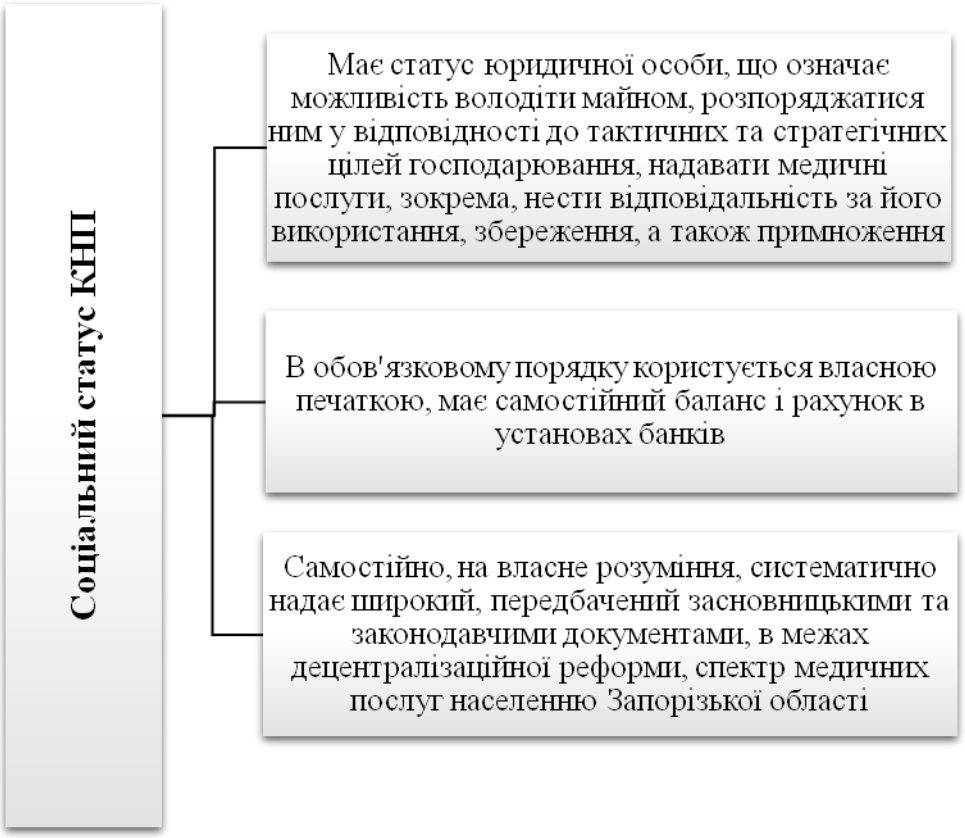


Рис. 2.13 Складові соціального статусу КНП «ОІКЛ» як наслідок медичної реформи децентралізації

КНП «ОІКЛ», як того вимагають об'єктивні обставини, надає і платні послуги, серед яких: здійснення медичних оглядів за затвердженою стандартною програмою для працівників певних категорій (медичний огляд водіїв, видача медичних довідок після медичного огляду для отримання дозволу на роботу на об'єкт дозвільної системи) тощо.

Оцінка впливу децентралізаційних змін на діяльність КНП «ОІКЛ» передбачає також з'ясування принципів побудови управління даним медичним

закладом. Нормативною базою для вивчення поставленого завдання є: Статут КНП, схема організаційної структури установи та інші засновницькі документи.

Відповідно до наданих базових документів, організаційна структура КНП «ОІКЛ» включає: апарат управління та обслуговуючий персонал, стаціонар та лікувально-допоміжні і діагностичні підрозділи [68].

Штатна чисельність досліджуваної установи як суб'єкта господарювання формується з урахуванням об'єктивної необхідності створення належних нормативних умов з метою забезпечення максимально можливої доступності та якості послуг медичного спрямування. Чисельність штату залучених медичних працівників, відповідно до потреб задоволення попиту населення, визначає директор, його дії обмежуються чинним законодавством, фінансовим планом, а також статутом [68].

Управління КНП «ОІКЛ» здійснює Засновник. Департамент охорони здоров’я Запорізької ОВА за галузевою спрямованістю здійснює забезпечення установи методичною допомогою щодо реалізації на відповідній території державної політики в СОЗ [56].

Поточне керівництво (оперативне управління) КНП «ОІКЛ» здійснює керівник - Директор, який призначається на посаду і звільняється з неї за рішенням Засновника відповідно до порядку, визначеного законодавством України та відповідним рішенням Засновника, та який відповідає кваліфікаційним вимогам, встановленим МОЗУ. Строк найму, права, обов’язки і відповідальність Директора, умови його матеріального забезпечення, інші умови найму визначаються контрактом.

До обов'язків Директора КНП «ОІКЛ» належать: затвердження структури установи, порядку внутрішньої організації, окреслення сфер функціонування створених підрозділів, посадових інструкцій персоналу [68].

Реорганізаційні зміни в організаційній структурі, в сферах функціонування та відповідальності створених основних та допоміжних підрозділів, функціональних обов'язків залучених до роботи працівників

відбуваються відповідно до чинного законодавства та персональної відповідальності Директора лікарні.

Слід звернути увагу, що загальне управління КНП «ОІКЛ» виконує Запорізька ОВА рада як засновник та власник. До її компетенції входять:

− визначення стратегічних базових напрямів діяльності, розробка та затвердження планів діяльності, звітів щодо їх виконання;

− затвердження розробленого статуту установи, внесених змін до нього;

− затвердження сформованого фінансового плану лікарні, організація контролю за його виконанням;

− укладання контракту з директором лікарні, здійснення контролю за його виконанням у разі необхідності - розривання контракту;

− затвердження угод про сумісну діяльність, відповідно до яких використовується наявне та придбане нерухоме майно;

− затвердження кредитних договорів та договорів застави;

− погодження положень про створення філій, відділень як відокремлених організаційних підрозділів, на підставі подання наказів керівника лікарні-директора;

− організація та виконання планового контролю за ефективністю розпорядженням наявного майна, що належить як власність територіальним громадам, що відноситься до Запорізької області та закріплене за правом організації оперативного управління КНП «ОІКЛ» [56].

Додамо, що в разі необхідності, з врахуванням змін до чинного законодавства Запорізька ОВА має змогу приймати управлінське рішення щодо реорганізації або навіть ліквідації медичного закладу. Для цього необхідно призначити ліквідаційну комісію, затвердити розподільний та ліквідаційний баланси, а також передбачені в цьому випадку акти щодо передачі наявного в користуванні майна.

Отже, поточне управління КНП «ОІКЛ» відповідно до затвердженого статуту лікарні здійснює керівник установи - директор. На прикладі директора КНП «ОІКЛ» розглянемо повноваження та обов’язки такого роду керівників у

рамках децентралізаційних зрушень. Так, в сучасних умовах він призначається на посаду на підставі результатів оголошеного та проведеного конкурсу та за рішенням щодо затвердження, як вже зазначалося, засновником - Запорізькою ОВА у відповідності до порядку, що визначений чинним законодавством. Додамо, що контракт, який заключається із претендентом на посаду генерального директора КНП «ОІКЛ», містить інформацію щодо терміну найму на посаду, прав та обов'язків, меж відповідальності, умов оплати праці та умов звільнення з посади.

Вивчення засновницьких документів дає можливість стверджувати, що директор КНП «ОІКЛ» наділений повноваженнями діяти без довіреності від імені установи, представляти її інтереси на різних рівнях управління, серед них: державні органи влади, ОМС, а також у стосунках із підприємствами галузі (юридичні особи) та із фізичними особами. Відповідно до зазначеного, керівник КНП «ОІКЛ» від свого імені підписує документи, віддає за необхідності довіреності, делегує право підпису документів іншим працівникам лікарні в межах законності, укладає угоди із окремими організаціями, які обслуговують інфраструктуру лікарні. Саме директор уповноважений відкривати поточні та інші рахунки в органах державної казначейської служби України і в банках [68].

Підсумовуючи, зазначимо, що директор наділяється можливістю самостійно вирішувати питання щодо діяльності лікарні за винятком тих, які віднесені згідно із статутом до компетенції засновника Запорізької ОВА. Користуючись правом розпорядження фінансовими коштами, керівник лікарні здійснює оперативне управління майном установи, забезпечує його ефективне застосування, збереження, оновлення та модернізацію.

Управління КНП «ОІКЛ» директор здійснює, використовуючи такі інструменти менеджменту як: накази, акти, розпорядження, які обов'язкові до виконання працівниками усіх підрозділів. Значна увага приділяється керівником до таких функцій управління як організація, планування та контроль, зокрема, контроль за веденням та зберіганням стандартної медичної документації. До компетенції директора лікарні відноситься у відведені строки та в нормованому

порядку повідомлення відповідних, передбачених статутом даних, про організаційні зміни в лікарні, внесення обов'язкової інформації до єдиного державного реєстру про юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань, надання в зафіксованому порядку фінансової звітності.

Значні обсяги управлінської діяльності директора пов'язані із безпосереднім керівництвом медичним персоналом. Перш за все, це стосується ухвалення управлінських рішень про прийняття на роботу, звільнення працівників з посад, регулювання трудових відносин в колективі, укладення трудових угод із залученими до виконання певних функцій працівниками. Саме керівнику такого рівня делегується функція раціонального добору кадрів, ухвалення правил внутрішнього трудового розпорядку, планування та реалізація, підвищення фахового та кваліфікаційного рівня залученого персоналу, згідно до затвердженого штатного розпису [68].

Також директор лікарні затверджує посадові інструкції працівників, забезпечує виконання вимог чинного законодавства про охорону праці, санітарно-гігієнічні та протипожежні норми і правила, сприяє дотриманню належних умов праці.

Важливою сферою управління КНП «ОІКЛ» є господарська діяльність, за її результати несе відповідальність, перш за все, директор лікарні в межах та порядку, визначеному діючим законодавством. Серед зон відповідальності в цьому аспекті є: побудова організаційної структури управління, затвердження положення про структурні підрозділи закладу, положення про підсумки роботи та преміювання, залучених до господарської діяльності працівників, порядок надходження та використання фінансових ресурсів, як отримані благодійні внески, гранти та доручення, порядок приймання, зберігання, відпуску та обліку лікарських засобів і медичних виробів [68].

В умовах цифровізації до зони персональної відповідальності директора відноситься створення умов, які забезпечують захист персональних даних, впровадження сучасних форм обліку наданих медичних послуг та інших форм роботи.

Слід підкреслити, що директор звітує один раз на рік перед засновником (власником) за попередній період роботи, відповідно до затвердженої форми звітності в електронній формі. За достовірність статистичної звітності відповідальність розподіляється - залучається головний бухгалтер.

Отже, з впровадженням медичної реформи та децентралізації надання медичних послуг пов’язане надання більшого обсягу повноважень директору КНП «ОІКЛ». Але, враховуючи позиції зареєстрованого статуту, працівники лікарні також мають право приймати безпосередню участь в управлінні КНП «ОІКЛ» шляхом зібрання зборів трудового колективу, через участь у професійній спілці, працювати у наглядовій Раді, вносити до адміністрації власні пропозиції, які спрямовані на покращення функціонування закладу, а також стосовно питань соціально-культурного розвитку установи. Регулювання виробничих, трудових та соціальних стосунків з персоналом здійснюється із адміністрацією згідно із колективним договором. Колективний договір укладається директором та уповноваженим органом самого трудового колективу. Додамо, сторони колективного договору в обов'язковому порядку не менш ніж один раз на рік зобов'язані звітувати на загальних зборах.

Зазначимо, що до складу органів, в яких приймають участь члени колективу, реалізуючи таким чином своє право участі в управлінні КНП «ОІКЛ», не має права входити директор.

Отже, особливістю управління ЗОЗ в умовах децентралізації полягає в тому, що контроль якості надання медичних послуг населенню здійснюється шляхом експертизи відповідності якості наданої МД на умовах, затверджених галузевими стандартами, чинним законодавством та міжнародним принципом доказової медицини, що здійснюється засновником у встановлені терміни.

Важливим принципом організації управління ЗОЗ в умовах децентралізації є передбачення можливості реорганізації лікарні у випадку злиття, приєднання, поділу, перетворення або ліквідації за рішенням засновника у випадках, що передбачені законодавством України. Так, у випадку припинення діяльності лікарні у формі злиття, приєднання, перетворення та

ліквідації усі активи медичного закладу передаються іншим аналогічним неприбутковим організаціям [68].

Таким чином, організація процесу публічного управління КНП «ОІКЛ» в умовах децентралізації та впровадженої медичної реформи будується за загальними принципами менеджменту і передбачає всебічне його упорядкування, а саме визначає послідовність і певні межі реалізації, враховуючи повноваження, які перейшли до засновника та керівника медичного закладу відповідно із законодавством про децентралізацію влади.

Маємо зауважити, що в умовах децентралізації ефективність діяльності ЗОЗ напряму залежить від їх відвідуваності та кількості виконаних медичних процедур. Тому логічним є здійснення вищенаведеного аналізу. На рисунку 2.14 демонструємо статистику відвідування поліклінічного відділення КНП «ОІКЛ» (додаток Б).

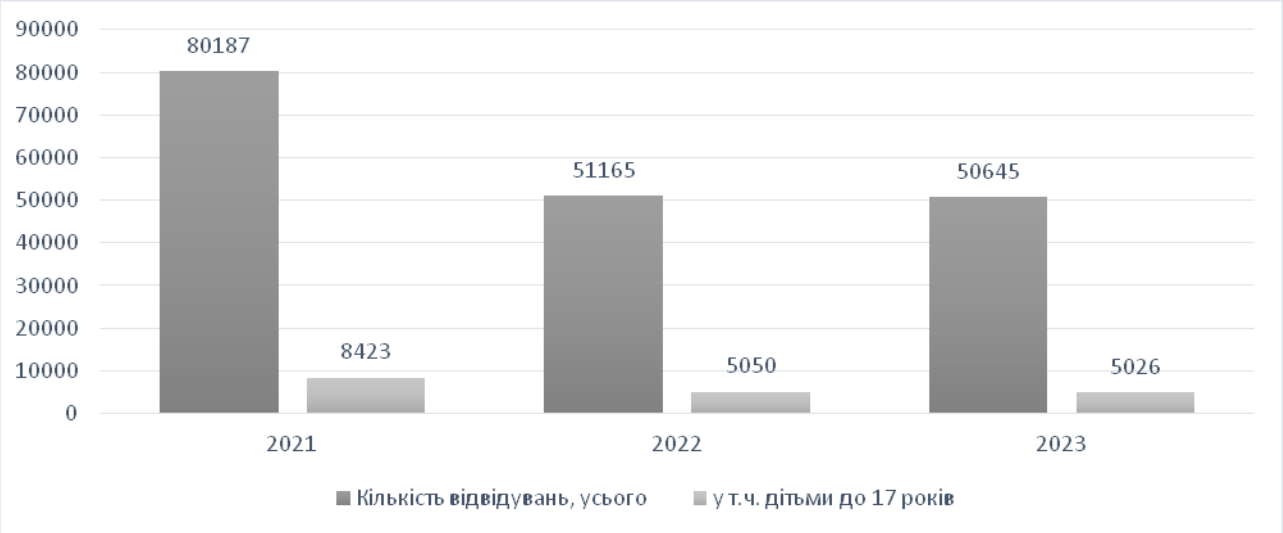


Рис. 2.14 Статистика відвідувань поліклінічного відділення КНП «ОІКЛ» протягом 2021-2023 рр.

