

ХМЕЛЬНИЦЬКА ОБЛАСНА РАДА
ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ПРАВА
ІМЕНІ ЛЕОНІДА ЮЗЬКОВА
ФАКУЛЬТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ЕКОНОМІКИ
Кафедра публічного управління та адміністрування

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на тему: *«Модернізація системи управління закладом охорони
здоров'я в умовах медичної реформи»*

Виконала: студентка магістратури за
спеціальністю
281 Публічне управління та
адміністрування

Підмурняк Надія Миколаївна

Керівник: доцент кафедри публічного
управління та
адміністрування,
к. е. н., доцент

_____ Хитра О.В.

Рецензент: _____
(науковий ступінь, вчене звання, прізвище та
ініціали)

АНОТАЦІЯ

Підмурняк Н.М. Модернізація системи управління закладом охорони здоров'я в умовах медичної реформи. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Магістерська робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 281 – Публічне управління та адміністрування. – Хмельницький університет управління та права імені Леоніда Юзькова, 2020.

Кваліфікаційна робота магістра присвячена обґрунтуванню теоретико-методологічних засад визначення механізмів системи управління, які детермінують системні зміни у сфері охорони здоров'я України в умовах реформування галузі, та розроблено методiku оцінювання результатів ефективного розвитку механізмів державного управління закладами охорони здоров'я через сукупність процедур та правил, що регламентують взаємодію партнерів на медичному ринку здоров'я України. Акцентовано увагу на трансформації системи охорони здоров'я, яку зараз впроваджує команда МОЗ України, що в свою чергу передбачає підвищення якості та доступності медичної допомоги за рахунок ефективного використання обмежених фінансових, матеріальних, трудових та інших ресурсів в умовах модернізації системи управління закладом охорони здоров'я.

Теоретичний аналіз проблем розвитку механізмів державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я в науковому дискурсі дозволив визначити основні тематичні площини дослідження проблеми: методологічні засади державного управління сферою охорони здоров'я у період системних змін; реформування системи охорони здоров'я України в умовах складної соціально-політичної ситуації, окупації і анексії частини країни, демографічної кризи; адаптація організаційних структур управління на рівні системи і закладу медичної освіти до змінних умов і ринкових механізмів послуг охорони здоров'я; економіка охорони здоров'я і ефективність використання ресурсів в галузі охорони здоров'я; соціально-економічної ефективності системи охорони.

Аналіз Національної стратегії реформування охорони здоров'я (2015–2025), інших чинних нормативно-правових документів у сфері охорони здоров'я України дозволив дійти до висновку про відсутність чітко визначених

механізмів державного управління, їх структури, функцій та напрямів дій на різних рівнях управління, зокрема медичними закладами у ринкових умовах. Незважаючи на значний масив наукових праць з державного управління сферою охорони здоров'я, комплексних наукових досліджень проблеми розвитку механізмів державного управління системними змінами не проводилося.

Розкрито перспективні напрями модернізації системи управління закладами охорони здоров'я. Акцентовано увагу на трансформації системи охорони здоров'я, яку зараз впроваджує команда МОЗ України, що в свою чергу передбачає підвищення якості та доступності медичної допомоги за рахунок ефективного використання обмежених фінансових, матеріальних, трудових та інших ресурсів охорони здоров'я в умовах швидко зростаючої конкуренції на ринку медичних послуг.

Ключові слова: державне управління, заклади охорони здоров'я, економічні механізми, інноваційна діяльність в охороні здоров'я, модернізація системи управління.

ANNOTATION

Pidmurniak N. Modernization of the health care management system in the context of medical reform. – Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

Master's thesis for a master's degree in specialty 281 – Public Administration. – Khmelnytskyi University of Management and Law named after Leonid Yuzkov, 2020.

The master's qualification work is devoted to substantiation of theoretical and methodological bases of definition of mechanisms of management system which determine systemic changes in the field of health care of Ukraine in the conditions of reforming of branch, and the technique of estimation of results of effective development of mechanisms of public management regulating the interaction of partners in the medical market of health of Ukraine. Emphasis is placed on the transformation of the health care system, which is currently being implemented by the team of the Ministry of Health of Ukraine, which in turn involves improving the quality and availability of health care through effective use of limited financial, material, labor and other resources. I.

Key words: public administration, health care institutions, economic mechanisms, innovative activity in health care, modernization of the management system.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ СУЧАСНОЇ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ	8
1.1 Сучасна парадигма управління закладом охорони здоров'я	8
1.2 Економічні механізми управління закладом охорони здоров'я	14
РОЗДІЛ 2 ОЦІНКА СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ	22
2.1 Економічні механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я	22
2.2 Внутрішньоорганізаційна структура державного управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні: сучасний стан та перспективи	31
РОЗДІЛ 3 НАПРЯМИ МОДЕРНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ	40
3.1 Удосконалення управління закладами охорони здоров'я на інноваційних засадах	40
3.2 Модернізація системної трансформації управління закладами охорони здоров'я	54
ВИСНОВКИ	61
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	64
ДОДАТКИ	71

ВСТУП

Актуальність теми. Система охорони здоров'я України, на однозначну думку політиків, науковців та громадськості, сьогодні ще не задовольняє потреби суспільства. Зазначене зумовлене зниженням рівня медичної освіти, значним відставанням у розвитку медичної науки, медичної та фармацевтичної промисловості, низьким рівнем якості та доступності медичних послуг, високим рівнем їх співоплати пацієнтами, соціальною незахищеністю медичних працівників, а також низьким рівнем фінансування охорони здоров'я.

Формування ринкової моделі галузі охорони здоров'я потребує нових підходів до управління медичними закладами. Матеріал цього дослідження спрямований на розв'язання проблеми застосування системного підходу до управління закладами охорони здоров'я.

Потрібно зазначити, що структура управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях є вкрай недосконалою, а на районному рівні відсутній підрозділ, завданням якого мала б бути координація управління системою громадського здоров'я, медичного обслуговування в цілому та її фінансовими ресурсами зокрема, і на який можна було б покласти функцію укладання договорів на медичні послуги населенню та контролю за їх виконанням.

Управління системою охорони здоров'я в Україні не пристосоване до сучасних соціально-економічних умов, а тому підлягає обґрунтованим організаційним змінам. Теоретичні розробки вітчизняних науковців з державного управління, нові концептуальні і практичні напрацювання обумовлюють глибокий аналіз напрямів трансформації механізмів державного управління системою охорони здоров'я. Але дослідження питання організаційно-правових засад у системі управління охороною здоров'я ще не набули системного характеру. Йдеться про організаційно-правові засади взаємодії між структурними елементами управління: виконавчою та представницькою владою, органами управління охороною здоров'я,

громадськими об'єднаннями і політичними партіями. Також потребує подальшого аналізу та обґрунтування внутрішньоорганізаційна структура державного управління охороною здоров'я на рівні адміністративних територій в Україні, механізми його здійснення. Недостатнє вивчення цих проблем обумовило актуальність та вибір теми дослідження.

Вивченню напрямів удосконалення державного управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях приділяється значна увага. У науковій літературі з цієї проблеми за останні роки максимальну увагу відведено фінансуванню галузі, розвитку первинної медичної допомоги, якості надання медичних послуг, місцю громадського сектора в управлінні охороною здоров'я. Проблеми шляхів удосконалення управління охороною здоров'я присвячені роботи вітчизняних вчених І.М. Солоненка, І.І. Хожило, І.В. Рожкової, В.Ф. Москаленка, Л.І. Жаліло, В.М. Лехан, Я.Ф. Радиша, В.М. Рудого та ін.

На сьогодні в Україні не досконало вивчені організаційно-правові засади державного управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях. Спостерігається невизначеність законодавства, що регулює діяльність органів державної виконавчої влади та місцевого самоврядування в управлінні охороною здоров'я. Залишаються невирішеними питання створення внутрішньоорганізаційної структури, яка б забезпечувала адекватне функціонування системи, запровадження демократичних засад, децентралізацію та змінила принципи фінансування галузі.

Мета та завдання роботи. Метою магістерської роботи є узагальнення теоретичних аспектів, розробка та обґрунтування практичних рекомендацій щодо систематизації компонентів механізму ефективного управління медичними закладами в сучасних економічних умовах.

Завданнями магістерської роботи є:

- дослідити теоретичні засади управління закладами охорони здоров'я;
- визначити економічні механізми управління закладом охорони здоров'я;
- дослідити внутрішньоорганізаційну структуру державного управління

охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні;

- охарактеризувати сучасний стан громадського здоров'я України як передумову модернізації медичної галузі та розвитку механізмів державно-управлінського впливу конкуренції на ринку медичних послуг;

- удосконалити управління закладами охорони здоров'я на інноваційних засадах;

- визначити шляхи модернізації функцій суб'єктів управління на місцевому рівні в умовах реструктуризації галузі.

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

Предметом дослідження є теоретико-методологічні та прикладні аспекти удосконалення системи управління закладами охорони здоров'я України в умовах медичної реформи.

Інформаційна база дослідження. Теоретичною основою дипломної роботи магістра послужили роботи вітчизняних і зарубіжних авторів, присвячені загальним питанням управління закладами охорони здоров'я, зарубіжні та національні законодавчі і нормативні акти, періодичні видання.

Методи дослідження. Для реалізації поставленої мети було використано комплекс загальнонаукових і спеціальних методів, а саме: теоретичні: абстрагування, конкретизації та узагальнення теоретичних положень у наукових джерелах для визначення сучасного стану дослідження проблеми, розробки концепції системної трансформації механізмів системи управління закладами охорони здоров'я України; порівняльно-зіставний метод використано для вивчення поточного стану сфери охорони здоров'я в Україні; прогностичного аналізу системних змін у галузі.

Структура роботи. Відповідно до мети та завдань дослідження робота складається зі вступу, трьох розділів, шести підрозділів, висновків, списку використаних джерел із 69-ти найменувань та трьох додатків. Загальний обсяг роботи 75 сторінок, з яких основного тексту 60 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ СУЧАСНОЇ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

1.1 Сучасна парадигма управління закладом охорони здоров'я

Процес прийняття управлінських рішень у медичних установах стає складнішим, враховуючи дедалі більшу різноманітність аспектів, що визначають реалістичність та потенційну ефективність таких рішень у сучасному контексті. Зміни, що відбуваються в медичній галузі, лімітне фінансування закладів охорони здоров'я, зростаючі потреби пацієнтів у якісній медичній допомозі, поширення сучасних методів лікування та діагностики – це фактори, що формують зовсім інші вимоги до всіх учасників відносин у сфері медицини [1, с. 60].

У межах вітчизняної медичної реформи пропонується перекласти функції замовника медичних послуг на заклад, який буде розподіляти фінансові ресурси за рахунок платних послуг пацієнтам. Таким чином, держава рухається від підтримки мережі закладів охорони здоров'я, які надають безкоштовні послуги, до придбання послуг у цій мережі. Постачальником послуг визначено медичні заклади, а споживачами медичних послуг – пацієнтів. Відповідно до реформи передбачено формування автономного замовника послуг, автономних постачальників, які продаватимуть замовнику послуг медичні послуги, ґрунтуючись на підписанні договорів. Як перспектива – створення контролюючого органу чи наглядової ради [2, с. 136]. Отже, метою всіх державних дій має стати єдиний ринок медичних послуг (медичний простір), який об'єднуватиме всіх постачальників (установи, заклади охорони здоров'я), зокрема приватні медичні центри, заклади, аптеки тощо [3, с. 49].

Однак у моделі збалансованого трикутника дій «споживач – замовник – постачальник» (рисунок 1.1) відсутній важливий елемент – інноваційна

компонента. Існуюча національна модель таких відносин недосконала, оскільки в ній практично не бере участі національний виробник інновацій (нових лікарських засобів, медичної техніки й виробів медичного призначення), а замовника послуг практично не існує, оскільки він інтегрований із постачальником [4, с. 24]. У ролі постачальника виступає держава, яка володіє закладами охорони та забезпечує їхнє утримання. Така ситуація не сприяє розв'язанню конфлікту інтересів усіх зацікавлених сторін, що призводить до низьких результатів (надання медичної допомоги та медичних послуг) за значних національних витрат на охорону здоров'я [5, с. 136].

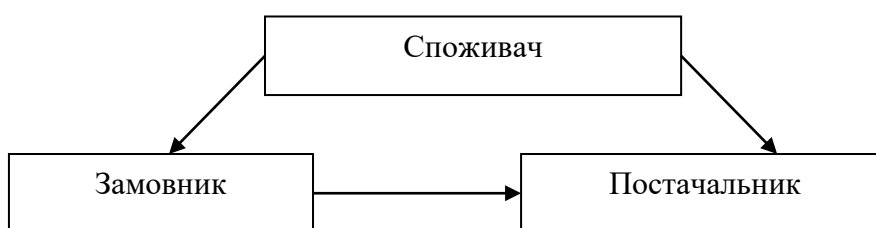


Рисунок 1.1 Збалансований трикутник дій

Примітка: складено автором на основі джерела [4]

На сучасному етапі у сфері охорони здоров'я спостерігається розбалансованість соціально-політичних, нормативно-правових, фінансово-економічних, організаційних, мотиваційних, інформативно-комунікативних, освітніх, науково-методичних механізмів державного управління, які ми згрупували у таблицю А1 (додаток А).

Отже, потрібно запровадити інноваційні підходи та елементи професійного менеджменту, адекватні трансформаційним процесам у галузі медицини, для покращення індикаторів якості всіх складових системи управління закладом охорони здоров'я: рівень кваліфікації медичного персоналу; сучасне обладнання, інноваційні та інформаційні технології з удосконаленням автоматизованих електронних систем обробки інформації та систематичним покращенням якості та повноти медичної інформації; здатність

максимально повно задовольняти потреби споживача, забезпечуючи повний спектр високоякісних медичних послуг [6, с. 182].

Ефективність системи державного управління охороною здоров'я залежить від співвідношення складності інформації керованої і керуючої підсистем. Окрім того, відносно самостійний розвиток взаємодіючих підсистем може порушувати рівноваги комплексу “керуюча підсистема – технологічна підсистема – керована підсистема”. Наведемо загальну структуру системи державного управління охороною здоров'я України (рисунок 1.2), що дає змогу виокремити закономірності впливу на використання ресурсів об'єктами господарської діяльності (лікувально-профілактичні заклади, фізичні особи), а також враховувати можливості застосування нових технологій, приладів, медикаментів, способів і методів лікування, розширювати технологічні і ресурсні можливості управлінських структур у зв'язку з формуванням ринку медичних послуг, страхової медицини, а відтак, – розширити єдиний медичний простір [7, с. 75].

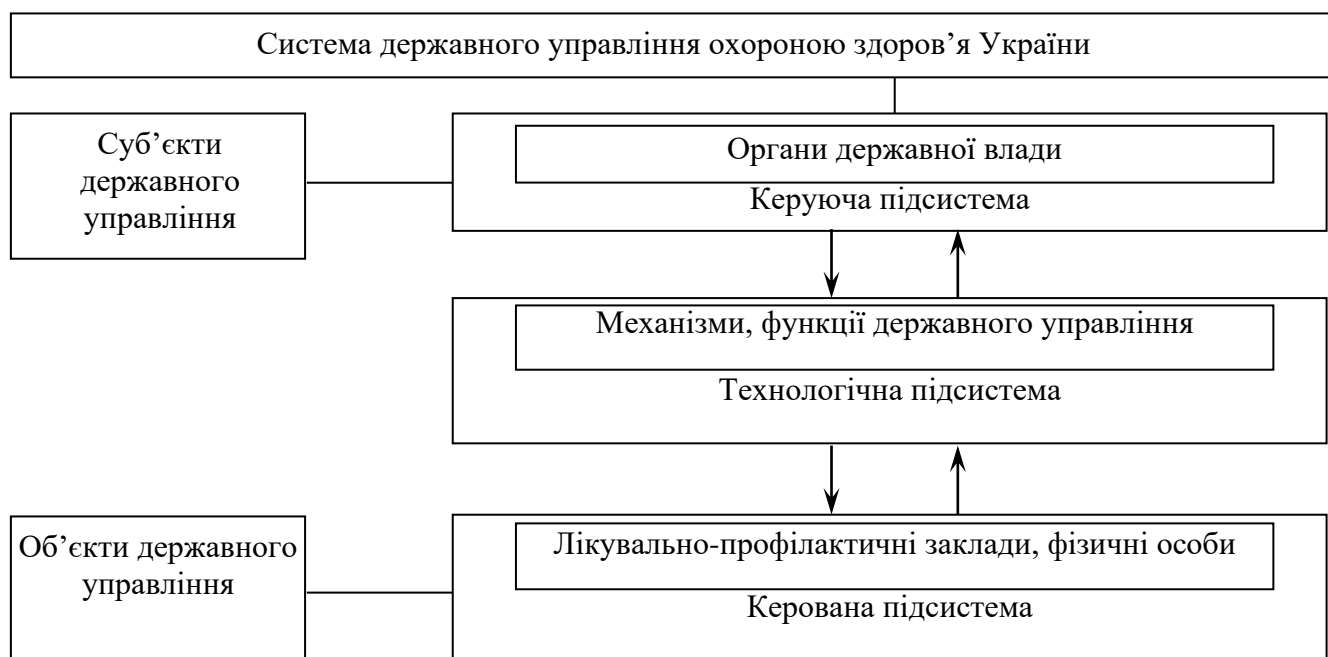


Рисунок 1.2 Загальна структура системи державного управління охороною здоров'я України

Примітка: складено автором на основі джерела [7]

Дієвість державного управління розвитком системи охорони здоров'я визначається за такими критеріями, як ефективність (співвідношення між витратами на проведення реорганізації галузі та досягнутими результатами), економічність (намагання отримання певних результатів з найменшими витратами) та результативність (міра досягнення поставленої мети) і в ринкових умовах залежить від наслідків функціонування системи надання якісних медичних послуг [8, с. 75].

Отже, для того щоб удосконалити управлінську систему медичного закладу та підвищити якість управління, що є необхідною умовою забезпечення конкурентоспроможності на ринку медичних послуг, при переході до автономної моделі діяльності доцільно реалізувати такі принципи [9, с. 34].

У галузі охорони здоров'я організація процесу надання медичної послуги будується на системі виробничих відносин, ієрархічних зв'язках та на системі правил, прав, відповідальності, обов'язків тощо. Модель системного підходу до управління медичним закладом може бути представлена у вигляді схеми (рисунок 1.3) [10, с. 256].

