

ХМЕЛЬНИЦЬКА ОБЛАСНА РАДА
ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ПРАВА
ІМЕНІ ЛЕОНІДА ЮЗЬКОВА
(повне найменування вищого навчального закладу)

ФАКУЛЬТЕТ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ
(повне найменування інституту, факультету)

Кафедра: публічного управління та адміністрування
(повна назва кафедри)

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на тему: «Оптимізація організації роботи
комунальних закладів охорони здоров'я в Україні»

Виконала: студентка магістратури за
спеціальністю 281 Публічне
управління та адміністрування заочної
форми навчання
Таміла СЕМЕНЮК

Керівник: професор кафедри
публічного управління та
адміністрування, доктор наук з
державного управління, доцент
Володимир КОПАНЧУК

Рецензент: _____

Хмельницький – 2023 рік

АНОТАЦІЯ

Семенюк Т. А. Оптимізація організації роботи комунальних закладів охорони здоров'я в Україні. – Рукопис.

В процесі дослідження з'ясовано, що сучасна інтегрована модель системи охорони здоров'я в Україні повинна орієнтуватися на такі принципи: доступності (запровадження гарантованого пакету послуг, що доступний кожному громадянину); професіоналізму та дотримання національних стандартів якості; взаємоповаги (взаємоповага пацієнтів та медичних працівників); співпраці та взаємодопомоги; збалансованості (співвідношення ціна/якість та справедливе, найбільш ефективне та стійке використання обмежених ресурсів); підзвітності (підзвітність громадам і пацієнтам).

Доведено, що впроваджувати державну політику і стратегію в галузі охорони здоров'я необхідно на основі пріоритетного розвитку первинної медичної допомоги (ПМД) і профілактичної спрямованості збереження та зміцнення здоров'я населення з максимальним залученням до їх реалізації органів виконавчої влади. З метою пріоритетного розвитку первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини, профілактичної спрямованості збереження і зміцнення здоров'я населення прийнято і реалізується законодавство щодо трансформації СОЗ України.

Система управління якістю повинна визначати організаційну структуру, заходи, що вживаються у сфері якості (процеси, процедури), ресурси, що дають змогу здійснювати управління якістю, відповідальність організації за якість, повноваження на виконання завдань, потік інформації та документів. Для впровадження систем управління якістю використовується багато доступних методів, зокрема: порівняльний аналіз, Just in Time, аутсорсинг або реінжиніринг.

Ключові слова: публічне управління, охорона здоров'я, оптимізація, комунальний заклад охорони здоров'я, лікарня, поліклініка, медичний кластер, амбулаторія, метод «Just in Time», аутсорсинг, реінжиніринг.

SUMMARY

Semenyuk T. A. Optimizing the organization of work of communal health care facilities in Ukraine. - Manuscript.

During the research, it was found that the modern integrated model of the healthcare system in Ukraine should be based on the following principles: accessibility (implementation of a guaranteed package of services available to every citizen); professionalism and compliance with national quality standards; mutual respect (mutual respect of patients and medical professionals); cooperation and mutual assistance; balance (price/quality ratio and fair, most efficient and sustainable use of limited resources); accountability (accountability to communities and patients).

It has been proven that it is necessary to implement the state policy and strategy in the field of health care based on the priority development of primary medical care (PRM) and the preventive focus on preserving and strengthening the health of the population with the maximum involvement of executive authorities in their implementation. In order to prioritize the development of primary medical care on the basis of family medicine, the preventive focus on preserving and strengthening the health of the population, the legislation on the transformation of POPs of Ukraine has been adopted and is being implemented.

The quality management system should define the organizational structure, measures taken in the field of quality (processes, procedures), resources that enable quality management, the organization's responsibility for quality, authority to perform tasks, the flow of information and documents. Many available methods are used to implement quality management systems, including: benchmarking, Just in Time, outsourcing or reengineering.

Keywords: public administration, health care, optimization, communal health care facility, hospital, polyclinic, medical cluster, dispensary, "Just in Time" method, outsourcing, reengineering.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ КОМУНАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	8
1.1. Сутність та основний зміст організації лікарняної допомоги в Україні.....	8
1.2. Північноамериканський досвід (США, Канада) організації лікарняної допомоги.....	19
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СТАНУ ТРАНСФОРМАЦІЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ.....	28
2.1. Характеристика етапів реформування системи охорони здоров'я України.....	28
2.2. Оцінка механізмів оптимізації та управління мережею комунальних закладів охорони здоров'я.....	39
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ КОМУНАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	55
3.1. Оптимальна модель управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні.....	55
3.2. Впровадження сучасних методів управління у практику медичного закладу.....	63
ВИСНОВКИ.....	73
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	76

ВСТУП

Актуальність теми. Охорона здоров'я в Україні на сучасному етапі перебуває в стані трансформації. Так звана безкоштовна та загальнодоступна охорона здоров'я навіть на малий відсоток не виконує своїх завдань. Екологічне оточення, економічний занепад, політична криза в країні виносять проблеми охорони здоров'я в ряд першочергових для керівництва держави. Отже, стан в охороні здоров'я можна сміливо назвати кризовим. Не працює жодна ланка з проблеми захисту здоров'я людини – ні збереження здоров'я здорових. Ні збереження генофонду, ні захист середовища проживання людини. Ледве-ледве ще якимось тримається, в основному на звичному ентузіазмі медичних працівників, лікувальна робота.