У 2021 році лікарню відвідало 80187 разів, а кількість відвідувань особами, що не досягли 17 річного віку становило 8423 рази. У 2022 р. кількість відвідувань зменшилась на 36% або 29022 відвідувань (при цьому кількість

дітей, які звертались за допомогою зменшилась на 40%). Це пов’язано з початком військових дій на території України, внаслідок чого значно знизилась кількість хворих, що звертались за консультаціями. У 2023 кількість звертань також дещо знизилась і складала 50645 разів, що менше ніж у 2022 році на 1%. Загалом за 3 роки кількість обслуговуваного населення впала на 36,8%, у тому числі дтей – на 40,3%.

Далі проаналізуємо кількість послуг, наданих в стаціонарі КНП «ОІКЛ» (рис. 2.15) (Додаток Б). Тривалість перебування у стаціонарі КНП «ОІКЛ» зросла протягом 2021-2023 рр.

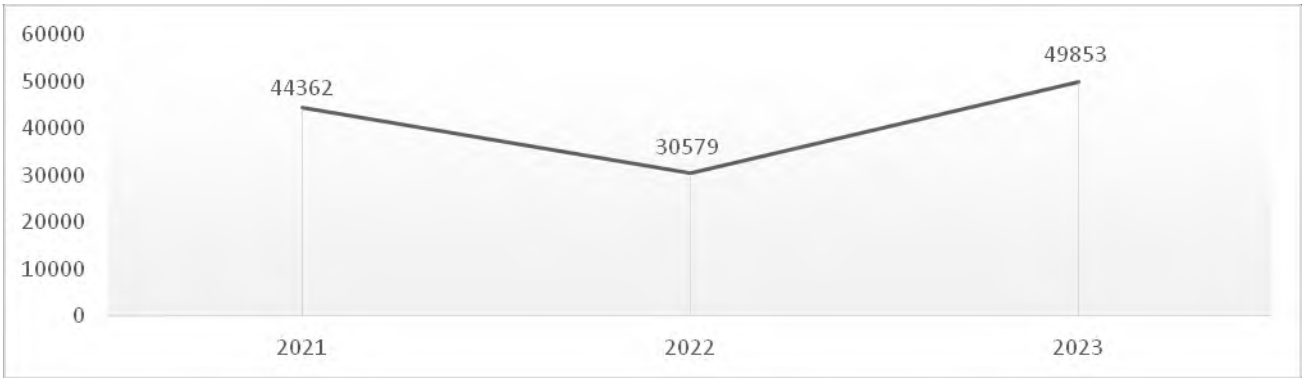


Рис. 2.15 Статистика тривалості перебування хворих у стаціонарі КНП «ОІКЛ» протягом 2021-2023 рр., ліжко-днів

Так, у 2021 році кількість ліжко-днів, проведених хворими у стаціонарі, становила 44362, а у 2022 році знизилась до 30579, що на 31% менше, ніж у 2021р., оскільки тривали обмеження, пов’язані із госпіталізацією під час воєнного стану, а також внаслідок загального звуження діяльності лікарні У 2023 році кількість ліжко-днів, проведених у стаціонарі, знову збільшилась на 63% і становила 49583 ліжко-дні. Однак, відмічаємо зростання продуктивності - загальне збільшення перебування хворих в стаціонарі становило 12,4% за 2021-2023 рр.

В цьому випадку доцільно проаналізувати не лише кількість ліжко-днів, яку пацієнти перебували в лікарні, а й кількість хворих, які лікувались в

стаціонарі (див. рис. 2.16) (Додаток В). Знову ж таки, бачимо зростаючу тенденцію до кількості пацієнтів, які проходили лікування. Зокрема, у 2021 році виписано після лікування 4315 хворих, ще 167 пацієнтів померли з різних причин. У 2022 році кількість виписаних хворих знизилась на 6,2%, а кількість померлих - на 55%. У 2023 році фіксуємо зростання виписаних хворих, загалом їх кількість становила 6204 осіб, що на 53,2% більше, ніж у 2022 році, смертність також збільшилась на 28%.

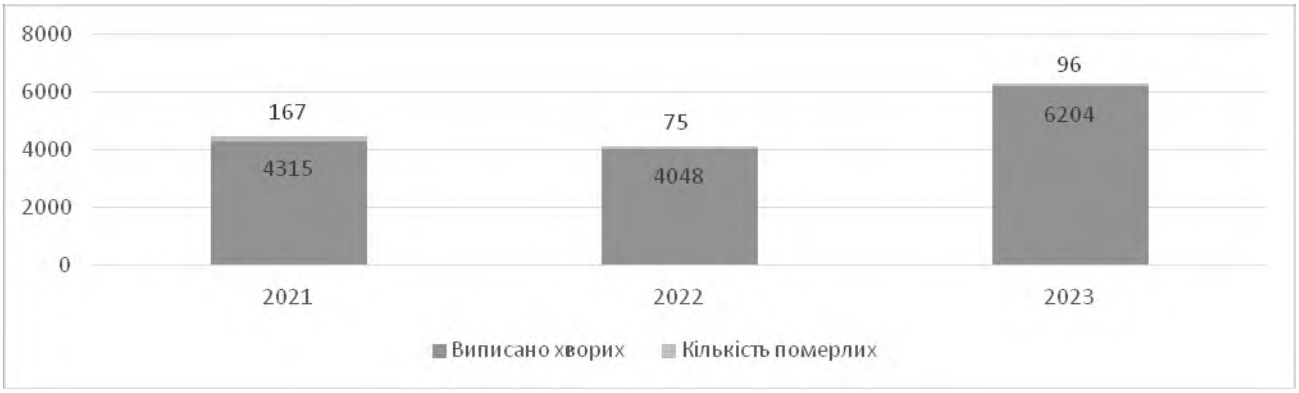


Рис. 2.16 Статистика виписаних та померлих хворих КНП «ОІКЛ» протягом 2021-2023 рр.

Маємо зауважити, що загалом, кількість осіб, які були виписані у 2023 році у порівнянні із аналогічним показником 2021 року збільшилась на 43,8%, що свідчить про зростання обсягів діяльності лікарні.

Також доцільно провести аналіз кадрового складу лікарні для розуміння потенціалу медичного обслуговування населення госпітального округу в умовах проведення медреформи та децентралізації (див. рис. 2.17) (Додаток Б).

Динаміка зміни кількості працівників у КНП «ОІКЛ» є негативною. У 2021 році у ЗОЗ працювало 460 осіб, у 2022 році їх кількість становила 382 особи, а у 2023 році - 372 особи. Всього скорочення працюючих за 2021-2023 рр. склало 88 осіб або 19%.

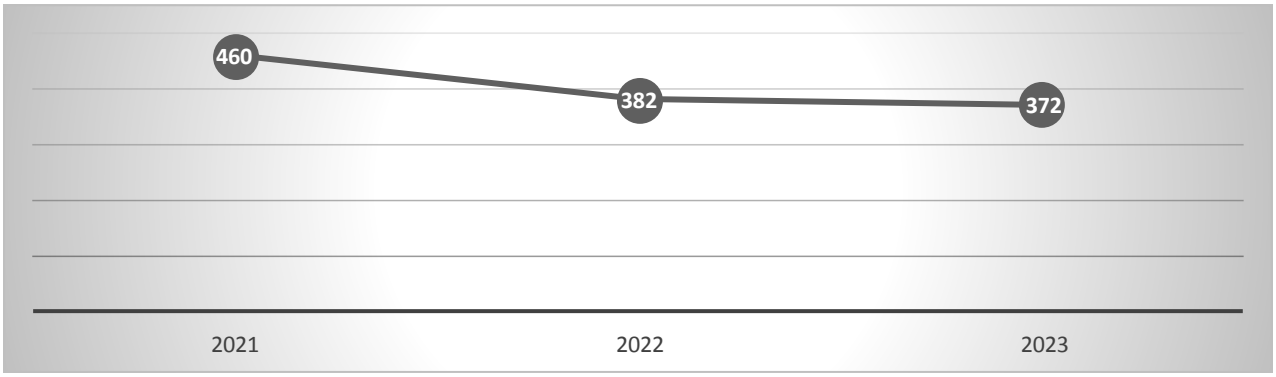


Рис. 2.17 Кількість працюючих в КНП «ОІКЛ» за 2021-2023 рр.

Також необхідно проаналізувати забезпеченість кадрами даної медичної установи, а також динаміку зміни персоналу за категоріями. Відобразимо дані показники у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Аналіз кількісного складу КНП «ОІКЛ» за 2021-2023 рр.

Найменування посади	Число посад в цілому в закладі		В т.ч. в поліклініці, диспансері, консультації		Кількість штатних працівників
	штатних	зайнятих	штатних	зайнятих	
2021 рік					
Лікарі, всього	92,50	82,50	33,50	28,75	73,00
у т.ч. керівники закладів та їх заступники	2,00	1,00	-	-	1,00
Спеціалісти з вищою немедичною освітою	9,00	9,00	2,00	2,00	9,00
Середній медперсонал - усього	160,0	141,75	31,00	28,00	138,00
у тому числі медичні сестри	115,50	99,75	29,00	26,00	97,00
Молодший медперсонал	119,00	109,75	12,50	9,50	109,00
Інший персонал	126,50	113,25	17,00	16,5,00	106,00
Усього посад	514,00	460,25	97,00	85,75	438,00
2022 рік					
Лікарі, всього	91,00	75,25	28,00	27,75	64,00
у т.ч. керівники закладів та їх заступники	2,00	1,00	-	-	1,00
Спеціалісти з вищою немедичною освітою	8,00	8,00	2,00	2,00	8,00
Середній медперсонал - усього	147,50	116,25	23,00	20,00	107,00
у тому числі медичні сестри	110,00	85,25	21,00	18,00	77,00

Продовження табл. 2.5

Молодший медперсонал	113,00	84,75	10,50	8,00	84,00
Інший персонал	126,50	95,00	17,00	13,75	88,00
Усього посад	489,00	382,25	80,50	69,50	354,00
2023 рік					
Лікарі, всього	90,25	73,5	22,75	21,25	62,00
у т.ч. керівники закладів та їх заступники	2,00	2,00	-	-	2,00
Спеціалісти з вищою немедичною освітою	8,00	8,00	2,00	2,00	8,00
Середній медперсонал - усього	147,50	108,25	22,00	17,00	93,00
у тому числі медичні сестри	111,00	78,25	21,00	16,00	64,00
Молодший медперсонал	113,00	84,50	10,5	8,00	80,00
Інший персонал	126,5	94,5	16,00	10,00	83,00
Усього посад	489,00	371,75	73,25	58,25	329,00

Як ми бачимо, у 2021 році в лікарні було відкрито 92,5 посад лікарів, з яких було зайнято 82,5 посад (89% від потреби). З цієї кількості 33,5 посад було виділено на поліклініку, де вільними залишались 4,75 посад. Загалом відзначимо, що на зазначених посадах працювали 73 особи. Керівних посад у медичному закладі виділили 2, з яких було зайнято 1, а спеціалістів з вищою немедичною освітою заклад потребував у обсязі 8 посад, які були зайняті у повному обсязі. Потреба у середньому медичному персоналі у закладі була закрита на 79% (зайнято 116,25 із 147,5 посад). При цьому у поліклініці були зайняті 20 із 23 наявні посади. Потреба у молодшому медичному персоналі закрита на 74,8%, зайнято 84,5 посади із 113. Певну нестачу заклад відчував у наборі персоналу за іншими категоріями - у 2021 році потреба в означених категоріях становила 126,5 посад, а зайнято було 94,5 (74,7%). При цьому загалом, по медичному закладу в штатному розписі було виділено 489 посад, серед яких зайнято було 371,75 посад, що складало 76% від потреби. По поліклініці було закрито 79,5% від потреб.

У 2021 році штатний розклад лікарні дещо змінився - зменшилась кількість посад лікарів (на 1,5), кількість середнього медперсоналу – на 12,5, а молодшого - на 6 посад. При цьому загальна кількість посад скоротилась на 84.

Ситуація щодо керівних посад у медичному не змінилась. Нестача лікарів дещо збльшилась - зайнято було 75,25 з 91 (82,7 від потреби). А кількість штатних працівників на цих посадах зменшилась із 73 осіб у 2021 році до 64 в 2021 році, що свідчить про недостатньо ефективну кадрову політику в медичному закладі та суттєву плинність кадрів внаслідок війни. Кількість зайнятих посад середнього медичного персоналу скоротилась з 141,75 посад у 2021 році до 116,25 у 2022 році, а укомплектованість склала 78,8%. Кількість зайнятих посад молодшого медичного персоналу також скоротилась на 25 ставок, а забезпеченість кадрами цього профілю склала 75% Штат іншого персоналу також був укомплектований на 75%. Загалом штат лікарні був укомплектований на 78,2%

У 2023 році констатуємо подальше скорочення кількості зайнятих посад лікарів, зокрема, зайнято було 73,5 посад із 90,25, тобто нестача лікарів складала 18,6%, що достатньо негативно позначається на якості обслуговування пацієнтів. Керівних посад у медичному закладі виділили 2, з яких всі були зайняті, а спеціалістів з вищою немедичною освітою заклад потребував у обсязі 8 посад, які також були зайняті у повному обсязі. Нестача середнього медичного персоналу склала 39,25 посад, тобто 26,6% (серед них медичних сестер – 29,5%), а молодшого медичного персоналу - 25,2%, що свідчить про катастрофічну нестачу медичних кадрів у закладі. Загальна укомплектованість штатів при повному забезпеченні посад інших категорій склала 76%.

Приходимо до висновку, що на загальну якість послуг медичного характеру в КНП «ОІКЛ» впливає забезпеченість медичними кадрами. Як нами було виявлено під час аналізу, станом на 2023 рік не вистачає лікарів (укомплектованість штатів 81,4%), середнього та молодшого медичного персоналу (укомплектованість відповідно 73,4% та 74,8%). Більшість лікарів та медичного персоналу працює на умовах сумісництва, займаючи більш ніж 1 ставку, що також впливає на якість обслуговування через надмірне навантаження персоналу [15].

Аналіз результатів роботи КНП «ОІКЛ» свідчить про те, що медичне обслуговування мешканців Запорізької області в основному є доступним та багатопрофільним в рамках проведеної децентралізаційної реформи. В той же час, відмічаємо наявність певних проблем, що накопичувалися і не вирішувалися протягом багатьох років, і є характерними для багатьох ЗОЗ даного типу, а наразі вони, вочевидь, загострилися і потребують якнайшвидшого, а деякі - і термінового вирішення. Зокрема, мова йде про оновлення матеріально-технічної бази КНП «ОІКЛ» згідно до вимог євростандартів, а також ефективного застосування наявних в розпорядженні трудових, матеріальних, технічних та фінансових ресурсів.

На період дії воєнного стану вимагає удосконалення застосування механізмів сучасного управління організації обслуговування пацієнтів, що відповідають потребам реформування медичної системи, вимогам децентралізації тощо.