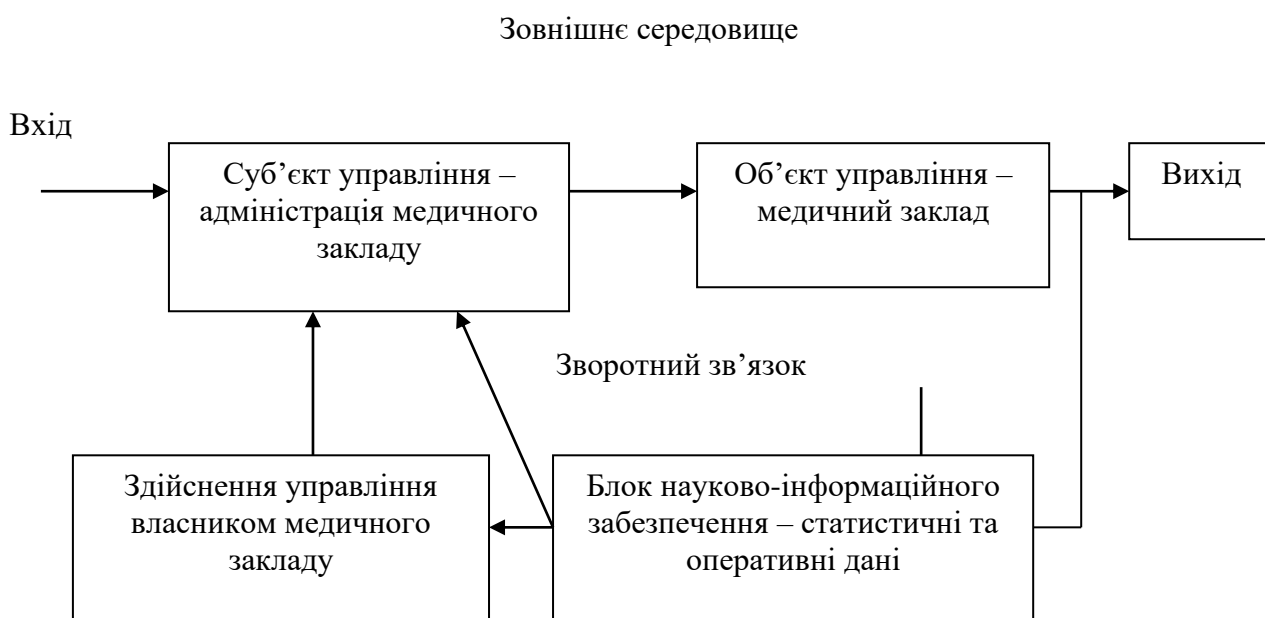


Рисунок 1.3 Модель системного підходу до управління медичним закладом

Серед перших – принцип цілеспрямованості, який акумулює всі

компоненти процесу управління. Специфіка його впровадження в закладах охорони здоров'я полягає у необхідності висвітлення цілей медичного, організаційного, технологічного та фінансово-економічного змісту з підпорядкуванням останніх першим двом [11, с. 254].

Інший принцип полягає саме в управлінні медичним закладом і враховує безпеку, яка є основоположним принципом надання медичної допомоги населенню та пріоритетним критерієм забезпечення та оцінки його якості. Реалізація цього принципу вимагає комплексних системних зусиль, що включає широкий спектр професійних, організаційних, правових та психологічних заходів щодо поліпшення процесу діагностики та лікування, забезпечення реальних умов управління ризиками (включаючи безпеку застосування лікарських засобів і використання медичного обладнання), санітарно-епідеміологічний контроль, безпеку клінічної практики та безпечну ситуацію в медичних установах [12, с. 87].

Одним з першочергових принципів є ефективна кадрова політика (питання підготовки, підвищення мотиваційної складової, розподілу медичних кадрів тощо) як ключовий напрям ефективного управління закладом охорони здоров'я, оскільки від професійного рівня медичних працівників залежить якість, своєчасність і доступність надання медичної допомоги пацієнтам [13].

Нині у вітчизняних медичних закладах бракує менеджерів-організаторів у сфері охорони здоров'я, які були б здатні застосовувати широкий спектр практичних навичок та приймати ефективні стратегічні рішення, що необхідні для зміни на організаційному рівні, і глибокого розуміння викликів та новітніх тенденцій у галузі охорони здоров'я [14].

Така ситуація пояснюється відсутністю ефективної системи підготовки керівників медичних закладів та несформованістю освітньої бази щодо досягнень як провідних країн світу, так і реалій вітчизняної медичної системи [15].

Особливу увагу необхідно приділити тому, що керівники медичних закладів у розвинених країнах світу – це фахівці, які володіють достатнім

багажем теоретико-практичних знань з менеджменту, економіки, права, поведінкових наук, доказової медицини тощо. А у вітчизняних закладах охорони здоров'я значна частина управлінців – лікарі-практики з медичною освітою.

З часу реформи медичної галузі в Україні постійно тривають дискусії щодо стану управління медичним закладом та його керівного складу, а також відповідність освіти займаній посаді. На сьогодні головний лікар медичного закладу виконує функції як адміністративні, так і медичні. Незважаючи на те, що ці заклади перебувають на утриманні держави, це величезний обсяг роботи. Тому ми маємо брати приклад з розвинених країн, де управлінські функції є структурованими, наприклад, адміністративними питаннями займається менеджер, медичними процесами – медичний фахівець тощо.

З 1 січня 2019 року в Україні в межах реформи охорони здоров'я ввели розмежування посад і функцій у медичних установах: медичними питаннями буде займатись медичний директор, а господарськими питаннями – директор установи. Ніхто не буде звільнений, усі медичні працівники на чолі з головним лікарем будуть виконувати свої функції до закінчення терміну дії контракту [16].

Як уже зазначалося, проблеми, пов'язані з кадровими ресурсами охорони здоров'я, не тільки стосуються медичного закладу, а лежать в основі формування державної політики. Серед невідкладних завдань – розробка професійних стандартів з дотриманням європейських вимог та програм для підготовки. Це дасть змогу сформувавши єдині підходи до встановлення відповідності номенклатури та кваліфікаційних вимог до посад і характеристик спеціальностей [17, с. 78].

Сучасні трансформаційні зміни в галузі охорони здоров'я спонукають медичні кадри до безперервного навчання і професійного розвитку (відповідно до постанови Кабміну № 302 від 28 березня 2018 року), які здатні до адаптації в умовах їх функціонування. Таким чином, сучасна ситуація у вітчизняній охороні здоров'я вимагає проведення глибинних перетворень і оновлення

змісту і форми підготовки керівних кадрів, впровадження дуальної освіти або альтернативних форм, таких як дистанційне навчання [18, с. 225].

Отже, застосування системного підходу в управлінні закладами охорони здоров'я об'єднує сукупність взаємопов'язаних елементів: ресурси та інформація, надання медичної послуги і зв'язок із зовнішнім середовищем (з урахуванням політичної, економічної, соціально-демографічної, культурної ситуації та інфраструктури конкретного об'єкта). На сьогодні в реформаційних умовах такий підхід є найбільш перспективним і дозволяє елементи ефективного управління медичними закладами реалізувати на практиці не лише на мікрорівні, але й у контексті трансформації вітчизняної системи охорони здоров'я [19, с. 132].

Всупереч новим виклики і реформаційним змінам трансформація медичної системи уповільнюється, оскільки медичні заклади є досить консервативним елементом системи охорони здоров'я. Функціонуючи на ринку медичних послуг, заклади охорони здоров'я для підтримки конкурентоспроможності мають враховувати фактори впливу ендогенного та екзогенного характеру пов'язані з реформуванням галузі та процесами децентралізації, до яких слід віднести: змінити методи планування та організації діяльності медичних закладів; впровадження нових моделей управління; застосування сучасних форм оплати медичних послуг; новаторство в частині формування електронної системи охорони здоров'я (E-Health); інноватизація інформаційно-аналітичного забезпечення; підвищити професійний рівень кадрового потенціалу; дотримання міжнародних стандартів якості надання медичних послуг.

1.2 Економічні механізми управління закладом охорони здоров'я

В класичній економічній літературі виділяють дві моделі господарського механізму: перша – переважно адміністративна і друга – система управління, що базується на економічних методах господарювання. Перші спроби реалізації

другої моделі в охороні здоров'я були наприкінці 1980-х років і мали на меті [20, с. 160]:

- стимулювання ініціативи трудових колективів через механізми збільшення їхньої самостійності;
- прискорення розвитку матеріально-технічної бази за рахунок власних ресурсів;
- забезпечення націленості роботи на досягнення високих кінцевих результатів – зміцнення здоров'я населення країни;
- активізацію зусиль самих громадян у формуванні і зміцненні свого здоров'я.

Отже, перехід від першої до другої моделі супроводжується переходом від переважно адміністративних до економічних методів управління, до управління персоналом через економічні інтереси, розвитку демократичних засад в управлінні, що, у свою чергу, потребує змін у плануванні, фінансуванні та стимулюванні праці [21].

Підтвердженням цього є окреслені в аналітичному звіті Світового банку щодо управління системою охорони здоров'я в Україні за 2015 рік основні проблеми галузі, що не дозволяють службі системи охорони здоров'я у більшості випадків забезпечити профілактику, виявлення та ефективне лікування захворювань, до яких належать [22, с. 60]:

- неспроможність галузі підібрати й утримувати медичний персонал, мотивувати його нести відповідальність за результати своєї роботи;
- відсутність налагодженої системи управління інформацією, єдиного реєстру лікарень, лікарів, приватних закладів лікування та профілактики і, що не менш важливо, якісної статистичної інформації;
- існування жорсткої бюджетної системи, яка стала причиною безлічі неофіційних платежів і корупційних схем.

Перелічені проблеми потребують кардинальних і негайних змін у підходах до управління закладами охорони здоров'я з орієнтацією останніх на економічні важелі та стимули [23, с. 579].

Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я розглядається як система цілеспрямованих взаємодій між суб'єктом управління (органи управління закладом, наділені повноваженнями щодо прийняття рішень стосовно організації його діяльності та формування напрямів перспективного розвитку) та об'єктом управління (заклад охорони здоров'я і система економічних відносин у процесі його функціонування) шляхом реалізації функцій управління на основі застосування комплексу підходів, методів, засобів та економічних інструментів дослідження і трансформації взаємопов'язаних процесів забезпечення ефективного функціонування закладів охорони здоров'я з урахуванням дії численних факторів зовнішнього та внутрішнього середовища [24, с. 168].

Схема уніфікованого механізму економічного управління закладами охорони здоров'я незалежно від їх форми власності та сфери діяльності, наведена на рисунку 1.4, дає змогу виділити такі його елементи: місія, ієрархія цілей, система загальнонаукових і специфічних принципів управління, функціональна та забезпечувальна підсистеми, економічні важелі та стимули [25, с. 279].

Враховуючи соціальне навантаження функціонування закладів охорони здоров'я, навіть для приватного сектора, система цільових орієнтирів їх діяльності не може бути спрямована на одержання прибутку, який у цьому випадку виступає не як самоціль, а як засіб формування фінансової бази розвитку закладів і джерело фінансового забезпечення можливості реалізації інших цілей, зокрема, нарощування потенціалу закладу на основі відкритих інновацій. Слід зазначити, що цілі закладу охорони здоров'я можуть бути незмінними впродовж тривалого часу, що обумовлене специфікою галузі і її соціальною значущістю. Це, певною мірою, спрощує процес управління порівняно із суб'єктами сектора матеріального виробництва [26, с. 116].

Управління закладами охорони має базуватися на системі принципів, які поділяються на дві групи: загальнонаукові та специфічні.

Серед перших основоположним є принцип цільової спрямованості, який

акумулює у собі усі складові процесу управління. Специфіка його реалізації у закладах охорони здоров'я полягає у необхідності виділення цілей медико-організаційного, медико-технологічного та фінансово-економічного змісту з підпорядкуванням останніх першим двом.

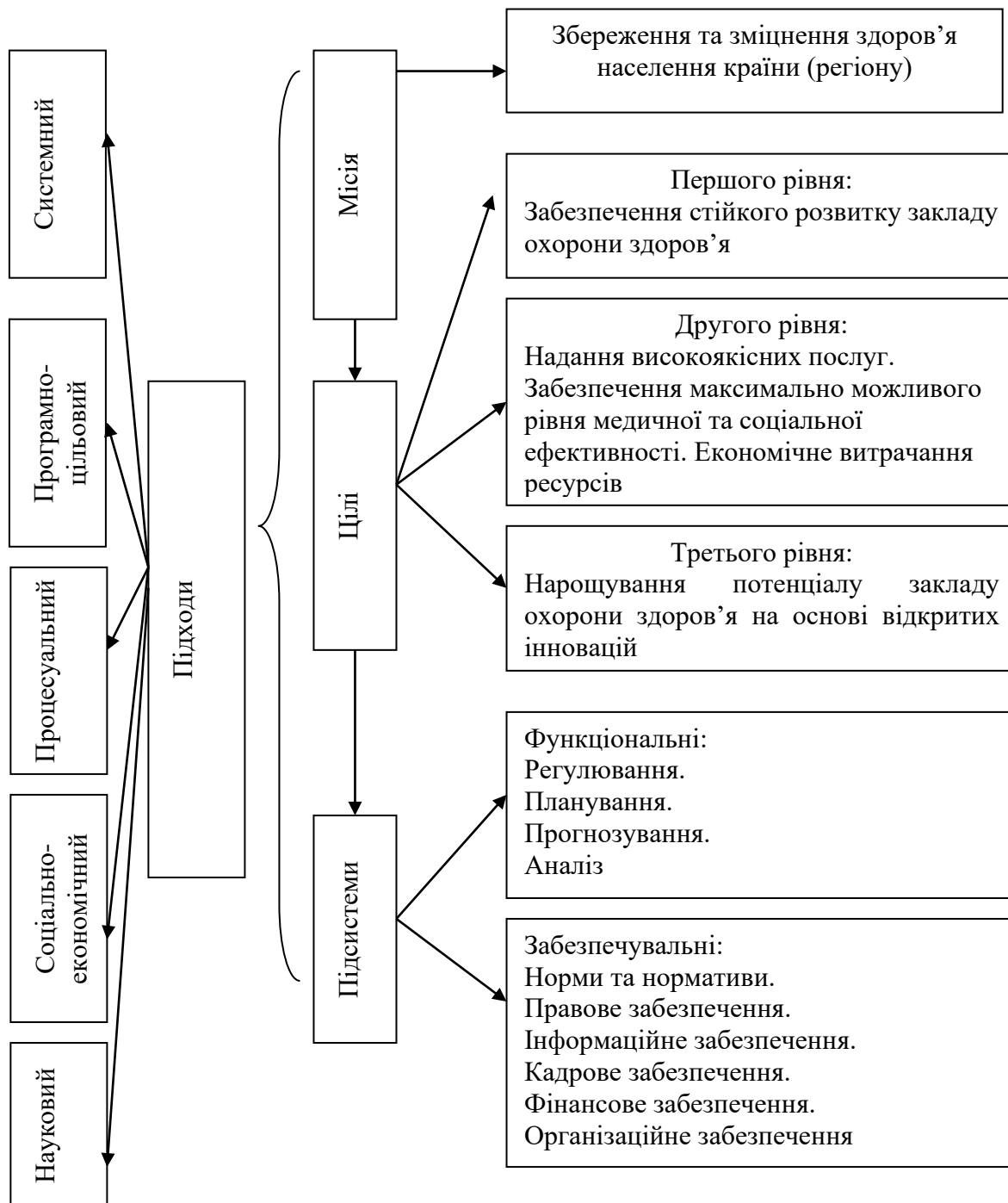


Рисунок 1.4 Уніфікований механізм економічного управління закладами охорони здоров'я

Примітка: складено автором на основі джерела [25]

Централізація управління має гнучко сполучатися з децентралізацією і створювати необхідні умови для ефективного виконання обов'язків, покладених на нижчестоящі ланки в системі управління охороною здоров'я (особливо вагомий цей принцип для державних, комунальних і відомчих закладів охорони здоров'я) [27, с. 116].

Принципи єдиноначальності управління та делегування повноважень є класичними принципами менеджменту і не мають особливостей стосовно закладів охорони здоров'я, на відміну від принципу ефективності, який в медичних закладах передбачає управління за критерієм максимізації, насамперед медичної і соціальної ефективності. Економічна ефективність управління не є у цьому випадку однозначною, оскільки для закладів приватного сектора вона визначається традиційно, а для державних і комунальних закладів охорони здоров'я визначається у системі макро- та мезопоказників [28, с. 14].

Специфічні принципи притаманні саме управлінню закладами охорони здоров'я і враховують: по-перше, безпеку, яка є фундаментальним принципом надання медичної допомоги населенню і пріоритетним критерієм забезпечення і оцінки її якості. Реалізація цього принципу, на думку М.М. Білинської, потребує комплексних системних зусиль, які включають широкий спектр професійних, організаційних, правових і психологічних заходів з удосконалення лікувально-діагностичного процесу, забезпечення реальних умов управління ризиками (включаючи безпеку застосування лікарських засобів і використання медичного обладнання), санітарно-епідеміологічний контроль, безпеку клінічної практики та безпечну обстановку в закладах охорони здоров'я [29, с. 177]. По-друге, конституційність прав споживачів, яка зумовлена ст. 49 Конституції України та фактично вимагає орієнтації на максимально якісне та повне задоволення потреб споживача медичних послуг незалежно від фінансово-економічних відносин з ним. По-третє, принцип гуманізації вимагає на всіх етапах управлінської діяльності орієнтуватися на людину, її потреби, інтереси, цінності.

Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я включає дві підсистеми: функціональну та забезпечувальну. У складі першої провідне місце, на наш погляд, належить регулюванню, оскільки надання послуг з охорони здоров'я не лише підлягає обов'язковому ліцензуванню, але й технологічна його компонента регламентується уніфікованими клінічними протоколами надання медичної допомоги у розрізі спеціальностей, на базі яких з урахуванням власних можливостей у закладі охорони здоров'я розробляються локальні протоколи з внутрішніми інструкціями для медичного персоналу [30, с. 136].

Незалежно від форми власності (приватні, комунальні, державні, відомчі) заклади охорони здоров'я мають погоджувати свої локальні протоколи у структурних підрозділах з питань охорони здоров'я державних адміністрацій з метою координування діяльності закладів у відповідному регіоні [31, с. 279].

Разом з локальними протоколами у закладі охорони здоров'я обов'язково розробляють клінічний маршрут пацієнта – алгоритм руху пацієнта структурними підрозділами закладу та пунктами контакту з медичним персоналом з урахуванням взаємодії між закладами охорони здоров'я. У ньому чітко прописують, враховуючи можливості того чи того закладу охорони здоров'я, як пацієнт може отримати якісну медичну допомогу відповідно до уніфікованих клінічних протоколів і стандартів медичної допомоги [32, с. 113].