Лікувально-профілактичні установи давно вже не відповідають сучасним вимогам, хоча за статистикою в нашій країні досить висока забезпеченість людей і медичними установами, і ліжками, в порівнянні з високо розвинутими країнами світу, такими як США, Канада, Англія. За кількістю лікарів на душу населення ми теж серед ведучих. Але бюджет не в стані забезпечити лікувальні установи медикаментами, апаратурою, сучасними технологіями. Отже, криза в охороні здоров'я, як і в усіх сферах життя, вимагає якомога швидшого розв'язання нагальних проблем.

На даний час існує велика кількість робіт, присвячених вивченню стану охорони здоров'я в Україні та шляхів виходу з кризи. Реформують все – медичну науку та освіту, фінансування та форми власності, способи роботи лікувально-профілактичних установ, та навіть способи та терміни лікування тих чи інших захворювань. З пропозиціями медичних реформ виступають як вітчизняні, так і зарубіжні медики, політики, вчені, працівники різних медичних та громадських організацій.

Необхідно провести диференційований аналіз справжнього стану справ в системі охорони здоров'я України, а також вивчити досвід наших колег із високо розвинутих країн та країн, що переживають після комуністичну

перебудову. І тільки тоді, можливо, складати плани реформ в нашій країні, пристосувавши їх до існуючих умов.

Значний внесок у розвиток теорії, організації та методології управління охороною здоров'я зробили вітчизняні та зарубіжні вчені, зокрема, Бугайцов С.Г., Курило Т.М., Лещенко В.В., Паращич І.М., Васюк Н.О., Корольчук О.Л., Висоцька Т.Є. Окремі аспекти державного управління системою охорони здоров'я викладені в наукових працях Л.В. Антонової, Н.В. Дацій, Д.В. Карамішева, О.Д. Крикун, Ф.Р. Криничко та інші.

Таким чином, питання оптимізації організації роботи комунальних закладів охорони здоров'я в Україні становлять науковий інтерес. Зрозуміло, що ціла концепція реформ охорони здоров'я може бути збудована з окремих ланок. Однією з важливих її ланок є проблема надання лікарняної допомоги. Вищевикладене зумовило вибір теми магістерської роботи.

Мета та завдання магістерської роботи. *Метою* магістерської роботи є обґрунтування теоретичних засад та прикладних аспектів щодо оптимізації організації роботи комунальних закладів охорони здоров'я в Україні.

Для досягнення мети магістерської роботи було визначено такі *завдання* дослідження:

- розкрити сутність та основний зміст організації лікарняної допомоги в Україні;
- вивчити північноамериканський досвід (США, Канада) організації лікарняної допомоги;
- охарактеризувати етапи реформування системи охорони здоров'я України;
- оцінити механізми оптимізації та управління мережею комунальних закладів охорони здоров'я;
- запропонувати оптимальну модель управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні;
- запровадити сучасні методи управління у практику медичного закладу.

Об'єктом дослідження є система охорони здоров'я.

Предмет дослідження – теоретичні, методичні та прикладні аспекти оптимізації організації роботи комунальних закладів охорони здоров'я в Україні.

Методи дослідження. Теоретичною та методологічною основою дослідження є система загальнонаукових та спеціальних методів дослідження.

Для вирішення завдань магістерської роботи було використано такі методи загального та спеціального наукового пізнання, а саме: *аналізу, синтезу* – для визначення сутності процесу організації лікарняної допомоги в Україні; *порівняльного аналізу* – у контексті дослідження вивчення північноамериканського досвіду організації лікарняної допомоги; *структурно-функціонального аналізу* – при оцінці механізмів оптимізації та управління мережею комунальних закладів охорони здоров'я; *метод моделювання* – для формування оптимальної моделі управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні тощо.

Інформаційною базою дослідження є наукова вітчизняна і зарубіжна література з теми дослідження, нормативно-правові акти України, міжнародні правові акти, аналітичні та звітні документи тощо.