Особливої уваги потребують різнонаправлені профілактичні роботи щодо вакцинації населення, впровадження стандартів здорового способу життя, формування навички ранньої діагностики сезонних хвороб. У зв'язку із реорганізацією та оптимізацією КНП «ОІКЛ» з огляду на децентралізаційні процеси, виникла потреба із перекваліфікації наявного медичного персоналу. Широке використання комп'ютерних можливостей для облікової статистичної роботи вимагає залучення фахівців відповідного профілю із наявністю також базових медичних знань. Нового, інноваційного, креативного підходу вимагає організація оновленої системи забезпечення КНП «ОІКЛ» інформаційними ресурсами, кадрами, технологіями, технікою.

Висновки до розділу 2

На основі аналізу публічного управління ЗОЗ на прикладі Запорізької інфекційної лікарні можна зробити наступні висновки:

1. Для дослідження трансформації організаційного забезпечення публічного управління ЗОЗ на регіональному рівні, зокрема, у Запорізькій області, розглянута спроможна мережа ЗОЗ, яка є об’єктом управління. Встановлено, що необхідно створення особливої системи управління в ЗОЗ, яка враховує специфіку їх функціонування, так як вони мають певні управлінські особливості, пов'язані із соціальною спрямованістю їх діяльності. Децентралізація також суттєво впливає на функціонування ЗОЗ і призводить до певних змін в їх управлінні, при цьому визначені особливості публічного управління ЗОЗ в цих умовах. Доведено, що організаційне забезпечення публічного управління ЗОЗ є певним набором компонентів, які взаємодіють один з одним для досягнення поставлених цілей, визначені концептуальні принципи, методи та основні функції такого управління. Встановлено, що вирішення системних проблем охорони здоров’я та ефективність подальших її змін потребує продовження процесу децентралізації, насамперед, фінансової та адміністративної. Для стійкої самодостатності ЗОЗ доцільно розширити їхні повноваження щодо самофінансування і самостійного розпорядження коштами на рахунках, дати закладам більше управлінської, фінансової та адміністративної автономії.

2. Здійснена соціально-економічна оцінка функціонування КНП «ОІКЛ» як єдиного в Запорізькій області спеціалізованого лікувального ЗОЗ інфекційного профілю для надання медичної допомоги хворим з інфекційною патологією. Розглянута організаційна структура лікарні, структура кадрового складу, здійснений аналіз фінансово-економічної діяльності (зокрема, аналіз структури та динаміки майна і джерел його формування, структури та динаміки фінансових результатів діяльності лікарні за 2021-2023рр.). Встановлено, що діяльність КНП «ОІКЛ» до 2022 р. була прибутковою, а в 2023 р. лікарня

отримана збиток у розмірі 12492,1 тис. грн як наслідок значного скорочення чистого доходу від реалізації послуг лікарні, що пов’язано зі зменшенням обсягів їх надання.

3. Виконана оцінка впливу медичної реформи децентралізації на діяльність КНП «ОІКЛ» шляхом з'ясування соціальної сутності та призначення даного закладу; визначення мети та місії лікарні в умовах реформи децентралізації; аналізу організаційної структури; виявлення специфіки управління діючими підрозділами лікарні; дослідження внутрішнього і зовнішнього середовища функціонування установи; виявлення існуючих проблем з метою покращення результатів діяльності, враховуючи передбачувані зміни зовнішнього та внутрішнього середовища. Наголошено, що в умовах децентралізації ефективність діяльності ЗОЗ напряму залежить від їх відвідуваності та кількості виконаних медичних процедур, тому виконаний вищенаведений аналіз діяльності КНП «ОІКЛ» з 2014р. по 2023 р.

РОЗДІЛ 3
УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗАПОРІЗЬКОГО РЕГІОНУ НА ПРИКЛАДІ ЗАПОРІЗЬКОЇ ІНФЕКЦІЙНОЇ ЛІКАРНІ

3.1 Удосконалення якості надання медичних послуг дорослим та дітям з інфекційною патологією

Сьогодні, в умовах реформування СОЗ в Україні, забезпечення високої якості медичних послуг, що надаються, є одним із пріоритетних напрямків. Якість медичних послуг - це ступінь, в якій послуги охорони здоров'я, що надаються окремим особам та групам населення, підвищують ймовірність досягнення бажаних результатів у галузі охорони здоров'я та відповідають професійним знанням на основі фактичних даних [69, с.25]. Це визначення якості медичних послуг поширюється на зміцнення здоров'я, профілактику, лікування, реабілітацію та паліативну допомогу і виходить з того, що якість медичних послуг може вимірюватися та постійно підвищуватися завдяки тому, що такі послуги надаються на основі фактичних даних та з урахуванням потреб та уподобань користувачів послуг - пацієнтів та місцевих громад.

За останні десятиліття сформульовані численні елементи якості медичних послуг, тобто на сьогоднішній день існує чіткий консенсус, що якісні послуги в СОЗ мають бути наступними (табл.3.1).

Отже, незважаючи на відмінність організації моделей СОЗ у світі, їх поєднує єдина мета - здатність надавати ефективні та якісні медичні послуги. Досягнення цієї мети залежить від багатьох факторів, основним з яких є ефективність організаційного устрою СОЗ, її фінансування, наявність кваліфікованих кадрів, сучасних медичних технологій та обладнання, дієвої системи забезпечення якості медичних послуг тощо [70].

Таблиця 3.1

Складові якості медичних послуг [70]

Ознака якості медичних послуг	Характеристика
Ефективність	Забезпечується шляхом надання заснованих на фактичних даних послуг охорони здоров'я особам, які їх потребують
Безпечність	Забезпечується шляхом не заподіяння шкоди особам, для яких призначається медична допомога
Орієнтація на потреби людей	Забезпечується шляхом надання медичних послуг відповідно до індивідуальних уподобань, потреб та цінностей у рамках служб охорони здоров'я, організованих з урахуванням потреб людей
Своєчасність	Забезпечується шляхом скорочення часу очікування, а іноді й затримок, що завдають шкоди як тим, хто отримує медичні послуги, так і тим, хто їх надає
Справедливість	Забезпечується шляхом надання однакової якості медичних послуг незалежно від віку, статі, ґендеру, раси, етнічної приналежності, географічного розташування, релігії, соціально-економічного статусу, а також мовної чи політичної приналежності
Інтегрованість	Забезпечується шляхом надання медичних послуг, що скоординована на всіх рівнях та серед провайдерів послуг та забезпечує доступ до всього комплексу послуг охорони здоров'я протягом усього життя
Дієвість	Забезпечується шляхом отримання максимальних переваг від наявних ресурсів та недопущення втрат часу та коштів

Для всіх сучасних моделей СОЗ світу, у тому числі і для України, властива наявність п'яти механізмів, які забезпечують якість надання медичних послуг (рис.3.1).

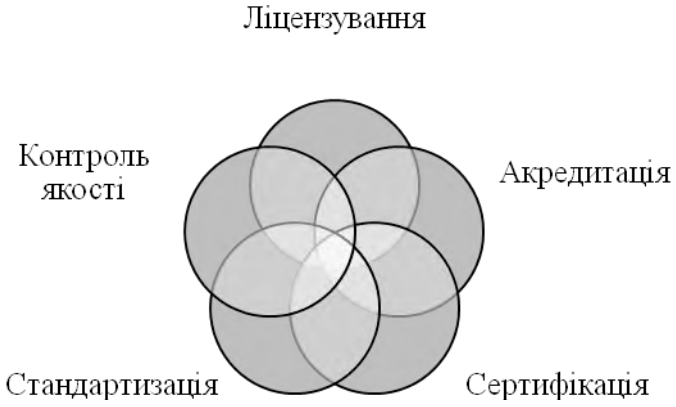


Рис. 3.1 Складові механізму забезпечення якості надання медичних послуг

Так, в Україні ліцензування поширюється на всіх юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців, які здійснюють діяльність з медичної практики незалежно від їх організаційно-правової форми.

«Якщо ліцензування гарантує мінімальні стандарти для безпеки пацієнта та мінімізує ризики для здоров'я, акредитація ЗОЗ покликана забезпечити безперервне підвищення якості надання медичних послуг та націлена на досягнення оптимальних стандартів їх надання» [71, с.40]. Разом з тим в Україні акредитація здійснюється МОЗУ, а не незалежною структурою, як це відбувається в більшості країн ЄС, що створює об'єктивні перешкоди для забезпечення належної якості медичних послуг. Іншими словами, акредитація відбувається у вигляді «контрольної перевірки» ЗОЗ на їх відповідність нормативно-правовим вимогам, а ефективні критерії оцінки якості надання медичних послуг відсутні. Отже, існуюча в Україні система акредитації ЗОЗ практично не оцінює рівень задавленості пацієнтів якістю отриманих медичних послуг, рівень клінічного управління, а також індикатори якості, які відображали б відповідність наданих послуг медичним стандартам та протоколам. Тому можна поставити під сумнів відповідність системи акредитації в Україні сучасним цілям у СОЗ.

Наступним механізмом, який забезпечує якість надання медичних послуг, є сертифікація, яка підтверджує відповідність ЗОЗ міжнародним стандартам якості. Наказом МОЗУ від 20.12.2013 р. №1116 внесено зміни до процедури акредитації ЗОЗ, зокрема, які передбачають, що для присвоєння вищої акредитаційної категорії закладу вторинного рівня необхідно пройти перевірку на ISO та отримати сертифікат відповідності до національного стандарту ДСТУ ISO 9001:2009 «Системи управління якістю. Вимоги» [71, с.39].

Щодо запровадження механізму стандартизації слід зазначити: Україна «гармонізована зі світовою практикою розробки медико-технологічних документів, яка передбачає наявність клінічних рекомендацій (установок), медичних стандартів та протоколів надання медичної допомоги. Кожна окрема країна, яка розробила або адаптувала клінічні посібники (як основу доказової

медицини), надалі має можливість здійснити наступний крок, наприклад, розробити клінічні протоколи або медичні стандарти. Останні є насамперед інструментом для організаторів охорони здоров'я, МОЗУ, Уряду» [72, с.93]. Розробку медичних стандартів ініціюють не лікарі та професійні асоціації, а уряд, МОЗУ, проте в Україні це не відбувається.

Ще один дієвий механізм контролю якості - клінічний аудит (внутрішній та зовнішній). «Зовнішній аудит здійснюють відповідні державні установи, внутрішній - безпосередньо лікарський склад ЗОЗ (самоконтроль), оскільки вони зацікавлені в належній якості медичних послуг (у тому числі фінансово). Завдання клінічного аудиту - порівняти наявну клінічну практику з передовою для вдосконалення медичних послуг» [73, с.133]. Аудит може включати оцінку процесу надання медичних послуг та/або їх результату, що здійснюють за певними критеріями, які вказують, чого потрібно досягти, щоб відповідати найкращій практиці.

Результати клінічного аудиту завжди корелюють з певними умовами медичної практики, ЗОЗ, певною групою пацієнтів. Моніторинг може бути періодичним чи безперервним, а також може бути застосований щодо конкретних проблемних питань або для перевірки ключових напрямів роботи ЗОЗ.

Наказом МОЗ від 01.08.2011 р. №454 проголошено принцип безперервного підвищення якості, невід'ємною складовою якого є клінічний аудит. У Концепції зазначено: зараз «аналіз результатів роботи ЗОЗ ґрунтується на затверджених державними органами облікових та звітних документах (статистичних даних та річних звітах про діяльність), а також на результатах окремих досліджень, чого недостатньо для оцінки якості медичних послуг та визначення напрямів їх покращення» [51]. Отже, теоретично задекларовано більшість відомих у світі методів такого контролю: зовнішній та внутрішній, самооцінка, експертна оцінка, клінічний аудит, моніторинг системи індикаторів якості, атестація/сертифікація відповідно до вимог чинного законодавства України та ЄС. Реально ж клінічний аудит проводять лише в окремих ЗОЗ

України, шо повязане, насамперед, з незнанням механізму його проведення, нерозумінням ролі індикаторів у локальних протоколах. Також причиною є відсутність мотивації колективів ЗОЗ, так як рівень якості, зазначений в індикаторах надання медичної допомоги, як правило, не пов'язаний із фінансуванням ЗОЗ та зарплатою лікарів.

Таким чином, хоча в нормативних документах МОЗУ і зазначені сучасні методи контролю якості медичних послуг (зокрема, клінічний аудит та моніторинг), на практиці оцінка їх якості здійснюється експертним шляхом на основі отриманих результатів, а також при появі окремих небажаних випадків. За результатами такої оцінки вживаються «організаційні заходи» для покарання винних. В той же час клінічний аудит у ЗОЗ проводиться з основному один раз на квартал з метою не покарання окремих працівників, а пошуку можливостей для досягнення певної якості надання медичних послуг.

Отже, шлях до якісної медицини неможливий без проведення клінічного аудиту у ЗОЗ, а для його здійснення в медичних стандартах та клінічних протоколах потрібно закласти відповідні інструменти (критерії та індикатори оцінки якості медичних послуг) та здійснювати їх постійний моніторинг із вжиттям заходів щодо покращення.

Таким чином, на національному рівні функцію зовнішнього контролю якості медичних послуг здійснює МОЗУ, яке визначає стратегії розвитку СОЗ, регулює діяльність ЗОЗ та затверджує стандарти й клінічні протоколи надання медичної допомоги. Також МОЗУ стежить за дотриманням ліцензійних умов провадження діяльності з медичної практики, проводить акредитацію ЗОЗ, атестацію медиків, клініко-експертну оцінку якості та обсягів медичних послуг та інші заходи з державного нагляду.

На місцевому рівні контроль за діяльністю ЗОЗ здійснюють обласні департаменти охорони здоров’я. Вони визначають потреби населення області у медичних послугах, забезпечують виконання стандартів надання медичної допомоги, вивчають потреби та відгуки пацієнтів, здійснюють клініко-експертну оцінку якості та обсягів наданих медичних послуг.

На локальному рівні контроль якості медичних послуг здійснюють ЗОЗ усіх форм власності. Він полягає у контролі за наявністю необхідного медичного персоналу, вчасною атестацією, дотримання стандартів та клінічних протоколів щодо наданих медичних послуг, вивчення думки пацієнтів та дотримання їх прав.

Виходячи з вищевикладеного, розглянемо шляхи удосконалення якості надання медичних послуг на локальному рівні на прикладі КНП «ОІКЛ» Запорізької ОВА. При цьому від якістю медичних послуг дорослим та дітям з інфекційною патологією будемо розуміти властивість процесу взаємодії лікаря та пацієнта, зумовлена кваліфікацією професіонала, тобто його здатністю виконувати медичні технології, знижувати ризик прогресування наявного у пацієнта захворювання та виникнення нового патологічного процесу, оптимально використовувати ресурси ЗОЗ та забезпечувати задоволеність пацієнта від його взаємодії із медичною системою.

При цьому підході якість медичних послуг дорослим та дітям з інфекційною патологією, як ми вважаємо, можна характеризувати та оцінювати за трьома напрямками:

− за структурою (матеріально-технічні можливості, кадрові ресурси тощо, що характеризують умови надання медичних послуг, але не є гарантією якості);

− за результатом (залежить як від якості процесу надання медичних послуг, так і від факторів, не пов'язаних із роботою лікаря, тобто тяжкості хворого, його віку, особливості захворювання тощо);

− за процесом надання медичних послуг, тобто стосовно лікарського процесу (через вплив на процес можна вплинути на результат).