Саме з урахуванням чинних регламентів здійснюється планування, прогнозування та аналіз діяльності закладів охорони здоров'я. В останньому окремо слід виділити систему внутрішнього аудиту, в якій виділяють три блоки: структурний (аудит фінансово-економічний, кадровий, матеріального забезпечення, медичної документації), процесний (аудит клінічний, технологічний, організаційно-методичний, ефективності впровадження медичних технологій), результатний (аудит задоволеності пацієнтів і медичних працівників, стану здоров'я пацієнта, стану здоров'я населення) [33, с. 74].

Забезпечувальна підсистема включає такі складові: норми та нормативи (медико-економічні нормативи та розрахунки, нормативи забезпеченості

медичним персоналом, табелі оснащення закладів охорони здоров'я, якими визначається необхідний мінімальний перелік обладнання, устаткування та засобів, необхідних для проведення медичних процедур за відповідними стандартами медичної допомоги та клінічними протоколами тощо); правове забезпечення; інформаційне забезпечення; кадрове забезпечення; фінансове забезпечення; організаційне забезпечення.

Організація та практичне задіяння цих підсистем можливе на основі застосування наукового, соціально-економічного, процесуального, програмно-цільового та системного підходів.

Науковий підхід до управління закладами охорони здоров'я базується на вивченні структури, функцій, професійної діяльності та процесу управління у розрізі таких складових, як методологія (система методів пізнання, дослідження), теорія (структури, функції, управлінські рішення, інформація тощо), методики (дослідницькі, діагностичні та ін.) і мистецтво практичної діяльності (мистецтво управління, керування людьми, колективом).

Соціально-економічний підхід передбачає соціальну відповідальність менеджменту, включаючи захист і підвищення добробуту суспільства. У свою чергу, стан суспільного здоров'я як фактор зовнішнього середовища істотно впливає на специфіку, особливості та напрями розвитку системи охорони здоров'я. Саме тому він відповідає теперішнім реаліям функціонування державних і комунальних закладів охорони здоров'я [34, с. 59].

Процесуальний підхід полягає у визначенні управління процесом, у якому діяльність закладу охорони здоров'я розглядається як сума взаємопов'язаних дій – функцій управління, а кожна з яких є комплексом однорідних (елементарних) дій, операцій, процедур.

Сутність програмно-цільового підходу полягає у використанні схеми: «проблема – мета – рішення – програма – бюджет – контроль», тобто наявні управлінські проблеми визначають цілі їх вирішення, досягнення яких потребує певного плану заходів, складання і оптимізації бюджету та контролю його виконання. Його реалізація вимагає наявності відповідної методологічної бази,

кваліфікованих фахівців і програмно-обчислювальних комплексів, що ускладнює його застосування в умовах приватних закладів охорони здоров'я.

Системний підхід в управлінні закладами охорони здоров'я розглядає їх як сукупність взаємопов'язаних елементів, має вхід (ресурси та інформація), вихід (надання медичної послуги), зв'язок із зовнішнім середовищем та зворотний зв'язок (у разі зміни вимог користувачів до медичних послуг, параметрів ринку, появи нових технологій система має відреагувати на ці зміни та внести відповідні зміни в параметри функціонування). Особливістю системного підходу в управлінні медичними закладами є відсутність виробництва в технічному розумінні цього слова, оскільки процес надання медичної послуги є комбінацією з праці медичного персоналу та медичного обладнання, необхідного для надання цієї послуги. У сучасних умовах цей підхід, на нашу думку, є найбільш перспективним і дає змогу реально реалізувати на практиці елементи економічного управління медичними закладами не лише на мікрорівні, але й у контексті реформування вітчизняної системи охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 2

ОЦІНКА СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

2.1 Економічні механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я

У теперішній час в Україні, як і в багатьох країнах світу, все більш актуальними стають питання підвищення ефективності реалізації соціальної, демографічної та соціально-економічної політики, насамперед програм соціально-економічного розвитку на національному, регіональному й місцевому рівнях. Значна увага приділяється оцінюванню фактичного впливу реалізованих та запланованих заходів політики на якість життя населення. За таких умов суттєво зростають вимоги до інформаційно-організаційного забезпечення діяльності органів державного управління різних рівнів, громадських організацій, наукових установ тощо [35, с. 117].

Все більш нагальною стає проблема вивчення впливу стану здоров'я населення на найважливіші соціально-економічні показники розвитку країни, такі як життєзабезпечення та економічна активність населення, подовження тривалості активного життя і працездатності громадян, умови життя тощо. Сучасна демографічна ситуація в Україні є невизначеною, оскільки суспільні зміни в країні періоду незалежності визначають як нестабільні, що постійно супроводжуються соціально-політичними і економічними кризами.

Доцільно зазначити, що застосування таких підходів передбачає суттєві зміни у механізмах державного управління лікувальними закладами сфери охорони здоров'я і різними галузями економіки, а саме, в механізмах отримання користувачами різного рівня і подальшого використання відповідної інформації. Не знаючи суті і особливостей виникаючих проблем, неможливо аналізувати, розвивати та удосконалювати медичну систему [36, с. 122].

Ефективність галузі охорони здоров'я України зумовлена розвитком

сучасних механізмів державного управління. Комплексне реформування охорони здоров'я, спрямоване на створення системи надання медичних послуг, орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити рівний доступ населення до якісної медичної допомоги, та забезпечення фінансового захисту від надмірних витрат «з власної кишені», лишається пріоритетним в політиці Уряду України [37, с. 179].

Ключові зміни розпочалися в попередні роки відповідно до реалізації Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на 2015–2020 рр. [38]:

1 Змінено механізми фінансування медичних закладів, що надають первинну медичну допомогу. Діє принцип «гроші йдуть за пацієнтом». Створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ) – єдиний національний замовник медичних послуг. Зросли видатки державного бюджету на первинну медичну допомогу: з 10,6 % від витрат на охорону здоров'я у 2017 р. до 14,6 % у 2019 р. На кінець 2019 року 1466 закладів охорони здоров'я з надання первинної медичної допомоги уклали договір з НСЗУ, з них 168 приватних та 248 індивідуальної практики (сімейних лікарів). Зростання конкуренції на ринку медичних послуг впливає на їх якість: заклади починають орієнтуватися на потреби пацієнта, адже лише за пацієнтом у заклад можуть прийти кошти. Близько 70 % населення підписали декларації з лікарем первинної медичної допомоги (терапевтом, педіатром або сімейним лікарем). При цьому результати соціологічного опитування показують, що 70 % населення задоволені якістю медичної допомоги на первинній ланці. Зміна фінансування дозволила професіоналам отримувати гідні заробітні плати: подекуди заробітна плата лікарів первинної ланки зросла в чотири рази.

2 Автоматизовано 97 % державних медичних закладів первинного рівня медичної допомоги та 93 % закладів, що надають спеціалізовану, третинну та екстрену медичну допомогу. Зміна правової форми на статус комунального некомерційного підприємства необхідна для підписання контракту з НСЗУ про надання медичних послуг у межах програми медичних гарантій.

3 Змінено принципи закупівель лікарських засобів: з 2015 року державні закупівлі (на національному рівні) здійснюються із залученням спеціалізованих міжнародних організацій. Це дозволило заощадити майже 39 % виділених державою коштів.

4 Створено Державне комерційне підприємство «Медичні закупівлі України», яке у 2020 році розпочинає закупівлі ліків та медичних виробів за державні кошти.

5 Уперше формування переліку закупівель на 2020 рік відбувалося за допомогою методики оцінювання медичних технологій (health technology assesment), яка дозволяє здійснювати державні закупівлі на підставі показників клінічної ефективності, економічної доцільності та організаційних проблем застосування лікарських засобів, медичних виробів та інших медичних технологій.

6 Затверджена й успішно реалізується програма «Доступні ліки»: з 1 квітня 2019 року програма реімбурсації «Доступні ліки» адмініструється НСЗУ і почала працювати за новими правилами. Станом на 14 січня 2020 року лікарські засоби за державною програмою реімбурсації «Доступні ліки» відпускають у 7430 аптеках країни й лише за електронними рецептами. Програма «Доступні ліки» розрахована на пацієнтів, які мають серцево-судинні захворювання, діабет II типу та бронхіальну астму. Уже виписано 11,19 млн електронних рецептів, з них погашено – 9,39 млн (84,38 %). Найбільша кількість виписаних рецептів – для лікування серцево-судинних захворювань (майже 8,940 млн), далі – цукровий діабет (понад 1,860 млн) та бронхіальна астма (понад 332 тис.). До списку ліків, які можна отримати за програмою, включено 254 лікарські засоби, 78 з яких можна отримати безоплатно, інші ж – з незначною доплатою [38].

7 Запроваджено систему «eHealth». Адміністратором центральної бази даних «eHealth» є ДП «Електронне здоров'я». У результаті система електронного здоров'я забезпечить переведення всієї медичної інформації в електронний вигляд. Серед закладів первинної медичної допомоги, які уклали

договір з НСЗУ, зріс рівень комп'ютеризації з 3 до 92 %.

8 Розпочато процес розбудови системи громадського здоров'я, яка закладає засади переорієнтації охорони здоров'я від політики лікування до політики профілактики та зміцнення /збереження здоров'я людини. Створення ефективної мережі регіональних центрів громадського здоров'я по всій Україні – одна з пріоритетних цілей Центру громадського здоров'я на 2019–2020 рр. Наразі вже створено 13 регіональних центрів громадського здоров'я.

9 Ухвалено Стратегію забезпечення біологічної безпеки та біологічного захисту за принципом «Єдине здоров'я» на період до 2025 року, чим покладено початок побудови єдиної системи біобезпеки та біозахисту, спрямованої на захист здоров'я людини та навколишнього середовища від впливу небезпечних біологічних агентів, зокрема таких, що можуть призвести до надзвичайних ситуацій і загрожувати національній та міжнародній безпеці.

10 Розроблено та затверджено Кабінетом Міністрів України план заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги.

11 Затверджено Урядом Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку. Ухвалення документа сприятиме формуванню та розвитку системи громадського здоров'я, посиленню санітарно-просвітницької роботи у початкових та середніх навчальних закладах, збільшенню обізнаності населення щодо факторів ризику неінфекційних захворювань, шляхів їх зменшення; зменшенню передчасної смертності від неінфекційних захворювань (серцево-судинних захворювань, раку, діабету, хронічних респіраторних захворювань та ін.), створенню реальних передумов для покращення медико-демографічної ситуації в країні.

12 Закладено фундамент розбудови трансплантології в Україні, зокрема законодавчо урегульовано проведення трансплантації: внесено зміни до деяких законодавчих актів, що регулюють питання трансплантації анатомічних матеріалів людині.

13 Розпочато зміни в медичній освіті, зокрема запроваджено поріг для вступу на медичні спеціальності, ухвалено постанову Кабінету Міністрів

України про єдиний державний кваліфікаційний іспит для медиків [39, с. 72].

Оцінки до проведення реформи вказують, що рівні витрат на охорону здоров'я на душу населення становлять приблизно 150 доларів США, а більша частина їх (54 %) надходить з кишень пацієнтів. У 2016 році приблизно 40 % витрат на охорону здоров'я були за рахунок державних джерел. Державне фінансування охорони здоров'я становило приблизно 87 доларів США (в постійних цінах 2018 року, що виражені у доларах) (або 3,2 % ВВП), приблизно, як і очіувалося для рівня доходів України, але нижче ніж майже у всіх країнах-компараторах, крім Киргизстану (рисунок 2.1). Витрати «з кишені» пацієнтів були значно вищими, ніж в інших країнах з порівнюваним рівнем доходу. За період з 2010 по 2015 роки частота виплат «з кишені» пацієнтів, що призводять до зuboжіння, зросла з 7,6 % домогосподарств до 9,0 %, тоді як частота катастрофічних виплат «з кишені» пацієнтів зросла з 11,5 % до 14,5 %. Найбільшими чинниками витрат «з кишені» пацієнта стали лікарські засоби та стаціонарна допомога [40].

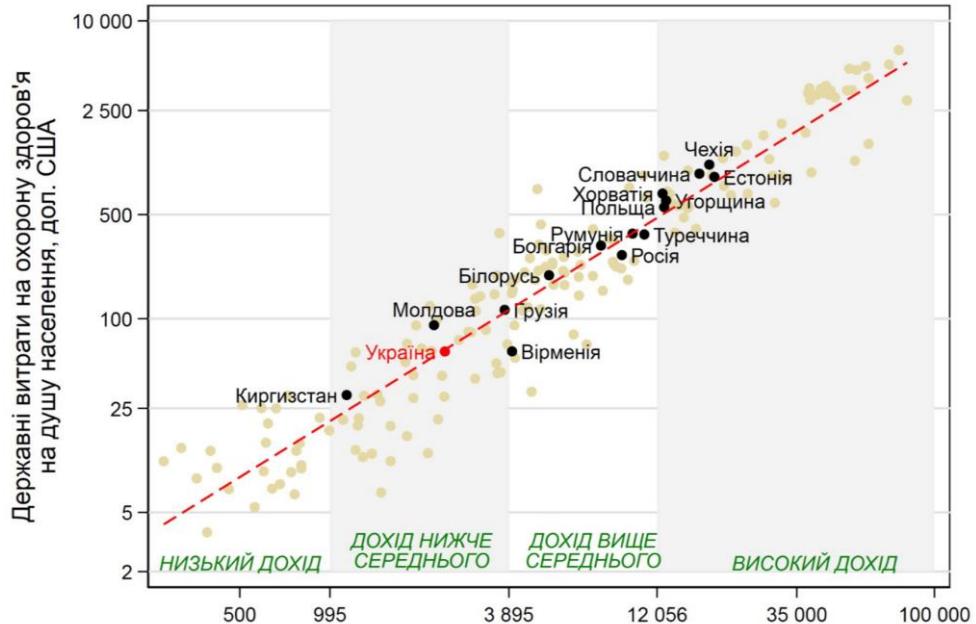


Рисунок 2.1 Державні витрати на охорону здоров'я на душу населення проти валового національного доходу на душу населення (дол. США), 2018 рік

Державні витрати на охорону здоров'я залишилися приблизно однаковими в реальному вираженні на душу населення з моменту початку

реформ і відскочили до рівня, який спостерігався у 2014 році. Щоб зменшити дефіцит загального державного бюджету та відновити макрофіскальну стабільність, у 2015–2016 роках уряд був змушений значно скоротити видатки на охорону здоров'я (зі 101 долара США у 2014 році до 87 доларів США у 2016 році в постійних цінах 2018 року, виражених в доларах США) (рисунок 2.2) [40].

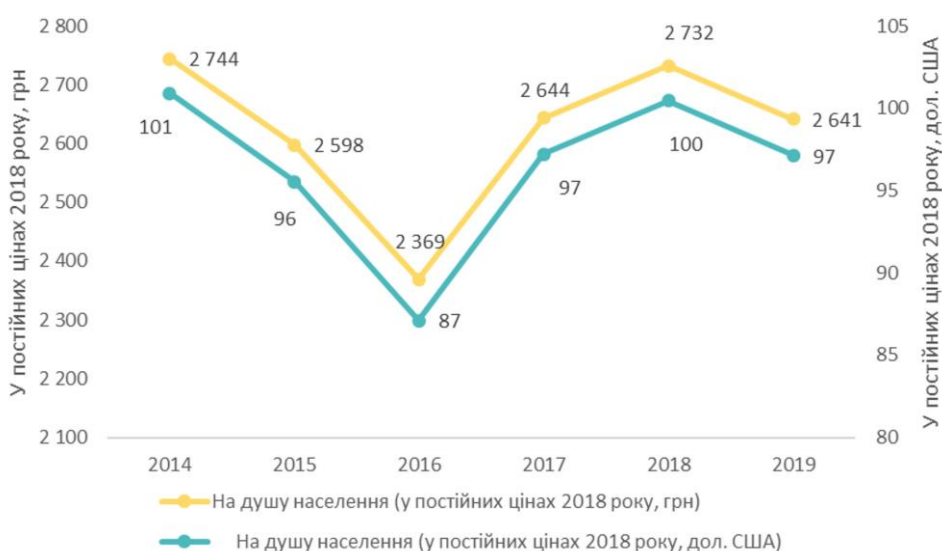


Рисунок 2.2 Державні витрати на охорону здоров'я в реальній гривні 2018 року та в доларах США, 2014–2019 рр.

Податкова реформа, запроваджена у 2015 році, значно зменшила податкові внески до фондів соціального захисту, тим самим збільшивши дефіцит пенсійного фонду до 5 % ВВП. Щоб забезпечити соціальний захист бідним та незахищеним верствам населення через більш високі тарифи на газ, було запроваджено субсидії на опалювання та житлово-комунальні послуги. Як наслідок, витрати на соціальний захист зросли з 8,4 % ВВП у 2015 р. до 10,3 % у 2016 р., тоді як видатки в усіх інших секторах суттєво скоротилися.

У контексті реформи децентралізації, що затверджена в 2014 році, важливо правильно позиціонувати реформу фінансування системи

охорони здоров'я. Зважаючи на чинні політики щодо розподілу власних доходів та значні можливості визначення пріоритетів для місцевих витрат, роль місцевого фінансування у загальному доході надавачів послуг, як виявилось, сильно відрізняється між регіонами та в них. Реформи фіскальної децентралізації зменшили субсидії з центрального рівня для деяких районів. А це може розширити нерівність між регіонами та в них. Зростання ВВП в Україні є сильно концентрованим, а ступінь цієї концентрації значно перевищує середнє значення ОЕСР. У цьому контексті пулінг ресурсів, включаючи медичні субвенції, з боку закупівельного агентства на центральному рівні відіграватиме вирішальну роль у зменшенні міжрегіональних нерівностей в наданні прав та доступу до медичних послуг [41, с. 63].

Починаючи з 2014 року, частка охорони здоров'я у державних витратах зменшується. Скорочення частини державного фінансування є важливим, оскільки воно вказує на необхідність визначення пріоритетів у бюджеті на охорону здоров'я. Незважаючи на те, що зниження пріоритетності здоров'я протягом 2014–2019 рр. є зрозумілим через описаний вище тиск (обслуговування боргу, субсидії та пенсійні витрати) та поточний конфлікт, постійний спад рік за роком викликає певні занепокоєння щодо майбутньої сталості реформ. Зокрема, витрати на охорону здоров'я на рівні 3,2 % від ВВП є значно нижчими, ніж 5 %, передбачених Законом № 2168 (рисунок 2.3) [42].