Практичне значення одержаних результатів полягає у можливості використання висновків та практичних рекомендацій, які містяться в магістерській роботі, як в теоретичному, так і в практичному значенні при визначенні перспективних напрямів функціонування та управління системою охорони здоров'я в Україні.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ КОМУНАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність та основний зміст організації лікарняної допомоги в Україні

У 2018 році в Україні вступив в дію Закон України «Про державні медичні гарантії». Саме цей закон дав старт новій медичній реформі в Україні. Відповідно до цього Закону змінилася сама філософія взаємовідносин між пацієнтом, лікарем та державою. Відбувається плавний перехід від бюджетного утримання закладів охорони здоров'я до закупівлі окремих видів медичних послуг. Іншими словами, замість бюджетного утримання медичного закладу, держава «купляє» у медичному закладі необхідну послугу [14, с. 47].

Сучасна інтегрована модель системи охорони здоров'я в Україні повинна орієнтуватися на наступні принципи [8, 12]:

1) доступності (запровадження гарантованого пакету послуг, що доступний кожному громадянину). Цей принцип має бути застосований закладами охорони здоров'я незалежно від віку, статі, релігійних чи політичних переконань, сексуальної орієнтації, сімейного або цивільного стану тощо. Даний принцип повинен бути застосований медичними закладами до всіх і кожного. Він має базуватися на повазі до прав людини. Водночас, Україна як держава повинна приділяти особливу увагу самим вразливим соціальним групам, оскільки їх показники здоров'я суттєво відстають від показників решти населення;

2) професіоналізму та дотримання національних стандартів якості. Даний принцип повинен бути спрямований на надання якісної медичної допомоги. Ця допомога повинна бути безпечною, ефективною та спрямованою на задоволення потреб пацієнта, його підтримку, а також освіту та розвиток медперсоналу й удосконалення управління галуззю в цілому;

3) взаємоповаги (взаємоповага пацієнтів та медичних працівників). Гідність, повага, співчуття й турбота мають бути принципами «номер один» у роботі з пацієнтами. Безпека пацієнта, результати для здоров'я під час перебування в системі будуть підвищуватись та покращуватися, коли медпрацівники відчуватимуть свою цінність (не плутати з «незамінністю»), матимуть відповідні повноваження та підтримку, а пацієнти в свою чергу будуть відчувати себе партнерами, а не «об'єктами» лікування («піддослідними кроликами»);

4) співпраці та взаємодопомоги. Тут береться до уваги співпраця різних служб, організацій, секторів економіки в інтересах пацієнтів, громад та населення в цілому (так звана «міжсекторальна взаємодія»). Сучасна реформована, інтегрована система охорони здоров'я як окрема галузь повинна взаємодіяти з іншими органами державного сектору, відповідними службами та широким колом благодійних організацій, громадських об'єднань та комерційних юридичних осіб (приватної форми власності) з метою підвищення рівня здоров'я та добробуту населення;

5) збалансованості (співвідношення ціна/якість та справедливе, найбільш ефективне та стійке використання обмежених ресурсів). Бюджетні кошти на охорону здоров'я мають, в першу чергу, бути спрямовані винятково на благо громадян України. Наша держава повинна прагнути до того, аби кожна сплачена платником податків гривня приносила «максимальний результат» для здоров'я співгромадян;

6) підзвітності (підзвітність громадам і пацієнтам). Система підзвітності та відповідальності за прийняття управлінських рішень повинна бути прозорою та зрозумілою для громадськості, а також персоналу та пацієнтів. Для дотримання цього принципу уряд повинен гарантувати постійність, неперервність (при можливості) доступу до публічної та особистої інформації, основних показників здоров'я, а органи центральної та регіональної (місцевої) влади систематично звітувати перед своєю громадою або її представниками (радами) за результати такої діяльності.

Зазначені нами вище принципи формують на даний час основні соціальні цінності оновленої системи охорони здоров'я в Україні:

- Спільна робота на благо пацієнтів. Дане правило є основним для медичних закладів та інших організацій, що надають послуги у сфері охорони здоров'я. Споживачі медичних послуг завжди повинні бути – на першому місці. Усі складові медичної системи повинні діяти та співпрацювати в інтересах пацієнтів. Медпрацівники завжди повинні ставити інтереси пацієнта вище за інтереси медичного закладу, навіть якщо це вимагає певне визнання допущених помилок.

- Повага та гідність. До кожного пацієнта, який звертається зі своєю проблемою, необхідно ставитися з повагою та гідністю, незалежно від того, чи є вона на даний час – пацієнтом, родичем, опікуном або ж самим медичним працівником. Система надання медичних послуг повинна бути спрямована на зміцнення духу щодо відвертості та чесності, коли медичні працівники відверто спілкуються з пацієнтами, опікунами чи родичами.