По суті, виділено три аспекти якості медичних послуг: якість структури, якість процесу та якість результату, що дає можливість застосовувати структурний, процесуальний та результативний підхід при аналізі якості медичних послуг.

Разом з тим, другий напрямок (оцінка якості медичних послуг за результатом), швидше, є підсумковим, комплексним по відношенню до решти. Справді, якість медичних послуг визначається як умовами їх надання (структурою), так і власне процесом надання (лікарським процесом, що передбачає реалізацію найбільш раціональних методів профілактики, діагностики та лікування). Відповідно, загальний результат і залежатиме від даних характеристик якості медичних послуг. Звичайно, очевидно, що результат не завжди безпосередньо визначається якістю медичних послуг, оскільки залежить від тяжкості, особливостей захворювання, віку хворого тощо, тобто від об'єктивних обставин. При цьому іноді вплив на результат лікування способу життя, соціальних, економічних факторів, умов навколишнього середовища тощо набагато сильніше, ніж сама якість лікування.

Безперечно, що професійна медична діяльність спочатку передбачає облік об'єктивних особливостей пацієнта, що відбивається як в умовах надання медичних послуг, так і в лікарському процесі. Таким чином, нашу позицію щодо якості медичних послуг, що залежить від суб'єкта її надання, можна охарактеризувати як пропозицію оцінки якості медичних послуг за умовами та за лікарським процесом.

Так, певні характеристики медичної послуги (інформаційні, просторові, комфортності, техніко-економічні) справді визначаються насамперед умовами надання медичних послуг. Однак професійні, змістовні нормативні та претензійні характеристики медичної послуги визначаються не лише умовами її надання, а й, насамперед, якістю лікарського процесу. Ці відмінності ілюструє таблиця 3.2.

Не можна не відзначити, що особливу складність становить оцінка нормативних характеристик якості медичних послуг. Безсумнівно, величина корисного результату від надання медичних послуг, швидкість досягнення ефекту та низку інших характеристик ЗОЗ визначаються насамперед логікою прийняття та реалізації рішень лікарем (та іншими категоріями медичного персоналу).

Таблиця 3.2

Напрями оцінки характеристик якості медичної послуги на КНП «ОІКЛ» Запорізької ОВА

Характеристики якості послуги	Напрямок оцінки	
	За умовами	За лікарським процесом
Суб'єктивні		
Професійні (чуйність, емпатія, комунікабельність, впевненість, ввічливість, довірливість)	+	+
Інформаційні (інформація про діяльність ЗОЗ, інформація про керівництво, інформація про послуги)	+	-
Просторові (зовнішнє оформлення, внутрішнє оформлення, інформаційне оформлення)	+	-
Претензійні (наявність претензій, регулярність претензій, характер претензій)	+	+
Об'єктивні		
Змістовні (призначення, відчутність, швидкість отримання ефекту)	+	+
Нормативні (безпека, надійність, екологічність, патентно-правова захищеність, стандартизованість та уніфікованість)	+	+
Техніко-економічні (технологічність, економічність)	+	-
Комфортності (доступність, ергономічність, естетичність)	+	-

Ця логіка дозволяє виділити ряд основних етапів лікарського процесу, що може бути основою для його стандартизації у певних рамках. Проте ідея стандартизації нерідко викликає неприйняття. Справді, неможливо уявити ситуацію, коли послідовність лікувально-діагностичних заходів спочатку однозначно зафіксована, а будь-які відхилення від неї - у тому числі й зумовлені специфікою перебігу хвороби у конкретного пацієнта - заборонені. Але це лише означає, що стандарти в медицині мають бути досить гнучкими, наприклад, за рахунок багаторівневості та багатоваріантності опису технології діагностики, лікування та реабілітації хворого [74, с.80].

Як зазначалося нами раніше, виявлення напрямів зміни якості медичних послуг має припускати присвоєння характеристикам якості цих послуг кількісних значень. Це може здійснюватися за допомогою традиційних, експертних чи соціологічних методів.

Щодо оцінки якості медичних послуг дорослим та дітям з інфекційною патологією загалом, нами було визначено пріоритетні методи оцінки різних характеристик якості таких послуг. На наш погляд, подібний підхід можна застосувати і до оцінки характеристик якості медичних послуг на КНП «ОІКЛ» Запорізької ОВА (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Методи оцінки поодиноких характеристик якості медичних послуг дорослим та дітям з інфекційною патологією на КНП «ОІКЛ»

Характеристики якості послуги	Традиційний	Експертний	Соціологічний
1	2	3	4
Суб'єктивні			
Професійні			
чуйність			+
емпатія			+
комунікабельність			+
впевненість		+	+
ввічливість			+
довірливість			+
Інформаційні			
інформація про діяльність установи		+	+
інформація про керівництво		+	+
інформація про послуги		+	+
Просторове зовнішнє оформлення			
внутрішнє оформлення		+	+
інформаційне оформлення		+	+
Претензійна			
наявність претензій	+		
регулярність претензій	+		
характер претензій	+	+	
Об'єктивні			
Призначення			
зміст		+	+
відчутність		+	+
швидкість отримання ефекту			+
Нормативні			
безпека	+	+	
надійність	+	+	
екологічність	+	+	
патентно-правова захищеність	+	+	
стандартизованість та уніфікованість	+		
Техніко-економічні			
технологічність	+		
економічність	+		

Продовження табл. 3.3

1	2	3	4
Комфортність			
доступність			+
ергономічність			+
естетичність		+	+
зручність			+

(+) – пріоритет використання методу

Як випливає з таблиці, в оцінці більшості параметрів якості медичних послуг (крім претензійних, нормативних і техніко-економічних) краща оцінка споживача. Частина показників (наявність претензій, економічність, стандартизованість, патентно-правова захищеність тощо) може бути розрахована співробітниками ЗОЗ. Залучення експертів у ряді випадків не має сенсу через відносну простоту оцінки показника, або обмежено самою специфікою медичної послуги (невіддільність, незбереженість, непостійність) - деякі характеристики якості медичних послуг неможливо оцінити, не будучи споживачем послуги.

Оскільки для оцінки якості будь-якої послуги використовуються різнопланові показники, багато з яких неможливо визначити об'єктивно, і щодо медичних послуг практикується використання бальної системи оцінки (максимальна кількість балів визначається експертним шляхом). Тоді можна розрахувати як абсолютне значення того чи іншої показника якості медичних послуг, так і рівень якості - порівняльну величину (за еталон береться значення аналогічного показника еталонної послуги).

Рівень якості окремого показника якості медичних послуг визначається так:

$$Ki = \frac{Qi}{Qбi} \qquad (3.1)$$

де Ki - відносний рівень якості одиничного показника і;

Qi - величина показника і в аналізованій медичній послузі в балах;

Qбі- величина показника і в базовій (взятій для порівняння) медичної послуги в балах.

Однак при розрахунку претензійних показників якості медичних послуг формула виглядатиме як зворотне співвідношення аналізованої та базової характеристик:

$$Ki = \frac{Qпбі}{Qпі} \quad (3.2)$$

Де Qnбі - величина претензійного показника і у базовій (взятій для порівняння) медичній послузі у балах;

Qni- величина претензійного показника і в аналізованій медичній послузі в балах.

Проілюструємо застосування даних показників на прикладі оцінки якості медичних послуг дорослим та дітям з інфекційною патологією на КНП «ОІКЛ». Так, оснащення додатковим діагностичним обладнанням для лікування хворих (монітори пацієнта) може призвести до зміни таких характеристик відповідної медичної послуги як техніко-економічні, претензійні та комфортні. Якщо використовувати десятибальну систему оцінки, і за нею оцінити величину показників, рівень якості медичних послуг може бути розрахований наступним чином (табл.3.4).

Таблиця 3.4

Приклад розрахунку показників рівня якості медичних послуг дорослим та дітям з інфекційною патологією на КНП «ОІКЛ» Запорізької ОВА

Характеристики якості послуги	Величина показника базової послуги	Величина показника нової послуги	Рівень якості за характеристикою
Техніко-економічні	10	8	8: 10 = 0,8
Комфортності	5	8	8: 5 = 1,6
Претензійні	4	2	4:2 = 2

У межах цього прикладу ми можемо дійти висновку, що у сукупності показників рівень якості медичних послуг у середньому збільшився майже півтора разу: (0,8+1,6+2)/3=1,46.

Саме зростання показників якості медичних послуг дорослим та дітям з інфекційною патологією» буде обґрунтуванням доцільності змін, у тому числі і стратегічного, інноваційного характеру, у роботі КНП «ОІКЛ, без яких не обійтися в сучасних умовах ринку медичних послуг.

Таким чином, управління якістю медичних послуг - це безперервний процес впливу на їх надання з метою забезпечення їх якості шляхом послідовної реалізації управлінських функцій. За минулий час було зроблено значні кроки щодо організації та впровадження як відомчих, так і позавідомчих систем контролю якості медичних послуг, проте ця проблема не втрачає своєї актуальності.

3.2 Обґрунтування створення системи менеджменту якості в інфекційній лікарні

Публічне управління ЗОЗ включає в себе багато складних елементів, і одним із головних завдань є забезпечення якості медичних послуг. Так, в ЗОЗ відповідно до стандарту ISO 9001:2015 повинна бути розроблена система управління якістю, в рамках якої регламентується процес надання медичної допомоги [72, с.94]. Ця система включає в себе забезпечення конкурентності та ефективної координації надання медичних послуг на всіх етапах, створення оптимальних шляхів направлення медичної допомоги, включаючи організацію консультацій та використання додаткових методів обслуговування в інших ЗОЗ. Також ця система враховує заходи для забезпечення безпечного використання лікарських препаратів та медичних виробів, а також запобігання поширенню інфекційних захворювань. Усі ЗОЗ та фізичні особи - підприємці, які функціонують у СОЗ, повинні обов’язково дотримуватися стандартів якості медичних послуг, клінічних протоколів і вимог до матеріально-технічного обладнання. Система управління якістю медичних послуг повинна бути підтримана не тільки державними органами, але й активною участю лікарів,

медичного персоналу та служб ЗОЗ, щоб забезпечити ефективне впровадження та вдосконалення політики якості.

Як вже зазначалося, існуючі моделі управління ЗОЗ в Україні, як правило, орієнтуються виключно на процес надання медичних послуг і не враховують ті взаємопов'язані процеси та види діяльності установи, які прямо або опосередковано беруть участь у процесі створення медичної послуги та впливають на її результат. При цьому існуючі моделі спираються в основному на стандартизацію алгоритмів лікувально-діагностичного процесу та медичних послуг (клінічні протоколи, протоколи ведення хворих, стандарти медичної допомоги) та на методи контролю та оцінки якості медичних послуг.

Отже, в даний час залишаються недостатньо опрацьованими питання впровадження процесного підходу до управління в ЗОЗ, який дозволив би безперервно підвищувати якість наданих послуг за наявних ресурсів та ефективно вирішувати поставлені завдання. Незважаючи на впровадження стандартів ISO, які визначають загальні вимоги до системи управління якістю будь-якої без винятку організації, механізми їх реалізації в ЗОЗ досі не достатньо розроблений.

Крім цього, систему управління якістю медичних послуг прийнято розглядати як підсистему, а не як цілісну систему управління ЗОЗ, діяльність якої спрямована на підвищення задоволеності споживачів (пацієнтів), результативність процесів надання медичних послуг та діяльності ЗОЗ загалом. Пропоновані в даний час напрямки підвищення рівня управління якістю медичних послуг здебільшого запозичені з досвіду промислового виробництва.

Зважаючи на це, розглянемо аггоритм створення системи менеджменту якості медичних послуг (Total Quality Management - TQM) на прикладі КНП «ОІКЛ».

Система TQM - це комплексна система, яка орієнтована на постійне покращення якості, мінімізацію виробничих витрат і на постачання точно в строк. В основі філософії TQM лежить принцип «покращенню немає меж» і формується установка, що досягти цих меж практично неможливо, але треба

постійно прагнути до них і не зупинятися на досягнутих результатах. Ця філософія має спеціальний термін - «постійне покращення якості» (quality improvement). Щодо якості діє цільова установка «прагнення до 0 дефектів», до витрат - «0 непродуктивних витрат», до постачання - «точно в строк» [73, с.136].

У системі TQM використовують адекватні цілям методи управління якістю. Однією з ключових особливостей системи є використання колективних форм і методів пошуку, аналізу та вирішення проблем, постійна участь всього колективу у покращенні якості [73, с.137].

Розглянемо основні напрямки покращення роботи КНП «ОІКЛ» по управлінню якістю, які мають бути складовою основних планів діяльності всіх ЗОЗ. Результатом вивчення та аналізу ряду успішних процесів щодо покращення діяльності підприємств та організацій економічно розвинених країн, а також узагальнення досвіду передових вітчизняних підприємств став перелік основних напрямів підвищення ефективності діяльності ЗОЗ [72, с.93]. До цих напрямів відносяться:

а) підвищення зацікавленості менеджерів вищої ланки ЗОЗ у покращенні його роботи. Для початку процесу поліпшення абсолютно необхідна щира впевненість вищого керівництва в тому, що воно здатне на більше порівняно з минулими здобутками. Процес покращення починається з вищого керівництва, розвивається у міру того, як проявляється зацікавленість процесом іншими співробітниками та припиняється у разі зниження інтересу до нього з боку вищого керівництва.

б) усвідомлення необхідності колегіального прийняття рішень щодо покращення діяльності. Для реалізації цього принципу необхідно створити громадську (опікунську) раду або комісію щодо покращення діяльності. До складу такої ради повинні входити представники вищого керівництва КНП «ОІКЛ», а також керівники підрозділів та служб, лікарі та інший персонал. Основними функціями ради мають стати вивчення процесу вдосконалення діяльності та її адаптація до умов закладу. Як показує досвід, універсальних

конкретних рекомендацій щодо підвищення якості для всіх ЗОЗ та навіть підрозділів однієї лікувальної установи не існує. Громадська рада є розробником процесу покращення діяльності, готує медичну установу до впровадження заходів щодо поліпшення та координує діяльність з реалізації цього процесу.

в) залучення у процес поліпшень всього складу керівництва КНП «ОІКЛ». За реалізацію процесу поліпшення діяльності несе відповідальність весь керівний склад ЗОЗ і це вимагає від кожного керівника вищої та середньої ланки (від директора, головного лікаря до головного бухгалтера) активної практичної участі. Кожен керівник має пройти спеціальну підготовку для вивчення нових вимог до стандартів діяльності та отримання інформації про існуючі методи її покращення.

г) участь лікарів та іншого персоналу КНП «ОІКЛ» у процесі впровадження заходів щодо покращення діяльності. Після того, як до процесу покращення діяльності залучено все керівництво закладу, необхідно переходити до залучення до цього процесу лікарів, медичних сестер та інших членів колективу. Це входить до обов'язків керівника кожного окремого підрозділу, який має сформувати «групу щодо покращення роботи» у складі свого підрозділу. Наприклад, завідувач відділення КНП «ОІКЛ» як керівник такої групи несе відповідальність за організацію навчання її членів тими методами поліпшення роботи, які він сам уже вивчив. До основних завдань групи щодо поліпшення роботи належать оцінка результатів діяльності свого підрозділу та робота з безперервного вдосконалення.