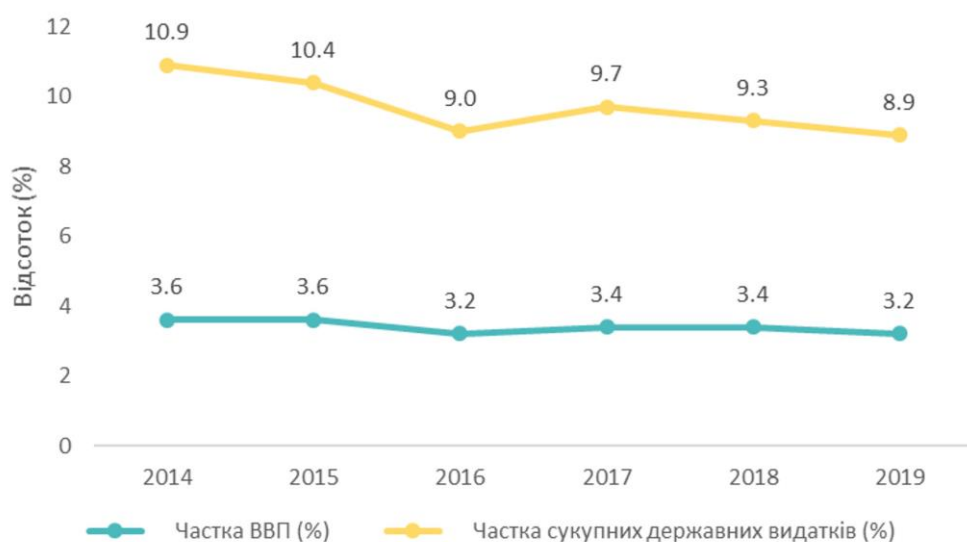


Рисунок 2.3 Державні витрати на охорону здоров'я в процентах від ВВП та від загальних державних витрат, 2014–2019 рр.

Ключовим фактором для подальшого впровадження реформ системи охорони здоров'я, щоб заощадити ресурси від підвищення ефективності та перетворити їх на кращу якість охоплення та надання послуг, буде забезпечення загальної стабільності бюджету на охорону здоров'я [43].

З позитивної сторони, витрати на ПМД значно зросли, що відображає зусилля щодо зміцнення послуг на первинній ланці. Державні витрати на ПМД склали 11,5 % від витрат на охорону здоров'я у 2018 р. порівняно з 10,6 % у 2017 р. (рисунок 2.4).

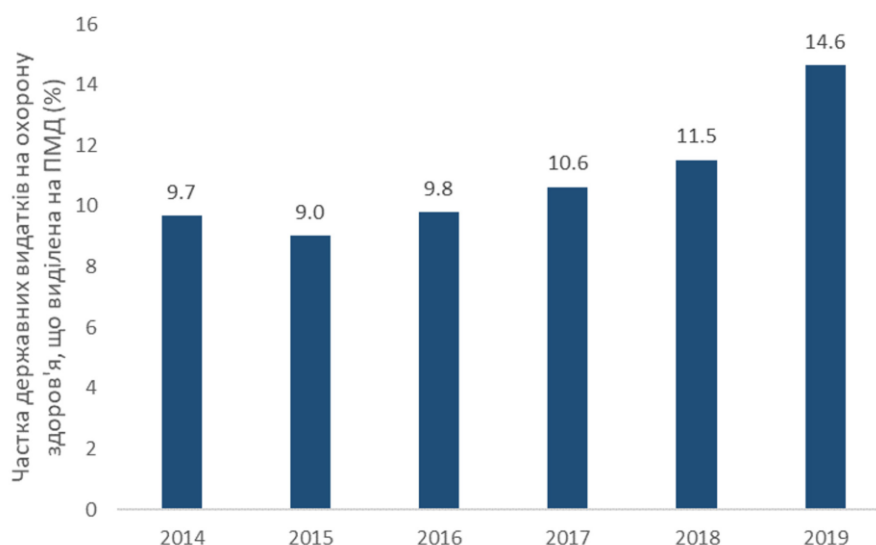


Рисунок 2.4 Частка державних витратків на охорону здоров'я, виділена на ПМД

У 2019 році частка ПМД зростає до 14,6 % від загальних державних витрат на охорону здоров'я. Збільшення балансу витрат на користь ПМД є важливим показником визначення пріоритетів у цьому секторі. Така пріоритезація послуг ПМД підтверджує зусилля уряду, спрямовані на підвищення якості послуг на первинній ланці. Коли впроваджуватимуться реформи вторинної та третинної ланки, важливо зберегти таку ж саму тенденцію. Водночас, надзвичайно важливим є адекватне планування бюджету для забезпечення фіскальної дисципліни та сталості реформ. Через те, що кількість населення, яка підписала декларації з ПМД ланкою, перевищила цільову кількість, включену до розрахунків бюджету на 2019 рік, виник дефіцит. І хоча було вжито проміжних заходів для покриття дефіциту, у подальшому під час процесу формування бюджету важливо планувати та розподіляти достатню кількість ресурсів [44].

Однією з цілей реформи охорони здоров'я є покращення фінансового захисту, проте дані про витрати «з кишені» домогосподарств на здоров'я відсутні для вимірювання цього показника. Важливо виміряти, наскільки покращення пулінгу та закупівель призвели до зниження витрат на здоров'я «з кишені». І хоча проводяться певні соціологічні опитування та оцінки, щорічні опитування домогосподарств щодо їхніх витрат можуть дати набагато більш детальне розуміння чинників та змін у витратах «з кишені» у процесі прогресу реформ [45, с. 94].

Одним із завдань трансформації системи охорони здоров'я є наближення стандартів підготовки медичних працівників до світових та забезпечення компетентної медичної допомоги всім пацієнтам. З цієї метою змінилися і принципи фінансування медичної освіти та науки [46].

З 2020 року починається запровадження нової моделі фінансування безперервного професійного розвитку (БПР). Якщо раніше кошти виділялися на утримання закладів та факультетів післядипломної освіти, то за принципом «Гроші підуть за лікарями» – на ті освітні заходи, які цікавлять конкретних лікарів та покращують їх індивідуальну медичну практику.

У 2020 році трансформація БПР відбуватиметься за гібридною моделлю переходу до капітаційного фінансування. 71905 лікарів отримають близько 141 млн грн фіксованих виплат за БПР, а для 50 % відсотків тимчасово збережеться стара модель підвищення кваліфікації через систему закладів та факультетів післядипломної освіти. Капітаційні виплати будуть здійснюватися департаментами охорони здоров'я відповідно до реєстру медичних працівників та реєстру медичних спеціалістів у порядку, окремо затвердженому МОЗ, як трансфертні персоніфіковані виплати на БПР лікарів [47].

З 2020 року передбачається зміна фінансування заочної частини інтернатури. Якщо раніше заробітну плату отримували тільки лікарі-інтерни, які навчаються за бюджетні кошти, то у наступному році кошти отримуватимуть всі інтерни. У бюджеті закладено 202460,8 тис грн для фінансування близько 8 тис. випускників та 1,6 тис. лікарів-кураторів. Ці виплати будуть здійснюватися закладами вищої освіти відповідно до укладених ними договорів із закладами охорони здоров'я.

Фінансування медичної науки відбуватиметься за принципом «Гроші пішли на дослідження». Цей підхід був запроваджений у вересні 2019 року та передбачає цільове фінансування інноваційних наукових проєктів, а не утримання наукових закладів, як це було раніше. Комісія з питань науково-дослідних робіт проведе прозорий конкурс і відбір наукових проєктів, що фінансуватимуться за державні кошти. На це у бюджеті 2020 року передбачено 73927,8 тис грн. Новий принцип забезпечує ефективне використання бюджетних коштів та їх прозорий розподіл.

2.2 Внутрішньоорганізаційна структура державного управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні: сучасний стан та перспективи

Структура управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях є вкрай недосконалою, а на районному рівні відсутній підрозділ,

завданням якого мала б бути координація управління системою громадського здоров'я, медичного обслуговування в цілому та її фінансовими ресурсами зокрема, і на який можна було б покласти функцію укладання договорів на медичні послуги населенню та контролю за їх виконанням [48].

В основу побудови системи органів виконавчої влади спеціальної (галузевої) компетенції, які утворюються відповідно до адміністративно-територіального поділу держави, покладений змістовний принцип, суть якого полягає у тому, що зміст діяльності того чи іншого органу виконавчої влади визначає його завдання і функції, а останні впливають на формування його внутрішньої структури. Головна властивість системи – її цілісність, що виявляється в єднанні всіх складових елементів і додає цілому нові властивості й характеристики, не притаманні окремим елементам системи, і робить її відмінною від них. До властивостей системи також відносять: ієрархічність структури, пов'язану з підпорядкуванням одних елементів іншим і багаторівневою організацією; наявність різноманітних зв'язків як горизонтальних, так і вертикальних, або зворотного зв'язку; структурність, що характеризує визначену стійку організацію взаємозв'язку і взаємозалежності [49, с. 123].

У системі охорони здоров'я виділяють чотири типи ієрархій: ієрархія державного управління системою охорони здоров'я на територіальному (місцевому) рівні – сільський район, місто; на регіональному рівні – область, на державному рівні – Міністерство охорони здоров'я; технологічна ієрархія (ієрархія надання медичної допомоги): первинна медико-санітарна допомога, вторинна – спеціалізована допомога, третинна – високоспеціалізована допомога; ієрархія управлінського персоналу в організації [50, с. 101]. Концепція державної регіональної політики в галузі охорони здоров'я з метою підвищення ефективності управління галуззю передбачає вдосконалення розподілу повноважень та функцій між територіальними підрозділами центральних органів виконавчої влади, місцевими державними адміністраціями та органами місцевого самоврядування.

Згідно з Бюджетним кодексом України, передання повноважень має відбуватися за умов одночасного передання бюджетних ресурсів у вигляді закріплених за відповідними бюджетами загальнодержавних податків, зборів, обов'язкових платежів, а також трансфертів з Державного бюджету України. Контроль за використанням державних трансфертів має покладатися на державні адміністрації.

Таким чином, акцент пріоритетів у реформі охорони здоров'я потрібно активно перемістити на оптимізацію управління на усіх рівнях, розширення управлінсько-економічної самостійності лікувальних закладів, реструктуризацію системи лікувально-профілактичної допомоги населенню, що можливо здійснювати при регіональному підході до формування мережі лікувальних закладів. Це дасть змогу, по-перше, уточнити й обґрунтувати етапи організації медичної допомоги з врахуванням особливостей демографічної ситуації і стану здоров'я населення території, а по-друге, надати керованим системам комплексного та системного її розвитку як у цілому, так і в кожному закладі або службі як підсистемах.

Згідно з чинним законодавством функції і повноваження місцевих державних адміністрацій та органів місцевого самоврядування ґрунтуються на принципах галузевої компетенції, яка поділяється на три види: виключна компетенція місцевих державних адміністрацій; виключна компетенція органів місцевого самоврядування; суміжна компетенція. Наявність суміжної компетенції місцевих державних адміністрацій та органів місцевого самоврядування породжує дублювання, а звідси і втручання одних органів у справи інших, унеможлиблює їх відокремлене існування. Тому саме розмежування функцій і повноважень між місцевими державними адміністраціями та органами місцевого самоврядування на сьогодні постає важливою теоретичною та практичною проблемою.

У таблиці 2.1 узагальнено функції (соціально-орієнтована, організаційно-стабілізуюча, фінансово-економічна, мотиваційна, інформаційна, освітньо-наукова) та важелі державно-управлінського впливу (засоби, інструменти,

методи, процедури) [51].

Відповідність між категоріями і функціями управління встановлюється у межах певної організації або системи. Наприклад, при здійсненні функції планування можуть використовуватися всі методи управління і, в першу чергу, управління кадровими ресурсами. При здійсненні функції контролю методи управління складом лікувального закладу і структурою майже не використовуються, зате істотно використовуються механізми інституційного, мотиваційного і інформаційного управління [52, с. 107]. Загальні функції охорони здоров'я, притаманні категоріям управління, наведені у таблиці 2.2.

Виходячи з цього, ми пропонуємо використовувати модель циклу ЗПРОКАР як інструмент для оцінювання ефективності державно-управлінського впливу на сферу охорони здоров'я, зокрема встановлення ступеню відповідності механізмів до здобутих результатів і визначених цілей управління [52, с. 107] (рисунок 2.5).

Таблиця 2.1 Система механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я України

Механізми	Функції	Важелі державно-управлінського впливу
Соціальні-політичні	Соціально-орієнтована	Визначені соціальні пріоритети держави у галузі охорони здоров'я. Реформа медичної галузі. Соціальні методи управління
Нормативно-правові	Організаційно-стабілізуюча	Законодавчо-правові (закони, постанови, укази), нормативно-адміністративні (накази, розпорядження, статuti, стандарти, договори, ліцензування, сертифікація) інструменти регулювання. Адміністративні методи управління
Фінансово-економічні	Фінансово-економічна	Моделі фінансування, норми та нормативи витрат на послуги (медичні, освітні тощо). Механізми розподілу безоплатної медичної допомоги гарантованого обсягу і якості допомоги (послуг). Система ProZorro. Інструменти (налогові, кредитування, податкові), цінові механізми. Програми фінансової підтримки. Економічні методи управління (макроекономічне планування, державний бюджет, податки, гроші, ціни, заробітна плата)
Організаційні	Організаційна	Організаційно-правові норми і нормативи, стандарти, правила. Методи організаційного впливу, розпорядчі, дисциплінарного впливу
Мотиваційні	Мотиваційна	Формальні процедури і правила щодо реалізації функцій, виконання видів діяльності, інструменти і способи впливу

		на персонал для забезпечення досягнення управлінських цілей. Соціально-психологічні методи управління
Інформативно-комунікативні	Інформаційна	Комунікативні стратегії, інформаційні технології, інформаційні бази даних. Інтернет, засоби масової інформації, соціологічні, моніторингові та статистичні дослідження
Освітні	Освітньо-наукова	Стратегії розвитку медичної освіти в Україні. Державні стандарти вищої освіти у галузі знань «Охорона здоров'я». Резидентура. Технології безперервного професійного розвитку лікарів
Науково-методичні	Освітньо-наукова	Наукові дослідження проблем управління галуззю охорони здоров'я. Науково-методичне і технологічне забезпечення запровадження медичної реформи і стратегії розвитку медичної освіти

Таблиця 2.2 Загальні функції та категорії управління охорони здоров'я

Категорії управління	Функція управління охорони здоров'я			
	цілі	технологія	мотиви	результати
Керовані компоненти системи	цілі	технологія	мотиви	результати
Процесний компонент системи	планування	організація	контроль	стимулювання
Проектний компонент системи	концепція	розробка	реалізація	завершення

У контексті нашого дослідження цикл ЗПРОКАР – це дія механізмів державного управління з оцінювання ефективності діяльності лікувального закладу у сфері охорони здоров'я, тобто ступінь відповідності одержаного результату роботи лікарні, як об'єкта, відповідно до цілей суб'єкта.



у сфері охорони здоров'я (збір інформації (1), планування (2), реалізація (3), облік (5), контроль (6), аналіз (7), регулювання (8))

Примітка: складено автором на основі джерела [52]

Для розуміння організаційно-правових засад діяльності органів місцевого самоврядування та державної виконавчої влади в управлінні охороною здоров'я на регіональному і місцевому рівнях в Україні необхідно проаналізувати відповідне законодавство [53]. Згідно зі ст. 44 Закону України “Про місцеве самоврядування в Україні” передбачено забезпечення, відповідно до законодавства, усіх видів охорони здоров'я, сприяння відродженню осередків громадських та неприбуткових організацій, які діють у сфері охорони здоров'я [54]. У ст. 72 цього самого Закону вписано, що місцеві державні адміністрації є підзвітними відповідним районним, обласним радам у виконанні програм соціально-економічного і культурного розвитку, районних, обласних бюджетів, підзвітними і підконтрольними у частині повноважень, делегованих їм відповідними районними, обласними радами, а також у виконанні рішень рад з цих питань [54].

У Законі України “Про місцеві державні адміністрації” обласним та районним державним адміністраціям визначено організацію, впровадження та порядок діяльності, у т. ч. щодо управління охороною здоров'я. Згідно зі ст. 16 місцеві державні адміністрації в межах, визначених Конституцією і законами України, здійснюють на відповідних територіях державний контроль за додержанням законодавства з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства [55]. За цим Законом місцеві державні адміністрації здійснюють основні галузеві повноваження: розробляють проекти програм соціально-економічного розвитку і подають їх на затвердження відповідній раді, забезпечують їх виконання, звітують перед відповідною радою про їх виконання (ст. 17); здійснюють фінансування підприємств, установ та організацій охорони здоров'я, переданих у встановленому законом порядку в управління місцевій державній адміністрації вищими органами державної та

виконавчої влади або органами місцевого самоврядування, що представляють спільні інтереси територіальних громад (ст. 18); реалізують державну політику в галузі охорони здоров'я, материнства і дитинства, здійснюють загальне керівництво закладами охорони здоров'я, що належать до сфери її управління, їх матеріально-фінансове забезпечення, вживають заходів до збереження мережі закладів охорони здоров'я та розробляють прогнози її розвитку, враховують їх при розробці проєктів програм соціально-економічного розвитку, організують роботу медичних закладів щодо надання допомоги населенню (ст. 22). У результаті увесь спектр виконання завдань згідно з делегованими їм повноваженнями в галузі охорони здоров'я, фактично управління нею покладається на місцеві державні адміністрації [55].

На рівні місцевих громад, тобто на рівні села, селища та міста складається протилежна ситуація. Тут відповідні місцеві ради також мають виключне право щодо затвердження місцевих програм соціально-економічного розвитку та бюджетів. Однак, оскільки на цьому рівні державні виконавчі органи в особі місцевих державних адміністрацій відсутні, до власних (самоврядних) повноважень сільських, селищних і міських рад та їх виконавчих органів Законом України “Про місцеве самоврядування в Україні” віднесене й управління закладами охорони здоров'я, що належать відповідним територіальним громадам або передані їм державою (ст. 32) [56].

Крім цього, виконавчим органам сільських, селищних та міських рад у сфері охорони здоров'я Законом делеговані такі повноваження виконавчої влади: забезпечення в межах наданих повноважень доступності та безоплатності медичного обслуговування, розвитку всіх його видів та мережі лікувальних закладів усіх форм власності; визначення потреби та формування замовлень на кадри для цих закладів, укладання договорів на підготовку спеціалістів; забезпечення лікарськими засобами та виробами медичного призначення визначених законодавством категорій населення, які мають пільги у цій сфері; внесення пропозицій про ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я.

Сільські, селищні та міські голови, які очолюють відповідні місцеві ради, призначають на посади і звільняють з посад керівників закладів охорони здоров'я, що належать до комунальної власності відповідних місцевих громад [56]. Усі обласні держадміністрації створюють органи управління галузевої компетенції, – управління (головне управління) охорони здоров'я ОДА, що здійснює повноваження згідно з чинним законодавством.

Проте особливістю державного управління в галузі охорони здоров'я на районному рівні є відсутність окремого органу виконавчої влади, хоча постановою Кабінету Міністрів України “Про затвердження рекомендаційних переліків управлінь, відділів та інших структурних підрозділів місцевих державних адміністрацій” від 1 серпня 2007 р. № 996 передбачено організацію відділу охорони здоров'я, та практичного втілення не відбулося, за винятком окремих пілотних проєктів, але й там не визначено штатний розклад та порядок взаємодії з лікувальними закладами району [57–59].

Проаналізувавши організаційну структуру системи охорони здоров'я в Україні, ми дійшли до висновку, що обласні управління не мають прямого адміністративного впливу на заклади охорони здоров'я відповідних територій, також призначення та звільнення їх керівників, а зберігається лише їх функціональне підпорядкування, зате згідно зі ст. 11 Закону України “Про місцеві державні адміністрації” несуть персональну відповідальність за виконання покладених на них завдань [60].

Отже, невизначеність у підпорядкуванні медичних закладів та призначенні їх керівників створює дисбаланс у діяльності системи охорони здоров'я. Аналогічний стан відмічається і в інших областях України, а це означає, що потрібні законодавчо закріплені організаційні зміни. Управління охороною здоров'я на рівні району здійснює головний лікар центральної районної лікарні, він є і головним лікарем району. Така модель управління, на наш погляд, не сприяє організації вивчення причин захворюваності, впливу зовнішніх факторів на здоров'я людей, організації міжсекторальної взаємодії, запровадження ринкових механізмів в охороні здоров'я на відповідних

територіях. Головний лікар центральної районної лікарні в основному зосереджений на керівництві закладом, вирішуючи нагальні проблеми господарського характеру та лікувального процесу.

Суміжна компетенція породжує накладки і дублювання, тому розмежування функцій і повноважень між ними є важливою теоретичною та практичною проблемою. Виходячи з цього треба визнати, що основними принципами реформування державного управління та місцевого самоврядування повинні бути децентралізація, субсидіарність, партнерські стосунки між органами державної виконавчої влади та місцевого самоврядування, міжсекторальна взаємодія.

На наш погляд, систему охорони здоров'я в Україні потрібно будувати на основі об'єднання принципів централізації згори (на рівні органів управління) і децентралізації знизу (на рівні лікувальних закладів). Саме на основі принципів централізації й децентралізації необхідно вирішувати загальні питання системи, спрямовані на реалізацію основної мети системи охорони здоров'я – задоволення потреб населення в доступній і якісній медичній допомозі.

Таким чином, процес прийняття управлінського рішення у вітчизняних закладах охорони здоров'я стає все більш ускладненим з огляду на наростання різноспрямованості аспектів, які визначають ефективність подальшої реалізації таких рішень у сучасних умовах. Реформування вітчизняної медицини, обмежене фінансування закладів охорони здоров'я, поширення прогресивних методик лікування та діагностування, зростання захворюваності населення та підвищення вимог пацієнтів до якості медичних послуг – чинники, які формують нові виклики до всіх учасників взаємовідносин у медичній галузі.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ МОДЕРНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

3.1 Удосконалення управління закладами охорони здоров'я на інноваційних засадах

Специфіка ведення бізнесу у сфері охорони здоров'я вимагає особливого підходу з огляду на особливості продукту, що випускається на ринок, – медичної послуги. Соціальна значущість медичного бізнесу диктує застосування особливих методів менеджменту і маркетингу. З кожним роком у країні стабільно збільшується сектор комерційних медичних послуг, і населення все більше адаптується до їх платності. Однак менталітет значної частини населення досі не дає змоги прийняти платну медицину як факт.

Слід розуміти, що результатом інноваційної діяльності в охороні здоров'я є розвиток медичних технологій, наукових досліджень і передового досвіду, спрямованих на отримання якісно нової ідеї оздоровлення, лікування, управління процесами в медичній галузі, отримання нових медичних товарів, технологій або послуг, що мають конкурентні переваги.

Інноваційний процес в охороні здоров'я являє собою послідовний ланцюг подій, у результаті яких інновація перетворюється з ідеї на конкретний продукт, технологію або послугу і поширюється в практичному використанні для досягнення загальномедичних цілей. Інновацій стосуються не тільки надання медичних послуг, а й організації командної роботи, тому викликають потребу в реінжинірингу процесів функціонування медичного закладу [61, с. 28]. Одним з перспективних підходів до управління організаціями сфери охорони здоров'я є процесно-орієнтований. Управління, засноване на ньому, розширює свої кордони і включає додаткові завдання: реінжиніринг медичних бізнес-процесів може здійснюватися успішно лише тоді, коли попередньо створені необхідні умови і відсутні проблеми, пов'язані з людським чинником; збереження

вузькопрофесійними об'єднаннями своєї відособленості; недостатня обізнаність керівництва про широкий спектр наявних альтернатив і недостатні фінансові ресурси ускладнюють поширення клієнтоорієнтованих сучасних процесних технологій; можливості для інновацій і докорінних змін забезпечуються за допомогою вибору відповідних комбінацій нових інформаційних технологій, з якими повною мірою знайомі лише деякі клініки; методичні аспекти моделювання бізнес-процесів повинні відповідати вимогам стратегічного управління, враховувати специфічні особливості кожного конкретного закладу і спиратися на принципи проєктного управління, такі як командна робота, системний підхід, процесний підхід, система менеджменту якості, система збалансованих показників і принцип постійного поліпшення.

На кожному функціональному рівні, у кожному відділенні установи для керівників повинні бути поставлені свої цілі й зафіксовані свої критерії ефективності, що, на жаль, поки що не зроблено в багатьох закладах охорони здоров'я. Недостатня чіткість у баченні суті діяльності часто не дає змоги менеджменту медичної установи виділити ключові цілі, сформувати ієрархію пріоритетів, спланувати розвиток послуг і супутній сервіс. Застосування управління з орієнтацією на бізнес-процеси в медичному секторі не тільки дає змогу подолати нагальні проблеми, а й відкриває нові перспективи для розвитку. Однак проведення технологій такого плану в установах охорони здоров'я ускладнюється низкою чинників, що перешкоджають широкому впровадженню процесного підходу до менеджменту, зокрема небажання співробітників виходити за рамки своєї вузької спеціалізації. Проблеми, що виникають у ході проведення реінжинірингу, можуть бути вирішені завдяки орієнтації на задоволення потреб пацієнта і медичного персоналу.

Багато медичних установ відчувають нестачу в ресурсах, необхідних для розроблення якісно нових моделей роботи, внаслідок чого швидше за потребою, ніж на переконання, вважають за краще реінжинірингу бізнес-процесів технологію безперервного вдосконалення.

Управління комерційними установами охорони здоров'я носить більш

гнучкий характер порівняно з державними, зважаючи на відсутність підзвітності фінансуючим органам. Сьогодні приватні медичні установи становлять сильну конкуренцію державному сектору завдяки можливості забезпечити не тільки високу якість послуг, а й високий сервіс.

Інновації у системі управління закладами охорони здоров'я – це результат інноваційної діяльності, що реалізується у вигляді забезпечення модернізації матеріально-технічної бази, впровадження новітніх прогресивних засобів і методів лікування, медичних технологій, виробів медичного призначення і лікарських засобів, удосконалення існуючих методів діагностикита лікування (медичні інновації), розроблення програмних засобів опрацювання інформації, створення нових моделей функціонування закладів охорони здоров'я і розвитку персоналу; має вплив на поліпшення здоров'я населення та економічних показників суб'єктів господарювання сфери охорони здоров'я.

Розкриття поняття «інновації» зумовлене практичним застосуванням у контексті здійснення інноваційного розвитку. Характеристики інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я наведені в таблиці 3.1.

Питання трансформації економічних засад інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я мають бути спрямовані на формування зрозумілих фінансово-економічних механізмів цільового накопичення та адресного використання коштів, необхідних для реалізації в повному обсязі конституційних прав громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування [62].

Інноваційний розвиток закладів охорони здоров'я доцільно охарактеризувати як нову модель організації та забезпечення доступного медичного обслуговування населення, що ґрунтується на інноваціях, характеризується ухваленням стратегічних рішень в інноваційній діяльності на всіх ієрархічних рівнях національної економіки. Інноваційний розвиток сфери охорони здоров'я – динамічний процес структурного вдосконалення сфери завдяки втіленню новітніх знань задля поліпшення якості надання медичних послуг, підвищення конкурентоспроможності суб'єктів господарювання сфери

охорони здоров'я з орієнтацію на інноваційні перетворення. Інноваційний розвиток сфери охорони здоров'я – це вагома та витратна для держави справа, яка потребує постійного вдосконалення з метою поліпшення її функціонування та забезпечення виконання своїх соціальних функцій, що можливо за рахунок упровадження низки загальнонаціональних заходів та програм [63].

Таблиця 3.1 Характеристика інноваційного розвитку закладів охорони здоров'я

№	Критерії	Характеристика
1	Елементи соціальної функції	<ul style="list-style-type: none"> – створення системи стратегічного управління інноваційним розвитком закладами охорони здоров'я України; – збільшення обсягу наукових розробок за рахунок коштів комерційних структур; – проведення соціологічних та статистичних досліджень із метою оцінки потреб суспільства в інноваціях, зокрема лікарських засобах; – державний контроль забезпечення необхідними якісними медичними послугами всього населення; – визначення законодавчо чіткого переліку медичної допомоги, що повинна надаватися у державних закладах охорони здоров'я безкоштовно та за відповідного фінансування цих закладів; – створення зв'язків між фінансуванням державних закладів охорони здоров'я і кінцевими результатами їхньої роботи; – підвищення рівня фінансування закладів охорони здоров'я за рахунок розроблення та реалізації механізму державно-приватного партнерства; – нормативне розроблення українських медичних стандартів згідно з міжнародними стандартами якості надання медичних послуг; – впровадження обов'язкового медичного страхування громадян.
2	Ознаки інноваційної діяльності сфери охорони здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> – основним предметом є впровадження, використання та комерціалізація результатів наукових досліджень і розробок у виробництві та соціальній сфері; – об'єктом виступають нематеріальні блага – результати інтелектуальної діяльності, які доводяться до стану інноваційного продукту та впроваджуються як інновації; – результати мають довгостроковий характер; – властивий високий ступінь непередбачуваності наслідків та результатів, що свідчить про її ризиковий характер; – передбачає фінансування робіт із реалізації інноваційного проекту щодо впровадження та використання результатів наукових досліджень і розробок; – викликає позитивні соціально-економічні зміни; – одним з результатів її здійснення є підвищення конкурентоспроможності суб'єктів господарювання сфери охорони здоров'я та продукції чи медичних послуг, що ними випускається чи надається на основі реалізації інновацій.

Важливим у цьому напрямі є вирішення проблем кадрової політики для підвищення ефективності використання інноваційного потенціалу закладів охорони здоров'я. Реалізацію напрямів їх інноваційної діяльності представлено на рисунку Б1 додатку Б.

У медичній галузі під інноваціями слід розуміти цілеспрямовані перетворення в галузі, у т. ч. в її організаційній структурі та економічному механізмі, спрямовані на підвищення ефективності використання ресурсів та якості надання медичної допомоги, а також найбільше задоволення потреби населення в послугах охорони здоров'я. Задля досягнення зазначеної мети необхідне вирішення таких завдань [64, с. 425]:

- створення концепції і стратегії інноваційного розвитку охорони здоров'я на всіх рівнях управління;
- формування інноваційного організаційно-економічного механізму в охороні здоров'я;
- вдосконалення нормативної правової бази інноваційного розвитку охорони здоров'я, у т. ч. в частині наукового забезпечення.

Формування та функціонування інноваційного механізму діяльності системи охорони здоров'я на всіх рівнях управління багато в чому визначається державною політикою в галузі охорони здоров'я. Найважливішими напрямками державної політики в галузі інноваційного розвитку охорони здоров'я є [65, с. 167] є:

- формування регіональної інноваційної системи охорони здоров'я для реалізації стратегічних національних пріоритетів країни та регіону;
- формування інноваційної інфраструктури охорони здоров'я та ефективне управління майновим комплексом;
- формування інноваційного механізму фінансово-економічних відносин та економічної політики, спрямованої на ефективне використання бюджетних (позабюджетних) коштів. Перехід від фінансування «утримання закладів» до фінансування діяльності установ охорони здоров'я, націленої на досягнення результату;

– удосконалення механізму взаємодії між учасниками інноваційного процесу в охороні здоров'я (органи управління охороною здоров'я, заклади охорони здоров'я, освітні та наукові установи, територіальні фонди обов'язкового медичного страхування (ОМС), страхові медичні організації (СМО), органи виконавчої і законодавчої влади);

– орієнтація діяльності органів управління охороною здоров'я та установ охорони здоров'я на кінцевий результат;

– управління інноваційною діяльністю в системі охорони здоров'я (установах охорони здоров'я) на основі системного підходу, який робить можливим комплексне вивчення інноваційної системи як єдиного цілого з вивченням його структурних компонентів (підсистеми, елементи), взаємозв'язків і фінансово-економічних відносин, виявленням ролі кожного структурного компонента в інноваційній діяльності.

Діяльність медичної галузі необхідно організовувати, орієнтуючись на розвиток інновацій у сфері охорони здоров'я, вдосконалюючи існуючі бізнес-процеси, розробляючи й упроваджуючи проекти створення нових медичних проєктів на основі інструментів проєктного менеджменту (рисунок 3.1).

Таким чином, в основі інноваційного підходу до управління закладами охорони здоров'я лежать системні перетворення в галузі, що поєднують формування інноваційної інфраструктури, інноваційного фінансово-економічного механізму, а також обліково-аналітичне, нормативно-правове, методичне та інформаційне забезпечення, які дають змогу, з одного боку, підвищити якість і доступність медичної допомоги, а з іншого – підвищити ефективність використання ресурсів охорони здоров'я.

Застосовувати проєктне управління до медичної галузі необхідно для розвитку системи охорони здоров'я та установ охорони здоров'я, у т.ч. державно-приватного партнерства, ефективного управління інвестиціями і спрямованих на досягнення бажаного результату з погляду показників здоров'я населення, якості роботи закладів охорони здоров'я.

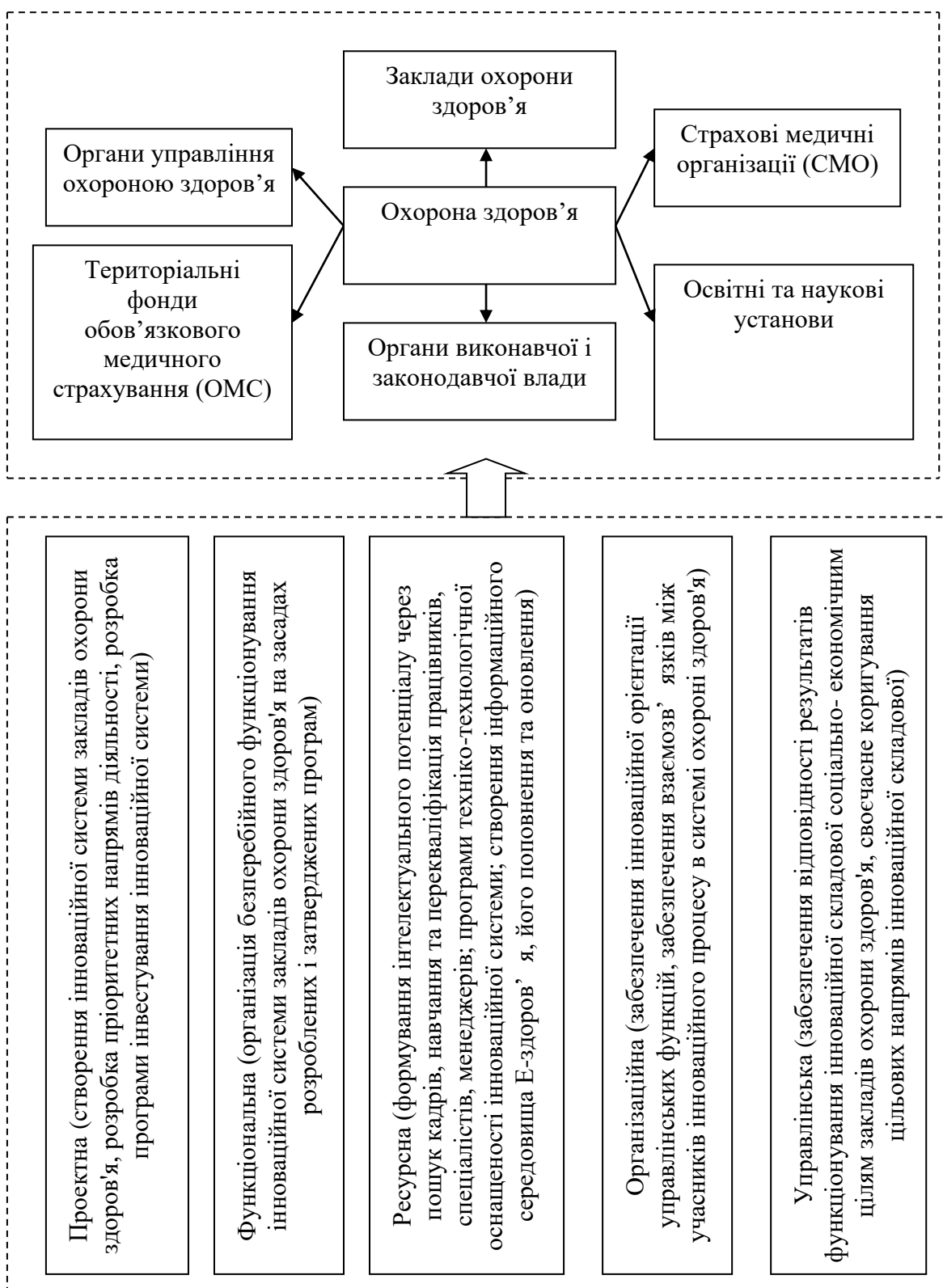


Рисунок 3.1 Схема моделі взаємодії учасників інноваційного процесу в системі охорони здоров'я

При адаптації медичної галузі до ринкових умов важливу роль відіграють механізми державного управління, які забезпечують ефективність та

стабілізують функціонування всієї системи управління. Нами запропоновано комплексний механізм державного управління розвитком галузі, що включає такі важливі елементи, як організація системи охорони здоров'я з трирівневою медичною допомогою (первинною, вторинною, третинною), фінансування галузі, фінансові засоби, регулювання діяльності з метою поєднання засобів державного впливу і ринкових механізмів (рисунок 3.2).