д) заохочення індивідуальної участі. Незважаючи на важливість колективних дій, слід приділяти увагу кожному окремо взятому члену колективу. У зв'язку з цим доцільною стає розробка системи заходів, що заохочує особисту участь, дозволяє оцінити та визнати результати вкладу, який вносить кожен співробітник у підвищення ефективності та якості роботи медичного закладу.

е) формування групи щодо вдосконалення системи управління процесами. Будь-яка повторювана дія в кожному підрозділі КНП «ОІКЛ» є не що інше, як процес, управління яким відбувається за допомогою тих самих методів, які застосовні під час управління звичайними технологічними процесами. Для вдосконалення системи управління процесами доцільно розробити схему послідовності операцій, які входять у процес, організувати контроль їх виконання та забезпечити зворотний зв'язок. За реалізацію кожного окремого процесу надання медичних послуг та за його успішне функціонування, навіть якщо він охоплює кілька ділянок або різних функціональних підрозділів, несе відповідальність лише одна посадова особа. Група з удосконалення системи управління процесами має складатися з представників кожного підрозділу, що приймають участь у процесі. Така організація роботи забезпечить найефективнішу взаємодію підрозділів та виключить можливість негативного впливу на весь процес у разі, якщо вдосконаленню піддається лише частина процесу.

є) залучення постачальників. У економічній ситуації, що склалася, всі ЗОЗ перебувають у прямій залежності від постачальників ресурсів. Без їхнього сприяння не може здійснюватися жоден успішний процес покращення діяльності лікувального закладу.

ж) забезпечення якості функціонування систем управління КНП «ОІКЛ». Останнім часом у ЗОЗ створюються підрозділи, які займаються переважно виміром показників якості та складають звіти про рівень забезпечення якості у процесі надання медичних послуг. Основним завданням цих підрозділів є виявлення проблем та виправлення помилок. Результатами такого підходу стало формування системи управління «за відхиленнями», що реагує на вже скоєні помилки, але при цьому не враховує вплив профілактичних заходів та недооцінює важливість відмінних результатів роботи в підрозділах, які не пов'язані безпосередньо з процесом надання медичних послуг.

з) розробка стратегії та тактики поліпшення діяльності. КНП «ОІКЛ» доцільно розробити довгострокову стратегію, спрямовану на підвищення якості

медичних послуг. Після цього необхідно переконатися, що всі керівники на різних рівнях знають стратегію і можуть використовувати її для розробки поетапних короткострокових планів, що сприяють досягненню стратегічних цілей. Короткострокові плани включаються до річного плану реалізації загальної стратегії. Протягом року має здійснюватися контроль виконання цих планів.

і) створення системи заохочення та визнання заслуг. У процесі покращення діяльності має відбутися кардинальна зміна ставлення до помилок. В даний час проведення необхідних змін можливе двома шляхами:

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

− заохочувати окремих співробітників та (або) колектив у разі виконання ними поставлених завдань або за значний внесок у процес покращення діяльності.

Зазначимо, що оптимальний шлях - визнання заслуг як рядових співробітників, так і керівників, і стимулювання їх до досягнення вищих результатів. У процесі покращення діяльності КНП «ОІКЛ» повинна прагнути до повної відсутності помилок персоналу та керівників.

Отже, шанси ефективного функціонування вище в тих ЗОЗ, де кваліфікований менеджер правильно розподілив функціональні обов'язки персоналу. Для швидкого реагування та чіткого розподілу обов'язків пропонуємо скласти матрицю розподілу видів управлінської діяльності між співробітниками (табл.3.5).

В результаті створення системи менеджменту якості на КНП «ОІКЛ» підвищення ефективності надання медичних послуг може бути досягнуто за рахунок:

− зниження кількості скарг від пацієнтів, скорочення часу очікування прийому;

− оптимізації середньої кількості наданих медичних послуг у розрахунку на одного пацієнта, що дає можливість ЗОЗ реалізовувати політику передбачуваної ціни;

− зниження вартості медичних послуг;

− зниження кількості ліжко-днів (при наданні медичної допомоги у стаціонарних умовах іноді вартість дорогої операції може компенсуватися за рахунок скорочення загальної кількості днів перебування пацієнта в стаціонарі);

− контролю обґрунтованості лікарських призначень пацієнту (у контексті порівняння ефективності роботи різних відділень).

З погляду пацієнтів ефективність надання медичних послуг може забезпечувати:

− зростання якості обслуговування пацієнтів;

− скорочення кількості скарг;

− зниження терміну очікування госпіталізації;

− можливість вільно записатися на спеціалізоване дослідження.

З погляду персоналу підвищити ефективність надання медичних послуг можна за допомогою:

− скорочення часу прийому одного пацієнта;

− оптимізації вимог до якості надання медичних послуг;

− оптимізації вимог до обґрунтованості призначень;

− збільшення чисельності середнього медичного персоналу;

− забезпечення комфортних умов роботи та розвитку системи мотивації.

Ефективність надання медичних послуг з погляду менеджменту можна оцінити за такими показниками:

− динаміка рівня якості надання медичних послуг;

− динаміка прибутку від надання платних медичних послуг;

− динаміка основних техніко-економічних показників;

− плинність кадрів.

Таблиця 3.5

Матриця розподілу видів управлінської діяльності між працівниками КНП «ОІКЛ»в процесі створення системи менеджменту якості

Вид управлінської діяльності	Директор	Головний лікар	Заступник головного лікаря з фінансової частини	Заступник головного лікаря з клініко-експертної роботи	Заступник головного лікаря з організаційної роботі	Заступник головного лікаря з господарської частини
1	2	3	4	5	6	7
Управління загальним розвитком установви	ЦР	А	П А	З	З	З
Організація системи управління	ЦР	А	А В	З	П В	З
Управління персоналом	ЦР	А	А	З	П В З	РП В
Управління соціальним розвитком	Ц	А	А	З	З	З
Управління економічним розвитком	ЦР	А	ПА	З	З	З
Управління фінансами та бухгалтерським обліком	ЦР	А	РП В	З	З	З
Управління лікувальною діяльністю	Ц	РПВ	З	РП В	П В З	–
Управління якістю лікувального процесу	Ц	РП В	З	РП В	З	–
Управління комерційною діяльністю	Ц	А	П А	З	З	З
Управління ремонтно-будівельною роботою	Ц	А	П А З	З	–	РП В
Управління працею та заробітною платою	Ц	А	РП В	З	З	П А В
Управління охороною праці та технікою безпеки	Ц	А	А	З	П В З	ПРВ
Управління маркетингом	Ц	РПВ	А В	З	РП В	З
Управління інформатизацією та комп'ютеризацією	ЦС	РП	А В	З	РП В	З
Управління транспортом	Ц	А	А	–	–	ПРВ
Управління обслуговуючим господарством	Ц	А	А	–	–	ПРВ
Управління організаційно-методичною роботою	Ц	РП В	А	З	РП В	З
Виявлення проблемних ситуацій	ЦР	П В	П В	З	П	З
Аналіз ефективності управління	ЦР	П В	П З	З	З В	З

Умовні позначення операцій управління: Ц - Постановка цілі, формування завдання; Р - прийняття рішення, затвердження; П - підготовка рішення, складання розрахунку; А - авізо, розгляд; В - виконання, контроль; З – участь, інформування, збирання даних; «-» - неучасть у виконанні операції.

Особливо важливим також є створення команди професійних лікарів та забезпечення низької плинності кваліфікованих кадрів, а в ідеалі - її відсутності. Висококваліфіковані лікарі завжди затребувані, і у разі їхнього звільнення частина пацієнтів може бути втрачена. Важливо забезпечити лікарям гідний рівень компенсації трудових витрат, який перебуває у прямій залежності від результативності роботи. Велику роль також відіграють комфортні умови роботи (наприклад, гнучкий графік) та здоровий психологічний клімат у колективі. Функціональні обов'язки лікаря мають бути чітко визначені, а також створені можливості його професійного зростання.

Необхідно залучати персонал КНП «ОІКЛ» у процес прийняття управлінських рішень, це дасть можливість кожному члену колективу зрозуміти своє місце в установі і прагнути саморозвитку. Нині на ринку праці спостерігається дефіцит висококваліфікованих медичних кадрів і тому необхідно підвищувати кваліфікацію лікарів та медичних сестер не лише за рахунок бюджетних коштів, а й рахунок прибутку від надання платних послуг.

Також з метою удосконалення системи контролю якості надання медичних послуг запропоновано КНП «ОІКЛ» сформувати напрями контролю, які спрямовані не лише на аналіз адміністративних, фінансових, кадрових та технічних можливостей, але й на визначення напрямків, які потребують посилення та покращення. Для цього у систему внутрішнього контролю якості надання медичних послуг КНП «ОІКЛ» запропоновано внести кілька можливих змін для підвищення ефективності та результативності:

а) удосконалення автоматизації інформаційних процесів. Використання сучасних інформаційних технологій і програмного забезпечення для збору, аналізу та звітності даних спрощує контроль процесів, що дозволяє оперативно реагувати на виявлені недоліки та вдосконалювати систему. В КНП «ОІКЛ» впроваджено електронну інформаційну систему, яка сприяє: зменшенню часу на отримання оперативної інформації (дозволяє медичному персоналу швидше отримати інформацію, необхідну для оцінки якості надання медичних послуг, а також скорочує паперовий документообіг; мінімізації викривлень у

документації (допомогає уникнути помилок, пов’язаних з неякісним оформленням медичної документації); підвищенню достовірності інформації щодо виявлених відхилень у наданні медичних послуг (дозволяє ефективно вести облік та звітувати про відхилення на основі внутрішніх рівнів контролю якості надання медичних послуг та розрахувати комплексний показник якості). Однак функціонал електронної інформаційної системи КНП «ОІКЛ» не завжди виконує призначену функцію, що потребує її оновлення.

б) покращення системи навчання та розвитку персоналу. За результатами проведеного аналізу забезпеченості КНП «ОІКЛ» кадрами виявлено, що значна частка лікарів не має жодної категорії, що відповідно потребує акцентувати увагу на даному напрямі, оскільки забезпечення постійного навчання та підвищення кваліфікації медичного персоналу сприяє підвищенню їхньої компетентності та усвідомлення важливості якісного надання медичних послуг. Відповідно, потрібно провести аналіз індивідуальних та колективних потреб медичного персоналу щодо навчання та розвитку, а також визначити, які навички, знання та компетенції необхідні для покращення їх роботи та якості послуг. Для кожного працівника потрібнотрозробити індивідуальний навчальний план, на основі якого визначити потреби та цілі професійного розвитку.

в) Розробка чітких інструкцій та стандартів для виконання контрольних процедур та процедур оцінки якості медичних послуг, що відповідно спростить роботу персоналу та сприятиме покращенню встановлення вимог до їх якості. Тобто, необхідно створити документи, які встановлюють стандарти та процедури за різними напрямами надання медичних послуг, а саме: стандарти надання медичної допомоги; процедури та протоколи; вимоги до обладнання та матеріалів; вимоги до кваліфікації персоналу; вимоги до документації та звітності; відстеження відгуків пацієнтів; звіти про надані медичні послуги та події (зокрема, звіти про події, які включають інциденти, помилки тощо, що впливають на якість медичних послуг), що допоможе запобігти їх повторенню.

г) Аналіз даних. Даний напрям у системі контролю якості медичних послуг є важливим, оскільки систематичний аналіз результатів контролю дає змогу вчасно впроваджувати зміни та покращувати їх якість.

д). в процесі проведення контролю якості медичних послуг варто залучати зовнішніх аудиторів та експертів, які проведуть об'єктивне, неупередження дослідження як виявлених недоліків або відхилень, так і зможуть виявити ризики наступних проблемних моментів.

Отож, запропоновані напрями сприятимуть змінам в системі внутрішнього контролю якості медичної послуги, що сприятимуть підвищенню якості, безпеки та ефективності надання медичних послуг та можуть забезпечити задоволення потреб у послугах. При цьому для вирішення проблем в управлінні якістю надання медичних послуг та підвищення ефективності діяльності КНП «ОІКЛ» доцільно використати метод TQM, який пропонує комплекс загальних принципів, на основі яких медичні працівники можуть створити ефективну та високотехнологічну медичну установу, яка стане потужною, підтримуваною всіма своїми учасниками і яка працює на порядок краще, ніж вона працювала в минулому.

3.3 Пропозиції щодо покращення публічного управління закладом охорони здоров'я

Основною метою публічного управління у СОЗ є зниження втрат суспільства від захворюваності, інвалідності та смертності. В умовах військових дій на території України та, як наслідок, економічної кризи в СОЗ, особливого значення набуває необхідність підвищення ефективності діяльності ЗОЗ, для чого потрібно впровадити нові форми, методи та моделі публічного управління всіма ланками ЗОЗ як системи. При цьому у сучасних умовах внаслідок дефіциту фінансових коштів економічна складова медичного обслуговування стає дедалі значимішою. Адміністрації ЗОЗ прагнуть

мінімізації витрат, виявлення фінансових резервів, підвищення доходу від платних медичних послуг.

Також передбачає необхідність створення механізмів публічного управління успішний розвиток медицини високих технологій, спрямованій на підвищення якості та ефективності діяльності ЗОЗ [76, с.60]. У цьому контексті стає актуальним впровадження системи публічного управління ЗОЗ, що базується на менеджменті якості.

Як вже зазначалося, усі без винятку ЗОЗ останнім часом зіткнулися з проблемою недофінансування, зумовленого такими факторами:

− зростання витрат на витратні матеріали імпортного виробництва, необхідні для лікувального процесу;

− зниження вартості гривні до іноземної валюти;

− військові дії на території України тощо.

Крім економічних проблем, нині гостро постають проблеми довіри громадянського суспільства до СОЗ та міжособистісної довіри пацієнта до лікаря. В їх основі - проблеми якості та доступності медичних послуг.

Отже, вітчизняна СОЗ переживає непрості часи: стійке недофінансування, нестача кадрів, велике навантаження внаслідок військових дій тощо. У цих умовах суспільством не знімаються вимоги щодо високої якості медичних послуг. Все це безпосередньо позначається і на організації системи управління КНП «ОІКЛ», основним напрямком удосконалення якої, на нашу думку, є запровадження такого процесу стратегічного управління, який дозволив би розвиватися в умовах швидкозмінних факторів зовнішнього середовища, що прийшли на зміну стабільним часам.

В умовах постійного ризику скорочення та невизначеності конкретних обсягів фінансування, а також залучення приватних ЗОЗ до роботи за програмами НСЗУ та постійного зростання кількості ліцензій на нові види медичних послуг, що видаються ЗОЗ усіх форм власності, систему управління КНП «ОІКЛ» нині доцільно розглядати з точки управлінського інструментарію

насамперед як бізнес-одиницю, а не державну установу. Відповідно, КНП «ОІКЛ» має ефективно функціонувати на всіх типах ринків:

- активно конкуруючи з іншими державними та приватними ЗОЗ за платоспроможний попит зі сторони приватних осіб на медичні послуги, причому не тільки у підсегменті закріплених фізичних осіб за територіальною ознакою;

- продовжувати активну роботу зі збереження та розширення фінансування як поточної, так і інноваційної діяльності з боку бюджету та НСЗУ.