Запровадження комплексного механізму державного управління системою охорони здоров'я з запровадженням страхової медицини в Україні продиктоване такими умовами: держава фінансує лікувально-профілактичні заклади за рахунок податків, підприємств та окремих громадян; медична допомога та послуги сплачує держава та посередники; ресурсне забезпечення здійснює держава, підприємства та посередники на ринку медичних послуг, де визначається попит та пропозиція.

Ефективність державного управління діяльністю медичних закладів і розвитком медичної допомоги прямо пропорційно залежить від рівня правової культури управлінського та медичного персоналу, що вимагає підготовки нової генерації керівників (менеджерів) галузі. Менеджер у галузі медичної допомоги керує інфраструктурою з метою ефективно організації надання медичних послуг. Такий спеціаліст має, з одного боку, підпорядковувати організаційні структури медичної допомоги завданням виконання замовлення, а з іншого – представляти інтереси сфери професійної медичної діяльності перед замовником з інших сфер.

Успіх інноваційного управління залежить від спроможності створити для нововведень стимулюючі внутрішні і зовнішні рамкові умови. Інноваційний процес вимагає стратегічного планування й орієнтованого на ринок управління [65, с. 367]. Особливості проектного управління роблять його однією з найбільш поширених методологій управління насамперед тому, що вона являє собою ідеальну систему управління будь-якими змінами, дає змогу швидко й адекватно реагувати на зовнішні та внутрішні відхилення. В умовах мінливості зовнішнього середовища визначені нами суб'єкти взаємодії повинні розробляти

та впроваджувати стратегію інноваційного розвитку.

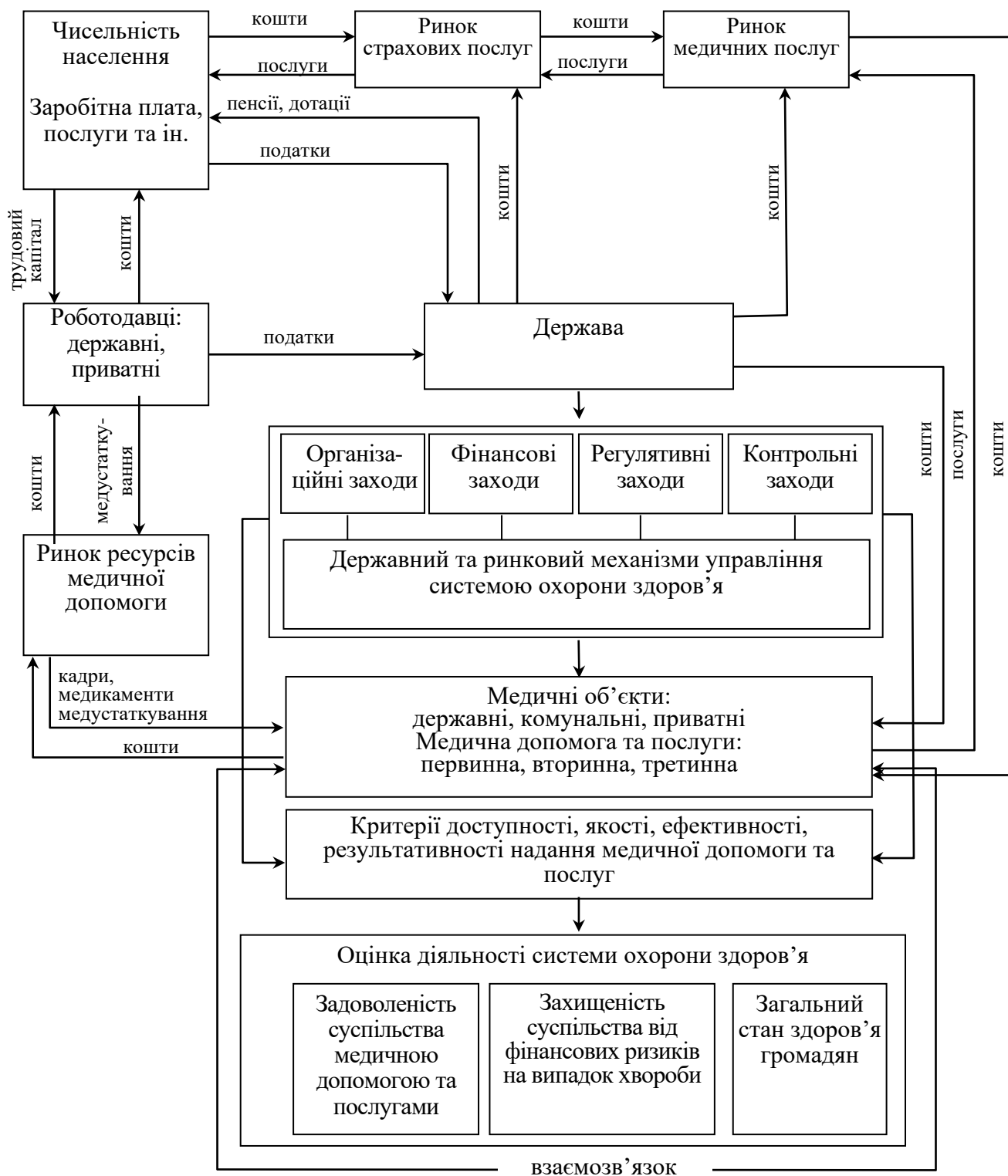


Рисунок 3.2 Комплексний механізм державного управління розвитком системи охорони здоров'я

Пропонована модель забезпечить органічну взаємодію багатопланового комплексу прискорених технічних, технологічних, організаційних, економічних та індивідуальних перетворень, формування науково-технічного потенціалу, достатнього для освоєння і застосування нових технологій надання медичних послуг, практична реалізація яких забезпечить усім учасникам новий рівень конкурентоспроможності.

Функціонування сучасної системи охорони здоров'я України в умовах ринкових відносин та досить обмежених у закладах охорони здоров'я первинної ланки наявних матеріальних, фінансових і кадрових ресурсів вимагає розроблення заходів для зростання ефективності їх використання. У зв'язку з цим виникають проблеми організаційно-економічного характеру, одними з яких є планування й управління процесами розроблення та впровадження медичних інновацій, спрямованих на задоволення споживачів якістю нових технологій медичної допомоги та підвищення ефективності діяльності закладів охорони здоров'я.

Безумовно, орієнтуючись на максимально оптимальні якісні кінцеві результати, увага при цьому повинна також акцентуватися на раціоналізації використання наявних ресурсів. Якість має ставати метою управління даним процесом під час розроблення та впровадження будь-якої нової медичної технології в рамках комплексного інтегрованого інноваційного циклу. Для реалізації цих завдань необхідне розроблення практичних рекомендацій для керівництва закладів охорони здоров'я з чітким і науково обґрунтованим алгоритмом дій щодо управління впровадженням сучасних інноваційних технологій у діяльність медичних організацій.

Складність розроблення таких заходів зумовлена недостатністю рекомендацій загального характеру щодо конкретних технологій управління даним процесом у закладах охорони здоров'я в умовах ринкового середовища, тому нами запропоновано механізм розроблення та реалізації конкурентних стратегій у системі управління закладами охорони здоров'я. Він передбачає вивчення умов, за яких вибрана стратегія забезпечує конкурентні переваги

підприємства на ринку медичних послуг: адекватності організаційної структури і введення у закладах системи стратегічного управління; розроблення матриці розподілу функцій між підсистемами закладу та визначення взаємозалежності між ними; формування творчого мислення у виконавців програми; здатності фахівців кожної підсистеми визначати альтернативні варіанти досягнення необхідних результатів; визначення реальної оцінки конкурентів; наявності достатнього ресурсного потенціалу; сучасності технологічного і достатнього рівня доступу до інформаційного середовища е-здоров'я.

Розроблення конкурентних стратегій дає можливість закладам охорони здоров'я отримати стійкі конкурентні переваги шляхом ведення інтенсивної конкурентної боротьби, задовольняти потреби споживачів медичних послуг на основі інноваційних технологій краще, ніж це роблять конкуренти. Варто зазначити, що в основу моделі системи впровадження медичних інноваційних технологій на рівні ПМСД покладено застосування комплексного підходу до надання медичної допомоги, який базується на принципах усебічної продовженої, координованої, профілактичної медичної допомоги та зміцнення здоров'я, орієнтованих на потреби пацієнта, його родини і громади. Практика сімейної медицини в моделі розглядається як усебічний системний підхід до охорони здоров'я, коли лікар загальної практики – сімейний лікар (ЗП-СЛ) виступає як координатор, керуючий різними біо-психо-соціальними системами і чинниками з активним системним залученням усіх необхідних фахівців, закладів та організацій, маючи для цього необхідні матеріально-технічні та кадрові ресурси для того, щоб забезпечити позитивний вплив на здоров'я конкретного пацієнта, його родини та місцевої громади.

Модель системи впровадження медичних інноваційних технологій на рівні ПМСД була сформована, орієнтуючись на основні складові елементи громадсько орієнтованої первинної медичної допомоги, спрямованої на задоволення потреб громад, а саме:

– забезпечення доступу пацієнтам до ПМСД та всієї необхідної для них інформації, що включає швидке реагування на потреби пацієнта, надання

медичної допомоги поза робочі години, доступну інформацію як про пацієнта, так і про дані лабораторних досліджень, Інтернет-сервіс, групові візити пацієнтів, рівну допомогу для громад різних культур і віросповідань;

– холістичний підхід, або допомога, орієнтована на пацієнта, що включає всебічну медичну допомогу як для хронічних, так і гострих станів, запобігання захворюваності та проведення скринінгів, хірургічні втручання в межах компетенції лікарів ЗП-СЛ, доступ до високотехнологічної діагностичної і лабораторної діагностики;

– сучасні технології управління ПМСД, професійний менеджмент, що включає використання фінансового менеджменту для практики ПМСД, збільшення заробітної плати (за критеріями роботи), порівняння витрат і отриманих результатів, ефективний фінансовий облік і аудит, оптимізацію кадрового забезпечення, обслуговування медичного устаткування, оптимальне використання робочого місця, сучасний дизайн, управління змінами;

– використання медичних інформаційних систем, що включає електронні медичні записи, електронні рахунки та звіти, електронні рецепти, підтримку з боку доказової медицини, електронний реєстр хворих, веб-сторінку закладу охорони здоров'я, портал пацієнта, єдиний інформаційний медичний простір;

– просування здорового способу життя, охорона здоров'я, що включає популяційний менеджмент, заохочення і просування здорового способу життя, запобігання захворюваності, лікування хронічних захворювань, заохочення хворих до змін способу життя та їх санітарну просвіту;

– координація медичної допомоги, що включає використання ресурсів громади, формування взаємовигідних відносин, роботу у відділенні невідкладної допомоги, забезпечення стаціонарного лікування, психологічну допомогу, координацію акушерсько-гінекологічної допомоги, координацію вузькоспеціалізованої допомоги, підтримку діяльності з боку фармацевтів, реабілітаційну і фізіотерапевтичну допомогу, консиліумний розгляд випадків, транспортне забезпечення;

– якість і безпека діяльності, що включає практику застосування

найкращої доказової медицини, керування лікуванням, зворотний зв'язок щодо вивчення задоволеності пацієнтів, аналіз клінічної діяльності, підтримку належної якості, управління ризиками, відповідність діяльності чинному законодавству;

– командна медична практика, що включає лідерство провайдера /конкуренцію надавачів медичних послуг, формування спільної місії та бачення, ефективні комунікації, окреслення завдань відповідно до професійних умінь і навичок, активну й повноцінну роботу сімейних медсестер, активне залучення пацієнтів, формування додаткових можливостей для родин пацієнтів.

Тобто основні складники системної моделі громадсько орієнтованої ПМСД становлять єдину організаційно-функціональну структуру, об'єднану за базовим принципом охорони здоров'я конкретного пацієнта, його родини та місцевої громади, коли лікарі ЗП-СЛ виступають у ролі координаторів медичного забезпечення з активним залученням усіх необхідних фахівців, закладів та організацій, маючи для цього відповідну підготовку, необхідні матеріально-технічні та кадрові ресурси. У міжнародній практиці в рамках упровадження інноваційних методів профілактики, лікування та діагностики особлива увага приділяється процесу вибору необхідної медичної технології. Наприклад, в умовах Національної системи охорони здоров'я Великої Британії вибір тієї чи іншої медичної технології визначається на основі наявних доказів її клінічної ефективності та економічної доцільності.

Разом з тим, викликає науковий інтерес класифікація рівнів інноваційного розвитку медичних організацій, відповідно до якої можна визначити такі рівні:

I рівень – початковий, базовий;

II рівень – стандартизований;

III рівень – комплексний, розвинутий, орієнтований на модернізацію;

IV рівень – реалізуючий інновації, здатний до динамічного та самостійного розвитку.

Таким класифікація рівнів інноваційного розвитку медичних організацій дає змогу всебічно оцінити досягнення закладу охорони здоров'я у цій галузі за

основними напрямками: лікувально-діагностичний процес, систему організаційно-управлінського та інформаційного забезпечення, а також дає можливість медичним організаціям виявляти сильні та слабкі моменти свого інноваційного розвитку, розробляти і здійснювати необхідні заходи щодо активізації інноваційної діяльності за пріоритетними напрямками.

Основними джерелами розроблення медичних інновацій у нашій країні є вищі медичні навчальні заклади, науково-дослідні установи, інноваційна активність яких оцінюється кількістю патентів, винаходів, ноу-хау, публікацій. Однак варто зазначити, що для практичної охорони здоров'я більш важливими показниками стають показники ефективності впровадження нових медичних технологій у клінічну практику, питома вага закладів охорони здоров'я, що здійснюють технологічні медичні інновації, тобто розроблення й упровадження нових або вдосконалених медичних товарів, робіт, послуг, технологічних процесів, та інші види інноваційної діяльності. Враховуючи це, для оцінювання реального інноваційного розвитку практичних закладів охорони здоров'я доцільним убачається орієнтуватися не на загальноприйняті показники оцінки результативності фундаментальних досліджень (кількість патентних заявок і виданих патентів, індекс публікаційної активності співробітників тощо), оскільки їх кількість не впливає на показники здоров'я населення й ураховується в загальному індексі інноваційного розвитку регіону. Разом з тим, для практичної охорони здоров'я важливі, насамперед, медико-демографічні показники, на динаміку яких має вплинути впровадження інновацій, а також кількісні та економічні показники ефективності впровадження медичних технологій у клінічну практику.

Так, має цільову практичну спрямованість комплекс показників, що складається з медико-демографічних показників, об'ємних (кількісних) показників інноваційного розвитку, ресурсо-технологічних та економічних коефіцієнтів, який може, на нашу думку, успішно використовуватися для оцінювання ефективності впровадження інноваційних технологій у практику закладів охорони здоров'я амбулаторно-поліклінічної мережі. Одним з

ключових компонентів успішного впровадження інноваційних медичних технологій є розроблення основних принципів та технологій застосування сучасних інформаційно-комунікаційних технологій, медичних інформаційних систем як окремого напрямку підвищення ефективності системи охорони здоров'я. Рациональне використання інноваційних медичних інформаційних систем суттєво впливає на підвищення якості та доступності медичних послуг населенню, у т. ч. за рахунок зручного моніторингу та аналізу показників якості медичної допомоги, планування та управління ресурсами як первинної ланки, так і системи охорони здоров'я у цілому.

3.2 Модернізація системної трансформації управління закладами охорони здоров'я

Відповідно до національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 рр. передбачає створення мережі закладів з урахуванням: циклу захворювання, спеціалізації персоналу, застосування технологій, необхідних професійних навичок, інтенсивності надання допомоги, основних цільових одержувачів послуг. Медичні заклади (мережі, корпорації) повинні користуватися управлінською автономією для забезпечення ефективного надання послуг.

В усьому світі системи охорони здоров'я в державному та приватному секторах дотримуються єдиних підходів до управління. Такі професійні заходи стимулюватимуть необхідність досягнення якісних та кількісних результатів (продуктивності), запровадження ініціатив, розумного використання економічних ресурсів, сприяння роботи в команді [63].

У сучасних умовах прискорення трансформаційних змін, що відбуваються в медицині під впливом внутрішніх загроз та зовнішніх чинників, наприклад COVID-19, що сколихнув майже усі країни світу, торкаючись кожної людини ймовірністю загрози, питання комунікації в медицині, в управлінні системою охорони здоров'я стало першочерговим.

З огляду на ризик зростання цих загроз, питання вдосконалення системи комунікації у сфері охорони здоров'я на сьогодні набуває стратегічного значення. Значимість цього завдання для держави та органів виконавчої влади пояснюється тим, що: по-перше, постійно зростає інтерес громадськості до охорони здоров'я, але поки, на жаль, не до профілактики, а переважно до процесу лікування; по-друге, є значний економічний інтерес до системи охорони здоров'я представників усіх галузей економіки; по-третє, є державне регулювання та широке політичне втручання в галузь [64, с. 425]. Саме тому, від ефективної комунікації, зокрема з боку департаментів охорони здоров'я облдержадміністрацій (далі – ДОЗ ОДА), залежить те, наскільки ефективною буде реалізація державної політики в галузі охорони здоров'я на відповідній території.

На тлі загострення серйозних глобальних проблем, таких як, зокрема, поширення захворюваності на COVID-19, роль регіональних центрів формування та реалізації державної політики підтримки й розвитку галузі охорони здоров'я стає вкрай важливою. В умовах невизначеності, яка виникла внаслідок реакції влади і населення на поширення пандемії та її наслідків в Україні, на суб'єктів регіонального управління галуззю охорони здоров'я покладається широке коло завдань, що мають вирішувати проблему адекватного та своєчасного реагування галузі на об'єктивні потреби: від недопущення поширення захворюваності населення до надання якісних медичних послуг за місцем проживання.

Зміст та тип зв'язків відображає функціональне наповнення ролей суб'єктів управління галуззю охорони здоров'я, зокрема крізь призму відносин з департаментом охорони здоров'я обласних державних адміністрацій (додаток В) [65, с. 276].

Комунікаційні вектори побудови відносин у галузі орієнтовані на поєднання всіх рівнів управління галуззю через обласні державні адміністрації: на регіональному рівні ДОЗ ОДА взаємодіє з обласною державною адміністрацією, на національному – з Міністерством охорони здоров'я України,

на місцевому – з органами місцевого самоврядування, управліннями (відділами) охорони здоров'я міст, центральними міськими (районними) лікарнями, обласними лікувально-профілактичними закладами, іншими закладами охорони здоров'я (зокрема з приватними), населенням, засобами масової інформації, іншими інститутами та громадськими організаціями. Усі комунікаційні зв'язки департаменту на кожному управлінському рівні є різними, що потребує побудови різних моделей і використання різних методів взаємодії.

Основними напрямками побудови нової національної моделі охорони здоров'я є:

- 1 Комплексний підхід.
- 2 Державно-громадська, бюджетно-страхова система управління.
- 3 Багатоканальне фінансування.
- 4 Медико-економічна ефективність.
- 5 Чітка структура системи охорони здоров'я.
- 6 Управління якістю.
- 7 Удосконалена система кадрового забезпечення.
- 8 Багатосекторальна взаємодія та відповідальність у забезпеченні здоров'я населення.

З огляду на результати проведеного дослідження можна зробити висновки про те, що для раціоналізації управління в системі охорони здоров'я України у сучасних умовах доречні [66, с. 68]:

– запровадження механізму розподілу поособового нормативу на засадах медичної й економічної доцільності, економічної мотивації населення щодо збереження та зміцнення здоров'я й профілактики захворювань;

– інтеграція можливостей ЛПЗ регіону в єдиному інформаційному, медичному й фінансовому просторі з організацією внутрішнього ринку медичних послуг, чітким поділом функцій між ними і спільною відповідальністю за кінцевий результат (що дасть змогу з урахуванням реальних можливостей керувати ЛПЗ за собівартістю і якістю їх послуг в

інтегрованому середовищі на засадах медичної й економічної доцільності);

– перехід до управління медичною допомогою населенню через медичну послугу як медико-економічну категорію;

– формування портфелю медичних послуг, перехід на договірну форму відносин між органами влади та ЛПЗ із закупівлі послуг з попередньою оплатою робіт (у цьому разі медичні установи відповідають за фінансові ризики, пов'язані з раціональним використанням бюджету, що слугує спонукальним мотивом до оптимізації витрат, пошуку шляхів зниження собівартості послуг та підвищення їх якості, активізації розвитку маловитратної первинної медичної допомоги, посилення профілактичного напрямку, впровадження ефективних високотехнологічних методів діагностики і лікування з метою оптимізації функцій, структури, кадрового складу ЛПЗ);

– організація управління потоками пацієнтів і їх медичними маршрутами в інтегрованому середовищі (тоді ключовою фігурою є лікар загальної практики-сімейної медицини, котрий, разом з іншими учасниками лікувально-діагностичного процесу, відповідає за те, щоб медична допомога була надана в потрібний час, у потрібному місці, і в необхідному обсязі, визначеному наявними клінічними протоколами);

– широкий розвиток інтегрованої у вищезазначеному середовищі мережі АСМ, де має здійснюватися до 80 % всієї медичної допомоги населенню, та поглибленого вишкілу і адаптації лікарів загальної практики-сімейної медицини та їх помічників;

– створення інформаційної системи на основі персоніфікованого реєстру населення, медичних баз даних, в яких нагромаджується медико-економічна інформація щодо кожного мешканця регіону протягом усього його життя з дотриманням вимог чинного законодавства щодо збереження таємниці (ця система забезпечує всі механізми управління за рівнями надання медичної допомоги населенню) [67];

– відмова від гарантованої вирівнювальної системи оплати праці медпрацівників, перехід до оплати праці з урахуванням кількості та якості

виконаної роботи;

– реалізація права вибору лікаря загальної практики-сімейної медицини пацієнтами, перехід на контрактну форму відносин між лікарями первинної ланки медичної допомоги і населенням, де обумовлюються права та обов'язки кожної зі сторін (насамперед це стосується формування медичного маршруту пацієнта, що за контрактом належить винятково лікареві первинної ланки медичної допомоги);

– міжсекторальна інтеграція і координація роботи СОЗ із суміжними галузями, які стосуються здоров'я населення і профілактики захворювань (насамперед це стосується служби соціального захисту населення, сім'ї та молоді, установ освіти через моніторинг здоров'я школярів та студентів, а також можливості вивчення впливу екологічних факторів на здоров'я населення, зокрема моніторингу якості води в джерелах, пов'язаних з конкретними населеними пунктами, базами даних медичних діагнозів);

– створення системи персоніфікованого обліку медичних послуг та витрат на їх надання особам, які лікуються і відпочивають, на основі єдиного реєстру населення з подальшою компенсацією витрат бюджету охорони здоров'я регіону;

– демократизація СОЗ з можливістю надання громадськості місцевими органами влади інформації про використання бюджету охорони здоров'я на ті чи інші види медичної допомоги, організація діалогу з населенням щодо планування та раціонального розподілу коштів цього бюджету (це, своєю чергою, накладає на населення певну частку відповідальності за раціональне використання бюджету).

Одним із напрямків ефективного управління медичним закладом є ефективна кадрова політика, оскільки якість і доступність надання медичної допомоги населенню безпосередньо залежать від рівня забезпеченості закладів охорони здоров'я медичними працівниками та їхнього професійного рівня.

На сьогодні в Україні існує гостра нестача фахівців-організаторів у сфері охорони здоров'я, які вміють приймати відповідальні, самостійні й ефективні

рішення стратегічного характеру. Це пояснюється відсутністю ефективної системи підготовки менеджерів у галузі охорони здоров'я та створення якісної освітньої бази з урахуванням найкращих здобутків провідних країн світу та реалій української системи охорони здоров'я.

Окрему увагу необхідно звернути на те, що управлінці в розвинених країнах світу – це фахівці з економічною чи юридичною освітою, так звані медичні менеджери, а в Україні велика частка управлінців у галузі охорони здоров'я – фахівці без досвіду та навичок з управління, які мають медичну освіту (лікарі-практики) і більшість з яких не мають правової чи економічної підготовки.

З моменту реформування охорони здоров'я активно ведеться дискусія щодо статусу керівного складу медичного закладу, а також наявності у них спеціальної освіти для займання таких посад. Наразі усі функції як і адміністративні, так і медичні в українських медичних закладах виконує головний лікар. Це величезний масив роботи, який у багатьох розвинених країнах світу виконує два фахівця – генеральний директор займається ключовими адміністративними питаннями, а медичний директор курирує всі медичні процеси.

З 1 січня 2019 року в Україні функції директора та медичного директора були чітко розмежовані: директор закладу займатиметься питаннями господарської діяльності, а медичний директор – виключно питаннями медицини. Нікого не звільнятимуть: усі головні лікарі та інші медичні працівники виконуватимуть свої функції без змін до закінчення терміну дії їхніх договорів [69].

Після завершення терміну дії договору головні лікарі зможуть пройти конкурс як на посаду генерального директора, так і на посаду медичного директора закладу охорони здоров'я. До 2022 року обіймати посаду директора на конкурсній основі може претендент з гуманітарною освітою, правознавець, економіст, лікар, управлінець. З 2022 року претенденти, які не мають управлінської чи менеджерської освіти у галузі знань «Управління та

адміністрування» або «Публічне управління та адміністрування», повинні будуть додатково здобути її (Відповідний наказ від 31.10.2018 № 1977 затвердили у МОЗ України).

Наступним напрямом в управлінні медичним закладом є активізація впровадження сучасних моделей (систем) якості в діяльність медичного закладу, що дозволить забезпечити пряму залежність якості медичної допомоги від системи управління.

Такими моделями можуть стати: система міжнародних стандартів якості ISO 9001; Моделі досконалості (EFQM); системи якості Міжнародного товариства якості охорони здоров'я (ISQua); моделі спільної комісії з акредитації організацій охорони здоров'я (JCAHO); моделі постійного покращення (Associates in Process Improvement).

Але, обов'язковим для керівника у сфері якості є використання методу системного підходу для встановлення взаємодії всіх процесів у системі та запровадження елементів самооцінювання діяльності медичного закладу в контексті підвищення якості надання медичної допомоги.

Процеси системи управління якістю, згідно з міжнародними стандартами в адаптації до медичного закладу, можна розподілити на чотири групи: процеси, пов'язані з відповідальністю керівництва у сфері якості; з управлінням ресурсами для забезпечення лікувально-діагностичного процесу; процеси надання медичної допомоги (профілактичний, лікувальний, діагностичний, реабілітаційний, догляду за хворими та ін.); процеси моніторингу, вимірів, оцінки, аналізу та поліпшення кожного виду діяльності. Зауважимо, що зазначені групи процесів у певних межах відбуваються на кожному рівні управління: керівника закладу, його заступників, керівників структурних підрозділів, безпосередніх виконавців (рівень самоуправління).

ВИСНОВКИ

Розвиток медицини є одним з основних показників сталого розвитку країни. Інші сфери діяльності не можуть повноцінно розвиватися, якщо система охорони здоров'я знаходиться на низькому рівні. Без ефективної боротьби з епідеміями і захисту населення від хвороб люди не зможуть бути особливо зацікавленими в другорядних потребах, якщо на першому місці стоятиме потреба у збереженні здоров'я. З поширенням ринкових механізмів у пострадянських системах господарювання все більшої актуальності набуває впровадження ефективних інструментів управління закладами соціальної сфери. Дуже чутливим це питання є саме в медицині.

За результатами проведеного дослідження зроблені такі висновки:

1. Визначено, що в контексті реформування вітчизняної системи охорони здоров'я необхідною є орієнтація на економічне управління її закладами незалежно від форми власності та сфери діяльності. При цьому нами окреслений загальний контур механізму економічного управління закладами охорони здоров'я з виділенням ключових його елементів.

2. На основі аналізу нормативно-правової бази щодо реформування сфери охорони здоров'я країни узагальнено проблеми, що гальмують або уповільнюють реалізацію Національної стратегії реформування медичної системи України. Зроблено висновок, що актуальність дослідження проблеми державних механізмів управління посилюється необхідністю подолання низки суперечностей у сфері охорони здоров'я, а управління сферою охорони здоров'я в Україні потребує системних змін, які повно не визначені ані в рамках медичної реформи, ані у теоретичних розробках вітчизняних науковців з державного управління.

3. Проаналізовано економічні механізми державного управління системними змінами у сфері охорони здоров'я, сучасний стан громадського здоров'я України визначено в якості передумови модернізації медичної галузі

та розвитку механізмів державно-управлінського впливу на ринку медичних послуг.

4. Доведено, що сучасна демографічна ситуація в Україні є невизначеною, оскільки суспільні зміни в країні періоду незалежності визначають як нестабільні, що постійно супроводжуються соціально-політичними і економічними кризами.

5. Зроблено висновок про погіршення в Україні медико-демографічних показників (народжуваність, смертність, захворюваність, фізичний розвиток, інвалідність). Доведено, що стан здоров'я населення є складовою соціально-орієнтованої політики держави, що відображає ступінь її соціального розвитку і забезпечення якості громадського здоров'я.

4. Дослідженням доведено, що покращення громадського здоров'я країни значною мірою залежить від ефективності надання медичної допомоги та послуг. З'ясовано недоліки у сфері охорони здоров'я України: незадоволеність якістю медичної допомоги, неформальні платежі пацієнтів, брак сучасного медичного обладнання. Найбільшим недоліком сучасної системи охорони здоров'я громадяни вважають грошову складову допомоги, а саме фінансову недоступність лікування для більшої частини населення.

6. Обґрунтовано функції (соціально-орієнтована, організаційно-стабілізуюча, фінансово-економічна, мотивації, інформаційна, освітньо-наукова), структуру механізмів управління системними змінами (соціально-політичні, нормативно-правові, фінансово-економічні, організаційні, мотиваційні, інформативно-комунікативні, освітні, науково-методичні). Визначено важелі державно-управлінського впливу на системні зміни, до яких віднесено: засоби, інструменти, методи (адміністративні, економічні, соціальні, соціально-психологічні), процедури.

7. Визначено, що система охорони здоров'я країни знаходиться в умовах постійних трансформаційних змін. Будучи багаторівневою й розгалуженою структурою, система, перетворюючись, формує складні підходи щодо визначення механізмів управління у державному і приватному секторах

охорони здоров'я. Саме у них держава відтворює нову систему механізмів управління, розглядати які потрібно у сукупності впливів мезо-, макро- і мікрофакторів із застосуванням нових форм управління на всіх рівнях.

Національна стратегія реформування медичної системи України на період 2015–2020 рр. визначає ключові проблеми, потенційні напрями і шляхи їх розв'язання для формування нової державної політики у галузі, включаючи глибинні нормативні трансформації та впровадження нових фінансових механізмів для забезпечення прав людини у сфері охорони здоров'я. За таких умов медична система країни має базуватися на трьох засадничих принципах: орієнтованість на людину, орієнтованість на результат, орієнтованість на втілення кращих технологій та кращого досвіду надання медичних послуг.

8. Доведено, що застосування управління, орієнтованого на бізнес-процеси в медичній сфері, не тільки дає змогу подолати нагальні проблеми, а й відкриває нові перспективи його розвитку. Проте виявлено низку чинників, які перешкоджають широкому впровадженню інновацій до управління, зокрема небажання співробітників виходити за межі вузької спеціалізації. Встановлено, що раціональне використання інноваційних медичних інформаційних систем має значний вплив на поліпшення якості та доступності медичних послуг для населення, у т. ч. шляхом зручного моніторингу та аналізу показників якості охорони здоров'я, планування та управління ресурсами як первинної, так і системи охорони здоров'я загалом.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бутко М.П., Колоша В.П., Попело О.В. Особливості локалізації економічного простору регіонів в умовах децентралізації владних повноважень. *Економіка України*. 2019. № 1. С. 60–74.
2. Клименко П.М., Грабовський В.А. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. *Вісник НАДУ*. 2017. № 3. С. 136–141.
3. Бутко М., Тульчинський Р. Принципи становлення нового регіоналізму з використанням системного підходу. *Проблеми і перспективи економіки та управління*. 2018. № 2 (14). С. 49–56.
4. Вороненко Ю.В., Гойда Н.Г. Реформування охорони здоров'я: успіхи та перешкоди. *Сучасні медичні технології*. 2016. № 2. С. 24–26.
5. Грабовський В.А., Клименко П.М. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. *Вісник Національної академії державного управління при Президентіві України*. 2018. № 3. С. 136–142.
6. Дмитрук О.В. Управління адаптацією персоналу закладів охорони здоров'я в нових умовах господарювання. *Приазовський економічний вісник*. 2018. Вип. 5 (10). С. 182–186. URL: http://rev.kpu.zp.ua/journals/2018/5_10_uk/33.pdf (дата звернення: 20.11.2020).
7. Ефективне управління медичними закладами. Можливості МІС. URL: <https://euromd.com.ua/post-8164-efektivne-upravlinnya-medichnimi-zakladami-mozhливosti-mis> (дата звернення: 20.11.2020).
8. Мартинюк О.А., Курдибанська Н.Ф. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах. *Причорноморські економічні студії*. 2016. Вип. 6. С. 75–79.
9. Петрова С.В. Державна політика України у сфері охорони здоров'я в контексті реформи медичного обслуговування. *Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування*. 2017. № 2. С. 34–45.
10. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / кол. авт. ; упоряд. проф. Я.Ф. Радиш; передм. та заг. ред. проф.

М.М. Білінської, проф. Я.Ф. Радиша. Київ: НАДУ, 2013. Ч. 1. 396 с.

11. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / кол. авт. ; упоряд. проф. Я.Ф. Радиш; передм. та заг. ред. проф. М.М. Білінської, проф. Я.Ф. Радиша. Київ: НАДУ, 2013. Ч. 2. 484 с.

12. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні : навчальний посібник / Кер. авт. кол. І.М. Солоненко, Л.І. Жаліло. Київ: Вид-во НАДУ, 2015. 116 с.

13. Мельник Л.А. Сучасний керівник медичного закладу в умовах реформування здравооохоронної галузі. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2018. № 11. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1336> (дата звернення: 20.11.2020).

14. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. Аналітична записка за матеріалами науково-практичної конференції (м. Тернопіль – Кам'янець–Подільський, 12–13 грудня 2018 року). URL: <http://dspace.tneu.edu.ua/bitstream/316497/33636/1/pdf> (дата звернення: 20.11.2020).

15. Науковий Менеджмент в медицині. URL: <http://angio-veritas.com/innovatsiji/naukovoinnovatsijnyj-menedzhment> (дата звернення: 20.11.2020).

16. Продовження медичної реформи: що зміниться у 2019 році? URL: <http://yurgazeta.com/prodovzhennya-medichnoyi-reformi-shcho-zminitsya-u-2019-roci.html> (дата звернення: 20.11.2020).

17. Смирнов С.О., Бикова В.Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. *Управління розвитком*. 2016. № 3. С. 78–83.

18. Державне управління охороною здоров'я в Україні : кол. моногр. / кол. авт. ; упоряд. проф. Я.Ф. Радиш; передм. Т.Д. Бахтеєвої ; за заг. ред. проф. М.М. Білінської, проф. Я.Ф. Радиша. Київ: НАДУ, 2013. 424 с.

19. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.-наук. вид. / авт. кол. : М.М. Білінська, Я.Ф. Радиш, І.В. Рожкова та ін. ; та заг. ред. проф. М.М. Білінської. Львів: НАДУ, 2012. 240 с.

20. Стефанишин Л.С. Теоретико-методичні основи застосування

партисипативного управління закладом охорони здоров'я. *Держава та регіони. Серія: Економіка та підприємництво*. 2019. № 3. С. 160–166.

21. 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: 20.11.2020).

22. Радиш Я.Ф. Менеджмент в охороні здоров'я. Управління організаціями у сфері охорони здоров'я : конспекти лекцій для слухачів спеціальності 8.15010006 “Державне управління у сфері охорони здоров'я” галузі знань 1501 “Державне управління” / авт. кол. : Я.Ф. Радиш, Н.О. Васюк, Л.А. Мельник. Київ: НАДУ, 2016. 92 с.

23. Васюк Н.О. Державна кадрова політика : підручник / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України ; ред. кол. : Ю.В. Ковбасюк (голова), К.О. Ващенко (заст. голови), Ю.П. Сурмін (заст. голови) та ін. Київ: НАДУ, 2014. 652 с.

24. Солоненко Н. Економіка охорони здоров'я: навч посіб. Київ. Вид-во НАДУ, 2005. 416 с.

25. Панорама охорони здоров'я населення України / А.В. Підаєв, О.Ф. Возіанов, В.Ф. Мооскаленко [та ін.]. Київ : Здоров'я, 2013. 396 с.

26. Юринець З.В., Петрух О.А. Напрями державного регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 22. С. 116–121.

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

28. Солоненко Н.Д. Державне управління перебудовою охорони здоров'я в умовах обмежених ресурсів в Україні: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02. Київ, 2018. 20 с.