Для оцінки зовнішнього та внутрішнього контексту удосконалення функціонування системи управління КНП «ОІКЛ», доцільно застосування SWOT-аналізу. Виділені фактори такого аналізу базуються як на первинних даних: інтерв'ювання експертів медичної галузі та опитування жителів м.Запоріжжята області, так і на роботі з вторинними даними: аналітичними статтями в ЗМІ, техніко-економічними даними та статистичними даними ЗОЗ (рис.3.2).

Аналізувати дані SWOT- аналізу краще з оцінки стратегічних ризиків, що групуються у полі «Загрози». Подані на рисунку фактори можна розділити на 2 категорії: ключові та важливі.До ключових загроз відносимо:

− скорочення фінансування як наслідок військових дій та кризи в економіці України (скорочення витрат фізичних осіб та підприємств на медичні послуги);

− все більш активне підключення приватних клінік до програм НСЗУ;

− зростання конкуренції з боку приватних та державних ЗОЗ;

− вимоги щодо підвищення зарплати медичного персоналу (внаслідок їх дефіциту);

− військові дії (проблеми з інтернет - зв’язком, електроенергією, територіальною доступністю, відсутність укриттів тощо.)

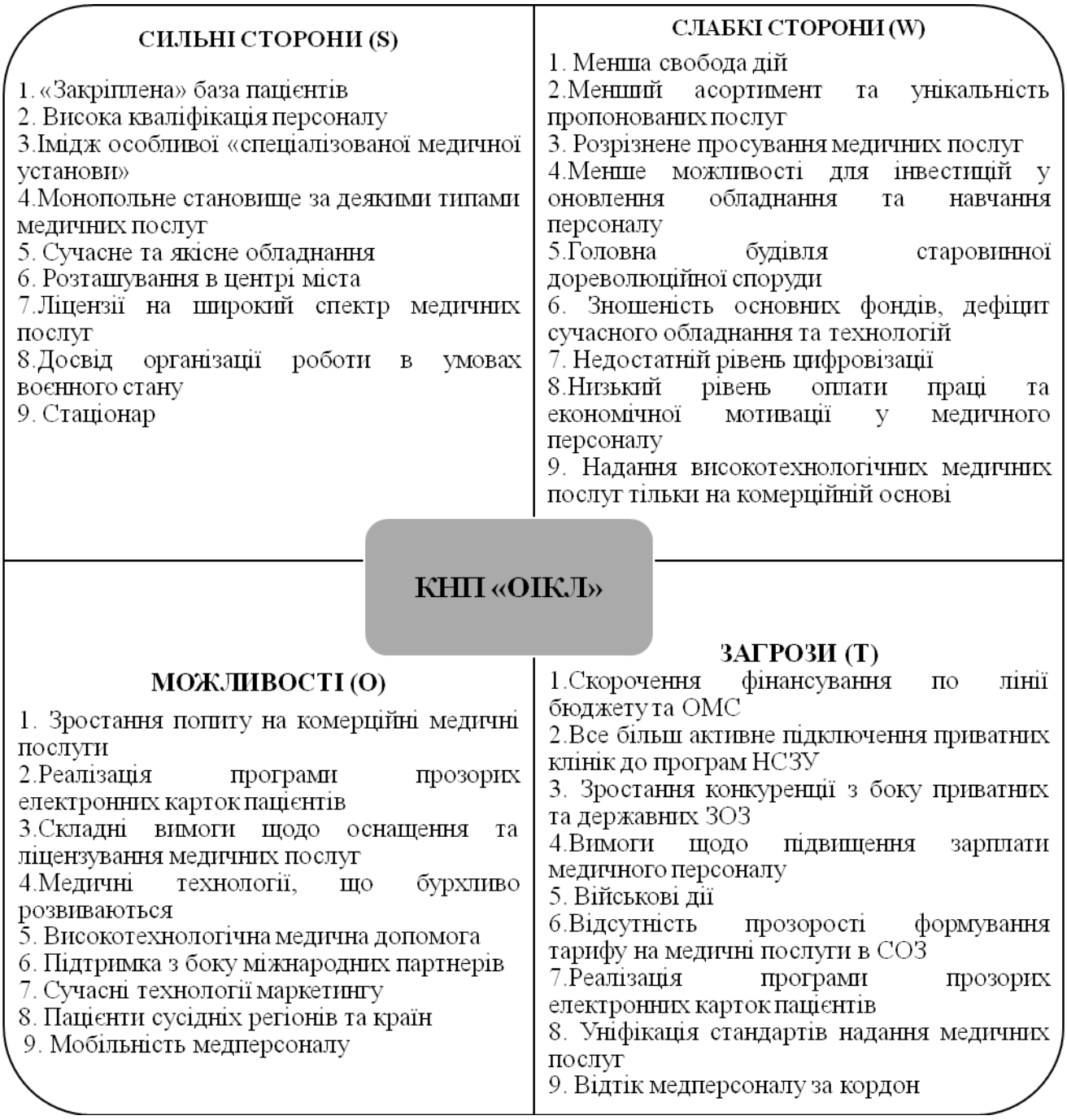


Рис.3.2 SWOT - аналіз діяльності КНП «ОІКЛ» Запорізької ОВА

До важливих загроз відносимо:

− відсутність прозорості формування тарифу на медичні послуги в СОЗ, кожен регіон встановлює свої тарифи, які різняться в рази один від одного;

− реалізація програми прозорих електронних карток пацієнтів;

− уніфікація стандартів надання медичних послуг, що скорочує можливість диференціації послуги та одержання преміальної надбавки до ціни;

- відтік медичного персоналу за кордон.

Факторний аналіз довкілля КНП «ОІКЛ» дозволяє виділити не лише «загрози», а й «можливості». Що важливо, деякі фактори потрапляють в обидві категорії, і від ефективності функціонування системи управління КНП «ОІКЛ» залежатиме, принесуть вони користь чи збитки.

До можливостей (О) відносимо :

− зростання попиту на комерційні медичні послуги у населення навіть за умов кризи;

− реалізація програми прозорих електронних карток пацієнтів, що дозволяє оприлюднити махінації з боку несумлінних конкурентів;

− складні вимоги щодо оснащення та ліцензування медичних послуг, що підвищують бар'єри до входу в галузь;

− медичні технології, що бурхливо розвиваються, для оволодіння якими необхідні великі витрати часу та коштів, які ефективніше вкладати у рамках крупного медичного об'єднання:

- високотехнологічна медична допомога;
- підтримка з боку міжнародних партнерів.

− сучасні технології маркетингу (B2B та B2C, в т.ч. Інтернет просування - SEO, SERM, SMM, контент-маркетинг, контекстна реклама та ін.), що дозволяють працювати з гнучкими бюджетами та бачити ROMI через прозорі системи веб-аналітики;

− пацієнти сусідніх регіонів та країн;

− мобільність медперсоналу.

Так як в умовах ринкової економіки КНП «ОІКЛ» не лише обслуговує закріплений контингент, а й веде конкурентну боротьбу, порівняння «сильних» і «слабких» сторін внутрішнього середовища КНП «ОІКЛ» доцільно виконувати не абстрактно, а стосовно конкретного ринку медичних послуг Запорізької області. У ході проведення досліджень порівнювалося кілька походів до угруповання конкурентів:

− переважним каналом надання медичних послуг: стаціонари, поліклініки, клініко-діагностичні лабораторії, виїзд на підприємство/дім;

− за формами власності: державне, приватне та ін.;

− за категоріями медичної допомоги: екстрена, лікувальна, діагностична, профілактична, відновна та ін.

− за категоріями захворювань;

− за масштабами діяльності: потік пацієнтів, площа, обсяг наданих послуг тощо.

У результаті було зроблено висновок, що пріоритетним способом угруповання є ознака каналу надання медичних послуг, так як наявність стаціонару та ліжкового фонду, з однієї сторони, дозволяє пропонувати як окремі медичні послуги, які не доступні для поліклініки без стаціонару, так і групувати цілий комплекс медичних послуг на їх основі. Однак, з іншого боку, наявність великих основних фондів у вигляді ліжкового фонду та спеціального медичного обладнання не завжди дозволяє бути гнучкими в формуванні асортименту медичних послуг та цін на них, і навіть залучення робочої сили.

Основні переваги в ресурсах та можливостях КНП «ОІКЛ», які є стратегічними або потенційно можуть стати такими, полягають у наступному:

Сильні сторони (S):

− «закріплена» база пацієнтів із небезпечними та шкідливими умовами праці;

– «закріплена» база пацієнтів конкретних районів міста з низьким рівнем конкуренції ЗОЗ;

– висока кваліфікація персоналу, зумовлена спеціалізацією на пацієнтах із інфекційними захворюваннями;

– імідж особливої «спеціалізованої медичної установи»;

– монопольне становище за деякими типами медичних послуг (інфекційна патологія) та, як наслідок, можливість встановлювати високі ціни;

– сучасне та якісне обладнання;

– розташування в центрі міста із зручними під'їзними шляхами;

– ліцензії на широкий спектр медичних послуг;

– досвід організації роботи в умовах воєнного стану;

– стаціонар.

Вразливість у порівнянні з конкурентами як резерв для підвищення ефективності діяльності КНП «ОІКЛ» полягає в наступному:

Слабкі сторони (W):

– менша свобода дій порівняно з приватними клініками;

– менший асортимент та унікальність пропонованих послуг;

– розрізнене просування медичних послуг;

– менше можливості для інвестицій у оновлення обладнання та навчання персоналу;

– головна будівля старовинної дореволюційної споруди;

–зношеність основних фондів, дефіцит сучасного обладнання та технологій:

– недостатній рівень цифровізації;

– низький рівень оплати праці та економічної мотивації у медичного персоналу;

– надання високотехнологічних медичних послуг тільки на комерційній основі.

Поведений SWOT-аналіз дозволяє зробити висновок про те, що ефективне вирішення завдань безпечно надавати доступні та якісні медичні послуги, знаходиться під впливом низки зовнішніх та внутрішніх факторів у складі сильних та слабких сторін двяльності ЗОЗ. Наявність значної кількості слабких сторін вимагає від керівництва КНП «ОІКЛ» складання стратегічного плану боротьби з можливими загрозами та реалізації сильних сторін та можливостей із найбільшою вигодою для установи.

Виходячи з проведеного аналізу, ключовими напрямами вдосконалення системи управління КНП «ОІКЛ» пропонується вибрати наступні:

- підвищення якості надання медичних послуг як основа ефективності процесного блоку.

- реалізація системи стратегічного управління для лікарні як бізнес-одиниці на ринку комерційних медичних послуг м.Запоріжжя та області.

- підвищення віддачі від стратегічного партнерства в рамках НСЗУ щодо розширення асортименту та складності медичних послуг, підвищення кваліфікації персоналу, просування іміджу висококласних, але доступних медичних послуг для мешканців регіону.

Як глобальна стратегія розвитку КНП «ОІКЛ» було обрано створення сучасного спеціалізованого науково-практичного комплексу шляхом поєднання широкого спектру стаціонарної та амбулаторної допомоги з формуванням умов для наукової та педагогічної діяльності з розробки та впровадження нових медичних технологій шляхом інтенсивного розвитку лікувально-діагностичної бази, запровадження організаційних та управлінських перетворень.

Таким чином, основні завдання наміченого вдосконалення дільності КНП «ОІКЛ» включають:

– підвищення конкурентоспроможності лікарні на основі забезпечення високого рівня якості та доступності спеціалізованої медичної допомоги дорослим та дітям з інфекційною патологією, використання унікальних технологій діагностики та лікування таких пацієнтів;

– забезпечення прикріпленого контингенту усіма видами та обсягами медичної допомоги відповідно по потреб;

– розширення можливостей для обслуговування пацієнтів з інфекційною патологією на договірній основі;

– організація лікувально-діагностичного процесу на всіх етапах під єдиним професійним керівництвом на основі принципу «замкнутого циклу»;

– інноваційний розвиток установи на основі встановлення партнерських відносин у рамках НСЗУ;

– підвищення компетентнісного рівня співробітників у професійному та правових аспектах;

– забезпечення ефективного публічного управління на основі оптимального та раціонального використання ресурсів, впровадження сучасних управлінських технологій.

Для вирішення поставлених завдань було сформульовано наступні стратегії розвитку публічного управління на КНП «ОІКЛ»:

а) структурна реорганізація управління, що включає аналіз складу та потужності підрозділів ЗОЗ, посилення взаємодії між ними, підвищення ефективності використання основних ресурсів, розширення лабораторно-діагностичної бази лікарні.

б) удосконалення кадрової політики, що включає зміну системи оплати праці медичних працівників, інвестування у розвиток кадрового потенціалу, зростання ефективності праці на основі підвищення її технологічної озброєності.

в) розвиток інноваційного потенціалу - розробка та впровадження у практичну діяльність стандартів медичних послуг, нових методів лікування, розширення високотехнологічних їх видів, а також організаційних технологій, заснованих на маршрутизації пацієнтів, «замкнутого циклу» тощо.

г) підвищення ефективності системи публічного управління шляхом реалізації маркетингового підходу, принципів стратегічного планування, управління якістю, застосування організаційно-управлінських технологій, удосконалення системи інформатизації базових процесів організації роботи та управління установою.

Важливою передумовою щодо наміченої системи перетворень є наявність у КНП «ОІКЛ» вихідного кадрового та матеріально-технічного потенціалу.

Реалізація обраних стратегій має здійснюватися з використанням принципів стратегічного управління, що включають пріоритетність обраних напрямів, обґрунтування механізмів вирішення проблем, системність ресурсного забезпечення, плановість виконання намічених заходів, командного принципу управління, залучення твсього колективу до процесу своєї роботи, постійного інформування про результати, а також зміцнення взаємодії з

органами управління, НСЗУ, ОМС, іншими установами СОЗ, пацієнтами та організаціями, що фінансують КНП «ОІКЛ».

Визначаючи стратегію розвитку КНП «ОІКЛ», виділемо три основні етапи, якими є розроблений план дій, виходячи з прийнятого на розгляд періоду. Ґрунтуючись на об'єкті дослідження та його перспективах розвитку, представлений прогнозний план покращення діяльності даного закладу (рис. 3.3).

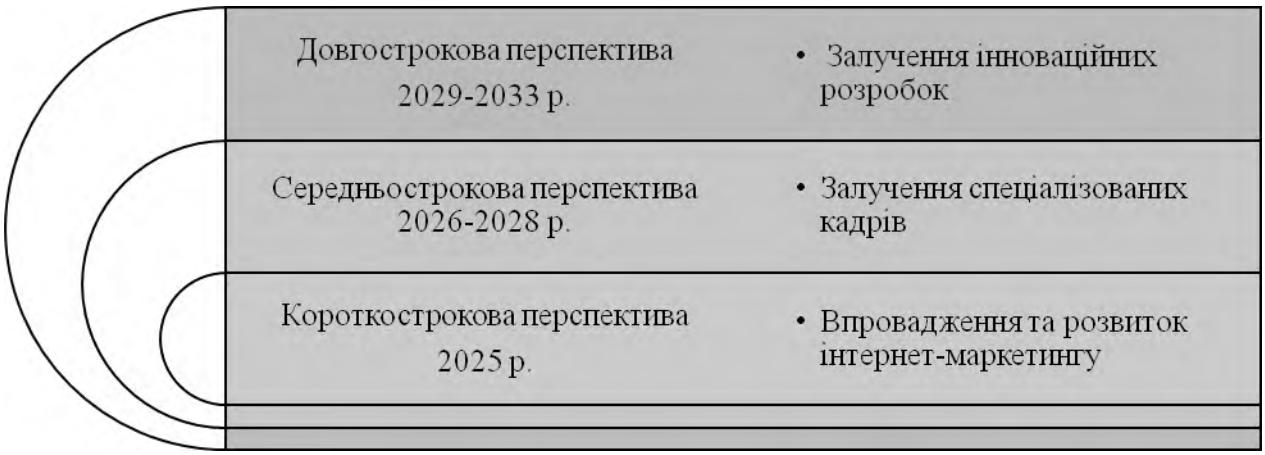


Рис.3.3 Стратегія розвитку КНП «ОІКЛ» Запорізької ОВА за періодами

Оцінюючи перспективи розвитку КНП «ОІКЛ» у короткостроковому періоді, варто виділити впровадження та розвиток інтернет-маркетингу, тобто маркетингових стратегій та методів, що використовуються для просування товарів та послуг через Інтернет. Він включає в себе різні інструменти та канали, такі як пошукова оптимізація (SEO), контент-маркетинг, соціальні мережі, електронна пошта та інші форми онлайн-реклами []. Головна мета інтернет-маркетингу - залучення цільової аудиторії, збільшення пізнаваності бренду, генерація контактів, що виявили інтерес до продукту або послуги компанії, та збільшення продажів.

Основна проблема, що виникла на даному етапі, пов'язана з тим, що КНП «ОІКЛ» недостатньо задіює свої інформаційні канали зв'язку. Наявність сайту не обов'язково повинна мати рекламний характер, на ньому може бути

представлена інформація про медичні послуги, спеціалізаціях лікарів, устаткування та технології, що використовуються в лікарні. Це допомагає пацієнтам ознайомитися з можливостями установи та ухвалити рішення про вибір даного медичного закладу.

Також необхідно покращувати обслуговування та спілкування зі споживачами, отже, можливе скорочення персоналу на адміністрування та переведення на прийом дзвінків, гарячу лінію. Належну увагу необхідно приділити можливості онлайн-запису до фахівців, що значно скорочує кількість дзвінків та покращує процес контактування для обох сторін.

У середньостроковому періоді перспективи КНП «ОІКЛ» виглядають як залучення спеціалізованих кадрів та поширення інформації про їх професійні досягнення. Інтернет є широко використовуваним та доступним засобом комунікації. Наявність інформації на сайті дозволяє пацієнтам отримувати інформацію у будь-який зручний час, а вивчення профілю спеціаліста, знайомство з відгуками інших пацієнтів дозволяє приймати рішення про запис на прийом без необхідності відвідування ЗОЗ або дзвінка до реєстратури.

Перспективи довгострокового плану дій КНП «ОІКЛ» сконцентровані на співпраці з розробниками інноваційних технологій у сфері медицини з метою залучення нових технологічних розробок для покращення операційної діяльності лікарні. Розробники інновацій можуть співпрацювати з лікарнею для створення нових медичних технологій, таких як мобільні програми для моніторингу здоров'я пацієнтів, системи штучного інтелекту для діагностики та прогнозування захворювань або роботи для автоматизації процесів у лікарні. Крім того, спільна діяльність сприяє впровадженню нових методів лікування, таких як телемедицина, віртуальна реальність для полегшення болю та стресу у пацієнтів або використання генетичної інформації для персоналізованого підходу до лікування.

Розробники інноваційних технологій можуть допомогти КНП «ОІКЛ» в оптимізації системи управління, створивши електронні медичні карти, системи запису на прийом і планування операцій, а також системи управління

лікарськими препаратами та інвентарем. Найголовніше, що така взаємодія сприяє обміну знаннями та досвідом. Загалом співпраця між розробниками інновацій та ЗОЗ може призвести до значних покращень у медичному обслуговуванні та результатах лікування пацієнтів.

Таким чином, проведений стратегічний аналіз та запропоновані напрями дій можуть стати основою для вдосконалення системи управління такого спеціалізованого медичного закладу як КНП «ОІКЛ».

Висновки до розділу 3

На основі пошуку шляхів удосконалення публічного управління ЗОЗ Запорізького регіону на прикладі КНП «ОІКЛ» можна зробити наступні висновки:

1. В рамках удосконалення якості надання медичних послуг дорослим та дітям з інфекційною патологією розглянуто складові механізму забезпечення такої якості (ліцензування, акредитація, сертифікація, стандартизація та контроль якості). Запропоновано напрями оцінки якості медичних послуг дорослим та дітям з інфекційною патологією на прикладі КНП «ОІКЛ» (за структурою, за результатом, за процесом надання медичних послуг). Щодо кількісної оцінки якості медичних послуг, було визначено пріоритетні методи такої оцінки з використанням бальної системи та наведений приклад розрахунку показників рівня якості медичних послуг дорослим та дітям з інфекційною патологією на КНП «ОІКЛ».

2. Обґрунтовано створення системи менеджменту якості в інфекційній лікарні. Визначено основні напрямки покращення роботи КНП «ОІКЛ» у цьому напрямку; для швидкого реагування та чіткого розподілу обов'язків запропоновано скласти матрицю розподілу видів управлінської діяльності між співробітниками в процесі створення системи менеджменту якості. З метою удосконалення системи контролю якості надання медичних послуг

запропоновано КНП «ОІКЛ» сформувати напрями контролю, які спрямовані не лише на аналіз адміністративних, фінансових, кадрових та технічних можливостей, але й на визначення напрямків, які потребують посилення та покращення.

3. Сформовані конкретні пропозиції щодо покращення публічного управління ЗОЗ в умовах постійного ризику скорочення та невизначеності конкретних обсягів фінансування. Побудовано SWOT-матрицю для вирішення проблемних ділянок роботи КНП «ОІКЛ» з акцентом на сильних сторонах та перспективах. На підставі побудованої SWOT-матриці визначено стратегію розвитку КНП «ОІКЛ» на періоди довгострокового, середньострокового та короткострокового характеру. Виходячи з проведеного аналізу, визначені ключові напрямами вдосконалення системи публічного управління КНП «ОІКЛ» (підвищення якості надання медичних послуг, реалізація системи стратегічного управління для лікарні як бізнес-одиниці, підвищення віддачі від стратегічного партнерства в рамках НСЗУ). Для вирішення поставлених завдань було сформульовано стратегії розвитку публічного управління КНП «ОІКЛ».

ВИСНОВКИ

На основі розгляду основних засад публічного управління ЗОЗ в умовах реформи децентралізації можна зробити наступні висновки та пропозиції:

1. Розглядаючи СОЗ як об'єкт управління, зроблено висновок, що вона являє собою, з однієї сторони, діяльність держави, а з іншої - систему соціально-економічних, медико-санітарних заходів, які здійснюються ЗОЗ, загальний механізм управління якими визначено як алгоритм чітких дій або кроків для вирішення конкретного проблемного питання чи ситуації. Аналіз основних публікацій з даної проблеми показав, що публічне адміністрування та публічне управління позначають два різні, хоча і взаємно доповнювані види управлінської діяльності, які потрібно розглядати у органічній єдності. З проведеного аналізу різноманітних підходів до цих понять зроблено висновок, що в публічному управлінні адміністрування є організаційно-розпорядчим методом та являє собою впорядковану діяльність органів державної влади й управління, яка є основою для їх взаємодії. Розглянута специфіка управління у СОЗ, обумовлена і особливим предметом діяльності, і соціальною спрямованістю функціонування ЗОЗ. Встановлено, що завдання публічного управління полягає у тому, щоб використовуючи цю специфіку, виробити такі підходи до управління ЗОЗ, які дозволять цьому сектору у сучасних умовах реалізовувати свій потенціал і можливість в досягненні цілей, які держава ставить перед СОЗ. Наголошено, що управління ЗОЗ, яке повинно ускладнюватися з розвитком самої системи надання медичних послуг, в Україні залишається у вигляді адміністративної моделі. Переважна частина управлінських методів, що використовуються у ЗОЗ, запозичені або з радянської моделі, або з інших галузей, тобто є недостатньо ефективними і не в повній мірі відповідають основним завданням, що стоять перед СОЗ.

2. Досліджений вплив реформи децентралізації на механізми ефективного публічного управління у сфері медичного обслуговування

населення. Встановлено, що реалізація децентралізаційних підходів в Україні розпочалася у 2014 р. - із підписанням Угоди про асоціацію з ЄС, зокрема, у сфері реалізації медичних, освітніх, соціальних та інших послуг на рівні ОМС. Задля цього ОМС був наданий відповідний обсяг повноважень та грошових коштів. Основою сучасної української медичної реформи в галузі управління є вихід державних та комунальних медичних ЗОЗ з під впливу регіональних департаментів охорони здоров`я та їх перехід на самостійне планування, організацію та розвиток. Отже, медична реформа є складовою попередньої реформи - адміністративної (децентралізації), в результаті якої відбувся перерозподіл повноважень та фінансування між органами державної влади та ОМС. Результати впливу реформи децентралізації на механізми ефективного публічного управління у сфері медичного обслуговування населення оцінено за напрямами, де відбулися найбільші зміни та отримано певні результати: тенденції зміни кількості ЗОЗ та кількісна характеристика їх функціонування.

3. На підставі розгляду законодавчого забезпечення публічного управління ЗОЗ виявлено, що СОЗ в цілому та діяльність ЗОЗ зокрема має недостатнє регулювання та містить низку недоліків. З однієї сторони, політика децентралізації у СОЗ відображає характер державної регіональної політики, яка формується під впливом економічних і соціальних вимог територій. З іншої сторони, наявність багатьох сторін, які приймають участь у формуванні і проведенні державної політики у СОЗ, нерідко призводить до розпорошення законодавчого забезпечення публічного управління, намаганню переслідувати особисті інтереси на шкоду інтересам держави. Таким чином, поява нових і невирішеність «старих» проблем викликає необхідність удосконалення методів нормативно-правового регулювання публічного управління ЗОЗ як на державному, так і на територіальному рівнях.

4. Для дослідження трансформації організаційного забезпечення публічного управління ЗОЗ на регіональному рівні, зокрема, у Запорізькій області, розглянута спроможна мережа ЗОЗ, яка є об’єктом управління. Встановлено, що необхідно створення особливої системи управління в ЗОЗ, яка

враховує специфіку їх функціонування, так як вони мають певні управлінські особливості, пов'язані із соціальною спрямованістю їх діяльності. Визначено, що децентралізація також суттєво впливає на функціонування ЗОЗ і призводить до певних змін в їх управлінні, ідентифіковані особливості публічного управління ЗОЗ в цих умовах. Доведено, що організаційне забезпечення публічного управління ЗОЗ є певним набором компонентів, які взаємодіють один з одним для досягнення поставлених цілей, визначені концептуальні принципи, методи та основні функції такого управління. Встановлено, що вирішення системних проблем охорони здоров’я та ефективність подальших її змін потребує продовження процесу децентралізації, насамперед, фінансової та адміністративної. Для стійкої самодостатності ЗОЗ доцільно розширити їхні повноваження щодо самофінансування і самостійного розпорядження коштами на рахунках, дати закладам більше управлінської, фінансової та адміністративної автономії.

5. Здійснена соціально-економічна оцінка функціонування КНП «ОІКЛ» як єдиного в Запорізькій області спеціалізованого лікувального ЗОЗ інфекційного профілю для надання медичної допомоги хворим з інфекційною патологією. Розглянута організаційна структура лікарні, структура кадрового складу, здійснений аналіз фінансово-економічної діяльності (зокрема, аналіз структури та динаміки майна і джерел його формування, структури та динаміки фінансових результатів діяльності лікарні за 2021-2023рр.). Встановлено, що діяльність КНП «ОІКЛ» до 2022 р. була прибутковою, а в 2023 р. лікарня отримала збиток у розмірі 12492,1 тис. грн як наслідок значного скорочення чистого доходу від реалізації послуг лікарні, що пов’язано зі зменшенням обсягів їх надання.

6. Виконана оцінка впливу медичної реформи децентралізації на діяльність КНП «ОІКЛ» шляхом з'ясування соціальної сутності та призначення даного закладу; визначення мети та місії лікарні в умовах реформи децентралізації; аналізу організаційної структури; виявлення специфіки управління діючими підрозділами лікарні; дослідження внутрішнього і

зовнішнього середовища функціонування установи; виявлення існуючих проблем з метою покращення результатів діяльності, враховуючи передбачувані зміни зовнішнього та внутрішнього середовища. Наголошено, що в умовах децентралізації ефективність діяльності ЗОЗ напряму залежить від їх відвідуваності та кількості виконаних медичних процедур, тому виконаний вищенаведений аналіз діяльності КНП «ОІКЛ» з 2014р. по 2023 р.

7. В рамках пошуку шляхів удосконалення якості надання медичних послуг дорослим та дітям з інфекційною патологією розглянуто складові механізму забезпечення такої якості (ліцензування, акредитація, сертифікація, стандартизація та контроль якості). Запропоновано напрями оцінки якості медичних послуг дорослим та дітям з інфекційною патологією на прикладі КНП «ОІКЛ» (за структурою, за результатом, за процесом надання медичних послуг). Щодо кількісної оцінки якості медичних послуг, було визначено пріоритетні методи такої оцінки з використанням бальної системи та наведений приклад розрахунку показників рівня якості медичних послуг дорослим та дітям з інфекційною патологією на КНП «ОІКЛ».

8. Обґрунтовано створення системи менеджменту якості в інфекційній лікарні. Визначено основні напрямки покращення роботи КНП «ОІКЛ» у цьому напрямку; для швидкого реагування та чіткого розподілу обов'язків запропоновано скласти матрицю розподілу видів управлінської діяльності між співробітниками в процесі створення системи менеджменту якості. З метою удосконалення системи контролю якості надання медичних послуг запропоновано КНП «ОІКЛ» сформувати напрями контролю, які спрямовані не лише на аналіз адміністративних, фінансових, кадрових та технічних можливостей, але й на визначення напрямків, які потребують посилення та покращення.

9. Сформовані конкретні пропозиції щодо покращення публічного управління ЗОЗ в умовах постійного ризику скорочення та невизначеності конкретних обсягів фінансування. Побудовано SWOT-матрицю для вирішення проблемних ділянок роботи КНП «ОІКЛ» з акцентом на сильних сторонах та

перспективах. На підставі побудованої SWOT-матриці визначено стратегію розвитку КНП «ОІКЛ» на періоди довгострокового, середньострокового та короткострокового характеру. Виходячи з проведеного аналізу, визначені ключові напрямами вдосконалення системи публічного управління КНП «ОІКЛ» (підвищення якості надання медичних послуг, реалізація системи стратегічного управління для лікарні як бізнес-одиниці, підвищення віддачі від стратегічного партнерства в рамках НСЗУ). Для вирішення поставлених завдань сформульовано стратегії розвитку публічного управління КНП «ОІКЛ» (структурна реорганізація, проведення кадрової політики основі сучасних принципів управління людськими ресурсами, розвиток інноваційного потенціалу лікарні, підвищення ефективності системи управління). Ґрунтуючись на об'єкті дослідження та його перспективах розвитку, представлений прогнозний план покращення діяльності даного закладу.