29. Рожкова І. В. Розвиток конкурентоспроможності регіонального управління у сфері охорони громадського здоров'я: монографія. Київ : Фенікс, 2009. 384 с.

30. Москаленко В. Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони

здоров'я: український контекст: монографія. Київ : Книга плюс, 2008. 320 с.

31. Худошина О. Порядок здійснення контролю якості надання медичної допомоги у закладах охорони здоров'я. *Управління закладом охорони здоров'я*. 2015. № 1. С. 9–14.

32. Сміянов В.А. Особливості застосування внутрішнього аудиту в закладах охорони здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. 2013. № 2 (26). С. 113–117.

33. Вишневський В. Керована медична допомога, як модель реформування охорони здоров'я адміністративної території. *Персонал*. 2017. № 2. С. 74–83.

34. Проданчук М.Г. Проблеми і перспективи розвитку системи медичної допомоги. *Вісник соціальної медицини та організації охорони здоров'я України*. 2016. № 2. С. 59–63.

35. Рудий В.М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні. Київ: Сфера, 2005. 272 с.

36. Солоненко І.М. Еволюція ролі керівника закладу охорони здоров'я в умовах суспільних трансформацій. *Охорона здоров'я України*. 2018. № 4 (32). С. 122–123.

37. Солоненко І.М. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я : монографія. Київ: Фенікс, 2008. 276 с.

38 Про управління охорони здоров'я. URL: <http://medrivne.com.ua/ua/pages/19> (дата звернення: 20.11.2020).

39. Управління охороною здоров'я територіальної громади : монографія / авт. кол. : І.В. Рожкова, Л.І. Жаліло, Ю.В. Давидова та ін. ; за ред. В.М. Вакуленка, М.К. Орлатого. Київ: НАДУ, 2017. 152 с.

40. Горошко А., Шаповал Н., Лай Т. Чи можуть люди дозволити собі оплачувати медичну допомогу? Нові докази фінансового захисту в Україні. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2018 рік. URL: <http://www.euro.who.int/en/countries/ukraine/publications/can-people-afford-to-pay-for-health-care-new-evidence-on-financial-protection-in-ukraine-2018>, станом на 26 серпня 2019 року) (дата звернення: 20.11.2020).

41. Утвенко В.В. Особливості управління системою охорони здоров'я в Україні на регіональному і місцевому рівнях. Становлення і розвиток української державності. Київ : ДП “Видавничий дім “Персонал”, 2018. С. 63–70.

42. Сорока С.В. Теоретико-методологічні засади вивчення законодавчого процесу в державному управлінні. *Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування*. 2015. № 2. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ttpdu_2015_2_38 (дата звернення: 20.11.2020).

43. Галушка В.Ю. Методологічні засади випереджувального державного управління *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2015. № 4. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua> (дата звернення: 20.11.2020)..

44. Поживілова О.В. Наукове забезпечення державного управління розвитком системи охорони здоров'я України: методологія дисертаційного дослідження. URL: <http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/...1/.../12.pdf> (дата звернення: 20.11.2020).

45. Ціборовський О.М. Теоретико-методологічні засади державного управління сферою охорони здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 4. С. 94–99. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2014_4_18 (дата звернення: 20.11.2020).

46. Стратегія державної політики у сфері охорони здоров'я. *Український медичний часопис*. 2017. 22 черв. URL: <http://www.umj.com.ua> (дата звернення: 20.11.2020).

47 Правові засади реформування галузі охорони здоров'я: стан, проблеми, перспективи розвитку. URL: [ww.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=953](http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=953) (дата звернення: 20.11.2020).

48 Система органів управління охороною здоров'я населення. URL: <https://law.wikireading.ru/6905> (дата звернення: 20.11.2020).

49. Зінченко О.А., Пономаренко Л.Р. Особливості проектного менеджменту в закладах охорони здоров'я. *Інфраструктура ринку*. 2018. № 18. С. 123–126.

50. Лепський В.В. Концепція реформування медичної галузі з використанням проектного підходу. *Вісник НТУ «ХПІ»*. 2016. № 2 (1174). С. 101–112.

51. Литвинова О. Інновації в управлінні охороною здоров'я – боротьба чи єдність протиріч? URL: <https://www.vz.kiev.ua/innovatsiyi-v-upravlinni-ohoronoyu-zdorov-ya-borotba-chy-yednist-protyrich/> (дата звернення: 20.11.2020).

52. Петрух О.А. Інноваційний розвиток сфери охорони здоров'я України. *Економіка та держава*. 2018. № 11. С. 107–111.

53. Бюджет МОЗ України-2020: пріоритети. URL: <https://www.moz.gov.ua.ua/> (дата звернення: 20.11.2020).

54. Про внесення змін до Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» та деяких інших законодавчих актів України щодо децентралізації та розмежування повноважень органів місцевого самоврядування» : Проект Закону України. URL: <https://www.minregion.gov.ua/base-law/grom-convers/elektronni> (дата звернення: 20.11.2020).

55. Про місцеві державні адміністрації : Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97> (дата звернення: 20.11.2020).

56. Про місцеве самоврядування в Україні : Закон України. URL: <http://gorokhiv-rayrada.gov.ua/index.php/normativno-pravova-baza> (дата звернення: 20.11.2020).

57. Про затвердження рекомендаційних переліків структурних підрозділів обласної, Київської та Севастопольської міської, районної, районної в містах Києві та Севастополі державних адміністрацій : Постанова Кабінету Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/606-2012-%D0%BF#Text> (дата звернення: 20.11.2020).

58. Шавшин О.С. Стратегія інноваційного розвитку підприємства. *Інтернаука*. 2017. № 3 (25). С. 167–171.

59. Про затвердження рекомендаційних переліків структурних підрозділів обласної, Київської та Севастопольської міської, районної, районної в містах Києві та Севастополі державних адміністрацій : Постанова Кабінету Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/606-2012-%D0%BF#Text> (дата звернення: 20.11.2020).

60. Зміни від 09.11.2017 до Закону України «Про місцеві державні

адміністрації». URL: <https://www.yurfact.com.ua/zminy-do-zakonodavstva-2017/> (дата звернення: 20.11.2020).

61. Шевченко В.А. Формування системи управління закладами охорони здоров'я. *Processes, Strategies, Technologies: International Scientific Conference Innovative Economy* : матеріали міжнар. наук-прак. конф. (Kielce, Poland, January 27). 2017. Р. 28–31.

62. Жаліло Л.І. Стратегії змін у сфері охорони здоров'я в умовах соціально-економічних реформ в Україні. URL: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej14/txts/Zhalilo.pdf> (дата звернення: 20.11.2020).

63. Корнійчук О. Стратегія побудови сучасної української системи охорони здоров'я. *Вільне слово*. URL: <https://vilneslovo.com> (дата звернення: 20.11.2020).

64. Юринець З.В., Круглякова В.В. Нейромережеве моделювання як інструмент прогнозування інноваційного розвитку економіки України. *Актуальні проблеми економіки*. 2016. № 6. С. 425–432.

65. Юринець З.В. Формування інноваційних стратегій: теорія, методологія, практика: монографія. Львів: СПОЛОМ, 2016. 412 с.

66. Устимчук О. Комунікації та інформаційні технології в управлінні охороною здоров'я України в контексті адаптації іноземного досвіду. *Актуальні проблеми державного управління*. 2019. № 3 (79). С. 68–72.

67. Журба Я., Андрусів В. Комунікація уряду із суспільством. *Аналітичний документ-2*. 2015. URL: <http://analytic.org.ua/wp-content/uploads/2015/06/Brief.pdf> (дата звернення: 28.10.2020).

68. Литвинова Л.В., Збираник Ю.В. Теоретичні аспекти розвитку комунікації в органах публічної влади в Україні. *Державне управління: теорія та практика*. 2015. С. 4–11.

69. Індекс здоров'я. Україна. Щорічне дослідження з метою визначити фактичний рівень задоволеності громадян України медичною допомогою. URL: <http://healthindex.com.ua> (дата звернення: 20.11.2020).

ДОДАТОК А

Таблиця А1 Система механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я України

Механізми	Функції	Важелі державно-управлінського впливу
Соціальні-політичні	соціально-орієнтована	Визначені соціальні пріоритети держави у галузі охорони здоров'я. Реформа медичної галузі. Соціальні методи управління
Нормативно-правові	організаційно-стабілізуюча	Законодавчо-правові (закони, постанови, укази), нормативно-адміністративні (накази, розпорядження, статuti, стандарти, договори, ліцензування, сертифікація) інструменти регулювання.
Адміністративні методи управління		
Фінансово-економічні	фінансово-економічна	Моделі фінансування, норми та нормативи витрат на послуги (медичні, освітні тощо). Механізми розподілу безоплатної медичної допомоги гарантованого обсягу і якості допомоги (послуг). Система ProZorro. Інструменти (податкові, кредитування, податкові), цінові механізми. Програми фінансової підтримки Економічні методи управління (макроекономічне планування, державний бюджет, податки, гроші, ціни, заробітна плата)
Організаційні	організаційна	Організаційно-правові норми і нормативи, стандарти, правила. Методи організаційного впливу, розпорядчі, дисциплінарного впливу
Мотиваційні	мотиваційна	Формальні процедури і правила щодо реалізації функцій, виконання видів діяльності, інструменти і способи впливу на персонал для забезпечення досягнення управлінських цілей Соціально-психологічні методи управління
Інформативно-комунікативні	інформаційна	Комунікативні стратегії, інформаційні технології, інформаційні бази даних. Інтернет, засоби масової інформації, соціологічні, моніторингові та статистичні дослідження
Освітні	освітньо-наукова	Стратегії розвитку медичної освіти в Україні. Державні стандарти вищої освіти у галузі знань «Охорона здоров'я». Резидентура. Технології безперервного професійного розвитку лікарів.
Науково-методичні	освітньо-наукова	Наукові дослідження проблем управління галуззю охорони здоров'я. Науково-методичне і технологічне забезпечення упровадження медичної реформи і стратегії розвитку медичної освіти.

ДОДАТОК Б



Рисунок Б1 Інноваційні напрями у сфері управління та розвитку закладів охорони здоров'я

ДОДАТОК В

Таблиця В1 Функціональний зміст організаційно-комунікаційних зв'язків у системі охорони здоров'я

№ н/п	Зміст та функціональне наповнення
1	2
Органи місцевого самоврядування	Із органами місцевого самоврядування: департамент сприяє виконанню державних і регіональних програм соціально-економічного спрямування на території відповідних громад, організовує у межах своїх повноважень планування і контроль виконання заходів цивільного захисту населення і територій від наслідків надзвичайних ситуацій техногенного, природного та військового спрямування, опрацьовує запити і звернення депутатів відповідних місцевих рад, контролює органи місцевого самоврядування та надає методичну допомогу з питань здійснення наданих їм законодавством повноважень органів виконавчої влади в галузі охорони здоров'я
Підрозділи управління охорони здоров'я міст	Із управліннями (відділами) охорони здоров'я міст: департамент організовує виконання Конституції і законів України, актів Президента України, Кабінету Міністрів України, наказів міністерств, інших центральних органів виконавчої влади та здійснює контроль за їх реалізацією, організаційно-методичне керівництво управліннь (відділів) охорони здоров'я міст, спрямовує їх діяльність на ефективну реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я в області та забезпечує контроль за їх діяльністю, організовує контроль за виконанням своїх наказів, розгляду листів, звернень
Благодійні фонди	Із благодійними фондами: з питань реалізації спільних проєктів, забезпечення виконання зобов'язань, взятих за угодами про співпрацю з питань, що належать до компетенції департаменту
Засоби масової інформації	Із засобами масової інформації: департамент через засоби масової інформації забезпечує висвітлення діяльності галузі, проводить агітацію та пропаганду здорового способу життя, постійно інформує населення про стан здійснення визначених законом повноважень, ефективно і цільове використання бюджетних коштів, здійснення заходів щодо запобігання і протидії корупції, доступ до публічної інформації, розпорядником якої він є, виконання завдань мобілізаційної підготовки, цивільного захисту населення, у разі проведення журналістських розслідувань забезпечує всебічний розгляд запитів та перевірку в них викладених фактів, надає коментарі з питань, що належать до компетенції департаменту, бере участь у публічних виступах різних форматів у засобах масової інформації
Громадські організації	З іншими інститутами та громадськими організаціями: департамент забезпечує захист прав і законних інтересів юридичних осіб із питань, що належать до компетенції департаменту, всебічний розгляд пропозицій, співпрацю з питань реалізації міжнародних програм із питань організації охорони здоров'я на території області, сприяє розвитку міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я, реалізації права громадян на участь в управлінні охороною здоров'я шляхом проведення відповідної громадської експертизи, налагодження діяльності громадських наглядових, консультативних рад, громадських організацій працівників охорони здоров'я та інших об'єднань громадян, проводить моніторинг, аналіз громадської думки щодо якості та доступності медичного обслуговування населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці, забезпечує підготовку пропозицій для врахування зазначеної інформації

Продовження таблиці В1

1	2
Приватні заклади охорони здоров'я	З іншими закладами охорони здоров'я, зокрема і з приватними: департамент здійснює координацію та аналіз діяльності закладів охорони здоров'я області, контроль за підтриманням належного санітарного та епідемічного стану, на основі галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я контроль за якістю та обсягом надання медичної допомоги закладами охорони здоров'я всіх форм власності та фізичними особами-підприємцями, які зареєстровані в установленому порядку та одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики в області, систематичний контроль за дотриманням актів законодавства з питань охорони здоров'я та санітарних правил керівниками закладів охорони здоров'я області, незалежно від форми власності та підпорядкування
Лікарні	Із лікарнями: (ті лікарні, на території міста або району яких відсутній орган охорони здоров'я та на які, відповідно, покладаються функції органу охорони здоров'я міста чи району) департамент здійснює організаційно-методичне керівництво центральних міських (районних) лікарень, спрямовує їх діяльність на ефективну реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я в місті (районі) та забезпечує контроль за їх діяльністю, організовує контроль за виконанням своїх наказів, розгляду листів, звернень, координацію та аналіз діяльності, організацію та проведення у порядку, встановленому законодавством України, процедур закупівлі лікарських засобів, витратних матеріалів та медичного обладнання з передачею їх до відповідних закладів охорони здоров'я області
Центральні міські лікарні	Із центральними міськими (районними) лікарнями: (ті лікарні, на території міста або району яких відсутній орган охорони здоров'я та на які, відповідно, покладаються функції органу охорони здоров'я міста чи району) департамент здійснює організаційно-методичне керівництво центральних міських (районних) лікарень, спрямовує їх діяльність на ефективну реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я в місті (районі) та забезпечує контроль за їх діяльністю, організовує контроль за виконанням своїх наказів, розгляду листів, звернень, координацію та аналіз діяльності, організацію та проведення у порядку, встановленому законодавством України, процедур закупівлі лікарських засобів, витратних матеріалів та медичного обладнання з передачею їх до відповідних закладів охорони здоров'я області
Населення	Із населенням: департамент забезпечує захист прав і законних інтересів фізичних та юридичних осіб, ефективно і цільове використання бюджетних коштів, здійснення заходів щодо запобігання і протидії корупції, доступ до публічної інформації, розпорядником якої він є, виконання завдань мобілізаційної підготовки, цивільного захисту населення, дотримання вимог законодавства з охорони праці, пожежної безпеки, організовує пропаганду наукових медичних і гігієнічних знань серед населення, здійснює у визначений законом строк розгляд звернень громадян та їх об'єднань, вживає заходів до усунення причин, що зумовлюють скарги громадян про порушення їх прав і законних інтересів, здійснює контроль за цією роботою у закладах охорони здоров'я, проводить агітацію та пропаганду здорового способу життя, постійно інформує населення про стан здійснення визначених законом повноважень, сприяє реалізації права громадян на участь в управлінні охороною здоров'я

Кінець таблиці В1

1	2
Обласна державна адміністрація	Із облдержадміністрацією: департамент є структурним підрозділом облдержадміністрації, підзвітним їй, та забезпечує виконання покладених на облдержадміністрацію завдань у галузі охорони здоров'я, готує інформаційні, аналітичні матеріали, статистичні звіти, проекти розпоряджень та відповідей із питань, що належать до компетенції департаменту, бере участь у заходах облдержадміністрації, розробляє прогнози розвитку охорони здоров'я в області, враховує їх під час розроблення проектів програм соціально-економічного розвитку області та виконує інші функції, пов'язані з реалізацією завдань, покладених на облдержадміністрацію у сфері охорони здоров'я
Юридичні та фізичні особи- провайдери цифрових продуктів	Із юридичними та фізичними особами (провайдерами цифрових продуктів/послуг): із питань функціонування електронної системи охорони здоров'я та її компонентів, реєстрації користувачів, внесення та обміну інформацією і документами в електронній системі охорони здоров'я
Міжрегіональний департамент НСЗУ	Із Міжрегіональним департаментом Національної служби здоров'я України: з питань реалізації функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій на території області
Обласні клінічні лікарні	Із обласними лікувально-профілактичними закладами: департамент здійснює організаційно-методичне керівництво, забезпечує контроль за їх діяльністю, організовує контроль за виконанням своїх наказів, розгляду листів, звернень, координацію та аналіз діяльності, визначає потребу у лікарських засобах та виробач медичного призначення, медичному обладнанні, будівельних матеріалах, інвентарі, паливі, засобах автотранспорту, здійснює фінансування закладів охорони здоров'я, що утримуються з бюджетних коштів, контролює ефективне використання ними фінансових, матеріальних та трудових ресурсів
Міністерство охорони здоров'я	Із Міністерством охорони здоров'я України: департамент підзвітний та підконтрольний Міністерству охорони здоров'я України, забезпечує виконання заходів МОЗ, спрямованих на запобігання та ліквідацію інфекційних захворювань, епідемій, бере участь у підготовці, погодженні проектів нормативно-правових актів, надає статистичну звітність, виконує накази, забезпечує розгляд листів, готує пропозиції та забезпечує організацію виконання заходів щодо проведення реформування у сфері охорони здоров'я відповідно до поставлених завдань та після узгодження з МОЗ, виконує інші завдання МОЗ України
Національна служба здоров'я України	Із Національною службою здоров'я України: з питань реалізації державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення області за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій), внесення пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування Населення
Міжнародні організації (ВООЗ)	Із міжнародними організаціями: з питань міжнародного співробітництва, забезпечення виконання зобов'язань, взятих за міжнародними договорами України з питань, що належать до компетенції департаменту
Міжнародні фонди	Із міжнародними фондами: з питань реалізації спільних програм, забезпечення виконання зобов'язань, взятих за угодами про співпрацю з питань, що належать до компетенції департаменту