Представлені результати дослідження рекомендуються для вивчення адміністративному персоналу лікарень з метою покращення стану ЗОЗ, їх конкурентоспроможності на ринку та відповідності сучасним потребам клієнтів; для ознайомлення з питанням щодо проблеми вдосконалення медичних послуг державних органів влади ОМС, таких як МОЗУ, адміністрація Запорізької області та м. Запоріжжя; а також для залучення професійних інститутів, які готові допомогти з вирішенням проблеми шляхом розробки інноваційних технологій у СОЗ.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text (дата звернення: 28.12.2024).

2. Конституція України: прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text (дата звернення: 22.12.2024).

3. Рябець К. Система та сутність загальних функцій державного управління у сучасний період. *Науковий вісник: Державне управління*. 2022. №1(11). С. 207–221.

4. 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.

5. Ровенська В. В., Саржевська Є. О. Управління персоналом закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання та перспективи розвитку в Україні. *Економічний вісник Донбасу*. 2019. № 3 (57). 162- 168.

6. Потравка Л. Синергетична парадигма управління в умовах структурних трансформацій національної економіки України. *Таврійський науковий вісник. Серія: Публічне управління та адміністрування*. 2021. №1. С.40-45.

7. Менеджмент: навчальний посібник / Н.С. Краснокутська та ін. Харків: «Друкарня Мадрид», 2019. 231 с.

8. Задихайло О. А. Співвідношення понять «Державне управління», «Публічне управління» та «Публічне адміністрування» в категоріальному апараті адміністративного права. *Збірник наукових праць Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди*. 2020. № 31. С. 43–48.

9. Dmytryshyn M., Dmytryshyn R., Yakubiv V., Zagorodnyuk A. Peculiarities of ukrainians' approval of decentralization reform. *Administrative Sciences. Open Access*. Volume 11, Issue 4. December 2021. Article number 104.

10. Панов В. Вплив деценралізації на організацію роботи закладів охорони здоров'я України та надання соціальних послуг в сфері охорони здоров'я. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2024. №8. С.164-169.

11. Іванчов П. В. Методологічні засади оцінки ефективності державного управління трансформацією медичної системи України. *Приазовський економічний вісник*. 2021. Вип. 1. С. 240-244.

12. Книш С.В. Удосконалення публічного управління сферою охорони здоров'я в Україні: аналіз реформи та європерспективи. *Актуальні проблеми правознавства*. 2019. № 1. С. 54–59.

13. Luciana Teodora Rotaru, Cosmin Ciulu. The Management Of Crisis Situations Medical Involvement. URL: www.researchgate. net/publication/279975939_The_Management_Of_Crisis_Situations__Medical_Involvement. (дата звернення 22.12.2024).

14. Логвиненко Б. Основні функції публічного адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні. *Національний юридичний журнал: теорія і практика.* Грудень, 2017. С. 55–58.

15. Вівсянник О. М. Дослідження в сфері державного управління охороною здоров'я на основі методології детермінізму. *Інвестиції: практика та досвід*. 2024. № 1. С.123-130.

16. Августин Р. Р., Стахів О. В. Визначення стратегічних пріоритетів управління системним розвитком закладів охорони здоров'я. *Академічні візії*. 2023. №17. URL:https://academy-vision.org/index.php/av/article/view/250 (дата звернення 01.12.2024).

17. Муляр Г.В. Особливості взаємодії управлінських органів у сфері охорони здоров'я. *Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції*. 2020. № 2. С. 50-58.

18. Стратегія розвитку системи охорони здоров’я до 2030 року. Проєкт 23.02 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров’я до 2030 року. URL: https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor.2022.pdf (дата звернення 10.12.2024).

19. Фролова Є. І. Методи публічного адміністрування: понятійно-змістовна характеристика. *Juris Europensis Scientia*. 2023. № 1. С. 114-117.

20. Калініченко С. М., Аврята А. В., Харчевнікова Л. С., Олійник І. А. Методологічні основи державного управління охороною здоров'я. *Актуальні проблеми інноваційної економіки та права*. 2024. № 1. С. 6-10.

21. Державне управління реформуванням системи охорони здоров’я в Україні: навч.-наук. вид. / авт. кол. : М. М. Білинська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова та ін. ; за заг. ред. проф. М. М. Білинської. К. ; Львів : НАДУ, 2012. 240 с.

22. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державамичленами, з іншої сторони № 984_011 від 21.03.2014 р. Відомості Верховної Ради. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011#Text (дата звернення: 15.12.2024).

23. Consolidated version of the Treaty on the Functioning of the EU, 2012. EurLex. URL: https://eur-lex.europa.eu/legalcontent/EN/TXT/?uri=E%2FTXT (дата звернення: 15.12.2024).

24. Про схвалення Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні. Розпорядження Кабінету Міністрів України № 333-р від 01.04.2014 р. Відомості Верховної Ради. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/333-2014-%D1%80#Text (дата звернення: 15.12.2024).

25. Про засади державної регіональної політики. Закон України № 156-VIII від 05.02.2015 р. Відомості Верховної Ради. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/156-19#Text (дата звернення: 15.12.2024).

26. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21 травня 1997р. № 280/97-ВР. URL: https://zakon.rada.gov.ua/ (дата звернення: 22.12.2024).

27. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я. Закон України від 30.11.2016 № 1013-р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/1013-2016-%D1%80 (дата звернення: 22.12.2024).

28. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 р. № 2168-VIII. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text 7 (дата звернення: 24.12.2024)

29. Про утворення Національної служби здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 No 1101. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-n#Text. (дата звернення 03.12.2024).

30. Реформа системи охорони здоров'я. URL: https:// www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitoklyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoronizdorovya (дата звернення: 17.12.2024).

31. Герасимюк К. Х. Децентралізація влади: проблеми реформування медичної галузі. *Право та державне управління*. 2017. № 3. С. 185-189.

32. Устінов О. В. Управління медичним закладом в процесі реформи: що необхідно і чого не слід робити. Український медичний часопис. URL: https://www.umj.com.ua/article/127584 (дата звернення: 06.12.2024).

33. Ямненко Т. М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід. *Юридичний вісник. Повітряне і космічне право*. 2018. № 2. С. 116- 120.

34. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років: URL: https://moz.gov.ua/strategija. (дата звернення 13.12.2024).

35. Центр медичної статистики МОЗ України. URL: http://medstat.gov.ua/ukr/statdanMMXIX.html. (дата звернення: 15.12.2024).

36. Фінансування релокованих закладів охорони здоров'я Луганщини. URL:https://loga.gov.ua/oda/press/news/finansuvannya_ relokovanih_(дата звернення: 05.01.2025.)

37. Інтегрований підхід, безперервність та якість – ключові аспекти відновлення послуг з охорони здоров'я на рівні громади. URL: https://decentralization.ua/news/18213 (дата звернення: 05.01.2025.)

38. Шишка І. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я на основі звітної документації НСЗУ. *Вісник Хмельницького національного університету*. 2024. № 5. С.418-424.

39. Порядок функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж : Постанова Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. № 174. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text (дата звернення: 22.12.2024).

40. Про затвердження Типового положення про госпітальну раду : Наказ МОЗ України № 2439 від 28.10.2020 р. URL: https://zakon. rada.gov.ua/laws/show/z1227-20#Text (дата звернення: 22.12.2024).

41. Цивільний кодекс України. Закон України від 16.01.2003 р. № 435-IV. URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/435-15 (дата звернення: 22.12.2024).

42. Про систему громадського здоров'я: Закон України від 06 вересня 2022 р. № 2573-IX. URL: https://zakon.rada.gov.ua/ (дата звернення: 20.12.2024).

43. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 1 липня 2022 р. №2347. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text (дата звернення: 22.12.2024).

44. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. № 174. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text (дата звернення: 23.12.2024)

45. Коробчинська Н. В. Моніторинг системи охорони здоров'я в системі управління на місцевому рівні. *Публічне управління та митне адміністрування.* 2022. № 1 (32). С. 58–69.

46. Гладун З.С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації): монографія.

Тернопіль: Екон. думка, 2015. 460 с. URL: https://library.wunu.edu.ua/files/EVD/mg_dpozou.pdf (дата звернення: 22.08.2024)

47. Конюхов Б. С. Організація публічного управління сферою охорони здоров`я. *Молодіжний соціологічний форум НТУ* «ХПІ»: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції студентів і аспірантів 18 травня 2023р. Харків: НТУ «ХПІ», 2023. С.123-125.

48. Долот В. Д. Система охорони здоров’я в Україні: вибір національної моделі розвитку. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2021. № 2. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2013_2_11 (дата звернення 10.12.2024).

49. Панов І., Татаренко Г. Організація роботи закладів системи охорони здоров’я України в умовах воєнного стану. *Правові засоби забезпечення та захисту прав людини: вітчизняний та зарубіжний досвід: матеріали міжнародної науково-практичної конференції викладачів, співробітників закладів вищої освіти і наукових організацій, магістрантів, аспірантів, докторантів, представників громадських організацій, органів державної влади й органів місцевого самоврядування, підприємств та інших установ* (16 травня 2024 р.). Київ : вид-во СНУ ім. В. Даля, 2024. 234 с. С. 28–34.

50. Про автономізацію медичних установ. Законопроєкт. URL: https://decentralization.ua/news/5408 (дата звернення 10.12.2024).

51. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 31.03.2008 № 166 URL: https://zakon.rada.gov.ua/go/v0166282-08 дата звернення 10.12.2024).

52. Реформування охорони здоров’я з точки зору первинної меддопомоги: що важливо знати органам місцевого самоврядування. URL: https://decentralization.ua/news/17394 (дата звернення: 05.01.2025.)

53. Ключевський В.Б. Реалізація механізму впровадження колективних угод у сфері охорони здоров’я. *Від теорії до практики в управлінні та врядуванні: збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції*, м. Київ, 20 червня 2024 року / за заг. ред. О. В. Євсюкової, І. С. Гриценка, С. М. Приліпка. Київ : НУБіП, 2024. С.55-57.

54. Шарий В.І. Особливості реалізації органами місцевого самоврядування державної політики в умовах трансформації українського суспільства : автореф. дис. … докт. наук з держ. упр. : 25.00.04. Київ, 2013. 39 с.

55. Система та повноваження органів місцевого самоврядування. URL: https://osvita.ua/vnz/reports/law/9474/#google_vignette (дата звернення: 22.08.2024).

56. Департамент охорони здоров’я Запорізької області. Офіційний сайт. URL:https://doz.zoda.gov.ua/. (дата звернення 01.12.2024).

57. Полковнікова Н. О. Повноваження органів державної влади та органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров’я: розмежування й рівні перетину. *Право та державне управління*. 2019. № 4. С. 263–269.

58. Primary health care financing in Ukraine: a situation analysis and policy considerations, October 2023, WHO/EURO:2023-8138-47906-70792. URL: https://iris.who.int/bitstream/handle (дата звернення: 05.01.2025.)

59. Бабінець Л. С., Богайчук В. Г., Боровик І. О., Ткач О. О., Матюк Л.М. Виклики системі охорони здоров’я в умовах децентралізації, пріоритету первинної медичної допомоги і утворення госпітальних округів: досвід Тернопільської області. *Сімейна медицина*. 2016. № 4. С. 125-128.

60. Дмитрук О.В. Управління адаптацією персоналу закладів охорони здоров’я в нових умовах господарювання. *Приазовський економічний вісник.* 2018. Вип. 5(10). С. 182-186.

61. Герасимюк К. Х. Децентралізація влади: проблеми реформування медичної галузі. *Право та державне управління*. 2017. № 3. С. 185-189.

62. Дослідження практичної реалізації системи медичного обслуговування в Україні в умовах децентралізації/ К. М. Вергелес та ін. *Світ медицини та біології.* 2019. № 4. С. 30-34.

63. Камінська Т. В. Публічне управління наданням медичних послуг в Україні в контексті децентралізації влади. *Економічний вісник НТУУ «КПІ» : збірник наукових праць.* 2022. № 23. С. 83-89.

64. Надюк З. О. Державне управління інноваційним розвитком національної системи охорони здоров’я. *Державне будівництво*. 2019. № 1.URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu (дата звернення: 05.01.2025)

65. 7 років цифрової трансформації медицини: що презентували на eHealth Summit 2024. URL: https://ehealth.gov.ua/2024/09/13/7-(дата звернення: 05.01.2025.)

66. Про утворення та затвердження складу робочої групи з питань створення інформаційної платформи громадського здоров’я в Україні. Наказ МОЗ України від 09.08.2024 № 1409. URL: https://moz.gov.ua/uk https://ehealth.gov.ua/2024/09/13/7- (дата звернення: 05.01.2025)

67. Про Державний бюджет України на 2025 рік: Закон України від 19.11.2024 № 4059-IX. URL: https://itd.rada.gov.ua/billInfo/Bills/Card/44888 (дата звернення: 05.01.2025)

68. Комунальне некомерційне підприємство «Обласна інфекційна клінічна лікарня» Запорізької обласної Ради. Офіційний сайт. URL: https://oikl.com.ua/(дата звернення: 05.01.2025)

69. Івашків Ю. Д., Мєдвєдєва Н. А., Музика В. П. Розроблення елементів системи управління якістю в умовах медичної установи. *Стандартизація. Сертифікація. Якість.* 2018. № 2. С. 22-26.

70. Мунько А. Ю. Децентралізація та стандартизація системи публічних послуг (на прикладі сфери охорони здоров’я). *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2020. № 8. URL:http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2020_8_5 (дата звернення: 05.01.2025)

71. Круть А. Г., Горачук В. В. Перспективи використання стандартів на системи управління якістю в закладах охорони здоров’я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* 2019. № 3. С. 38–43.

72. Пасмор М. С. Система управління якістю у сфері охорони здоров’я як чинник стабілізації та розвитку галузі. *Соціальна економіка*. 2017. № 1. С. 92-95.

73. Ткаченко В. І. Європейський досвід управління якістю медичних послуг та його ефективність у первинній медичній допомозі. *Інвестиції: практика та досвід*. 2022. № 19-20. С. 132-140.

74. Костюк В. С. Проблема нерівності в доступі до якісного медичного обслуговування та шляхи її вирішення. *Збірник наукових праць Уманського національного університету садівництва.* 2020. Вип. 97(2). С. 75-87.

75. Савостенко Т. О., Шевченко Л. Г., Соломаха О. А. Інноваційний розвиток системи охорони здоров’я як об’єкта державного регулювання: стан і проблеми. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2022. Вип. 2. С. 38-44.

76. Розгон О. В. Особливості впровадження сервісних інновацій у сфері охорони здоров’я: стратегії та механізми. *Економіка та право*. 2022. № 2. С. 56-66.