- Співчуття. Співчуття має бути тісно пов'язано з повагою та гідністю. Сучасна модель системи охорони здоров'я має не лише забезпечувати медичну допомогу, але й полегшувати страждання, біль, а також допомагати людині відчувати свою цінність і значимість, відчувати її особистої проблеми.

- Покращення якості життя. Покращити здоров'я пацієнтів та їх самопочуття за допомогою власного досвіду та досвіду колег, професіоналізму, інновацій, креативності в наданні медичних послуг – ось головна мета сучасної інтегрованої моделі системи охорони здоров'я в Україні.

На сьогодні в Україні нараховується 3766 лікарень з 671096 ліжок, що становить 129,6 ліжок на 10000 населення. Крім того, в Україні є 18 медичних інститутів та 48 науково-дослідних медичних інститутів. Всього в Україні працюють 201923 лікарів – 39 на 10000 населення. Крім того, в Україні налічується 144 лікарні та 501 амбулаторія із 28376 ліжками, що не належать міністерству охорони здоров'я. Загальна кількість ліжок в Україні становить

135,5 на 10000 населення, лікарів – 42,9 на 10000 населення (в світі найнижча кількість ліжок 21, лікарів – 7,3 на 10000 населення). Середня кількість перебування хворого на ліжку становить 16,5 дня.

Лікувально-профілактична допомога – це певний комплекс заходів, що спрямований на запобігання хвороб (захворювань), проведення ранньої діагностики, медичної допомоги тим особам у яких діагностовано гострі та хронічні захворювання. Крім того даний комплекс спрямований на реабілітацію хворих, інвалідів з метою продовження їх активного довготривалого способу життя.

До видів лікувально-профілактичної допомоги також відносяться швидка, амбулаторно-поліклінічна, стаціонарна, а також санаторно-курортна допомога.

Швидка медична допомога – це така медична допомога, при якій хворим з раптовими захворюваннями, з тяжким їх перебігом, а також постраждалим від нещасних випадків, вона надається закладами швидкої медичної допомоги та екстреної медичної допомоги. Така допомога надається в її максимально можливому обсязі медичних послуг за місцем виклику чи під час транспортування і госпіталізації [36, 37].

Амбулаторно-поліклінічна медична допомога надається тим особам, які потребують періодичного медичного спостереження, а також тим, хто потребує лікування на догоспітальному етапі чи проведення профілактичних заходів. Дану медичну допомогу такі особи отримують при зверненні безпосередньо до амбулаторно-поліклінічного закладу. В окремих випадках амбулаторно-поліклінічна медична допомога може надаватись – вдома [20, с.46].

Стаціонарна медична допомога надається тим хворим, які потребують постійного медичного нагляду. При даному виді допомоги застосовуються складні методи обстеження хворих та інтенсивного їх лікування. В окремих випадках використовують оперативні втручання, якщо вони не можуть бути виконані в амбулаторних умовах.

Лікувально-профілактична допомога, її організація, ґрунтується на принципах:

- безкоштовності надання, усім без виключення, громадянам України гарантованого рівня первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД). Обсяг якої встановлюється Кабінетом Міністрів України (згідно чинного законодавства України);
- єдності профілактичної та лікувальної допомоги;
- послідовності стаціонарної та амбулаторної медичної допомоги;
- поетапності спеціалізованого медичного забезпечення;
- спеціалізації та інтеграції лікувальної допомоги;
- територіальності (дільнично-територіальний принцип);
- пріоритетності (в даному принципі переважає обслуговування окремих соціально-значимих груп населення).

Необхідно зазначити, що в Україні організація лікувально-профілактичної допомоги здійснюється:

- службою швидкої медичної допомоги (ШМД);
- лікувально-профілактичними закладами, що пройшли акредитацію;
- окремими ліцензованими медичними працівниками.

Лікувально-профілактична медична допомога є складною системою. Складність такої системи викликана самими видами медичного забезпечення, а також типами закладів охорони здоров'я. Перелік таких видів і закладів затверджений наказами Міністерства охорони здоров'я України № 144 від 22.06.1995р., № 365 від 04.12.1996р., № 379 від 16.12.1996р., № 360 від 19.12.1997 р., № 84 від 03.04.1998р. та № 331 від 23.11.1998 р.

В Україні функціонує більше 6350 амбулаторно-поліклінічних закладів та 3146 лікарень. Це досить широка мережа лікувально-профілактичних закладів, що підпорядковані МОЗ України.

Частина закладів, що відносяться до амбулаторно-поліклінічних медичних установ структурно входить до складу різних спеціалізованих лікарень і диспансерів. Також, необхідно відзначити, достатню кількість

самостійних поліклінік (не беручи до уваги стоматологічних клінік) і амбулаторій. Їх частка складає майже 40% від загальної кількості. Наприклад, за кількістю ліжок і за обсягом стаціонарної медичної допомоги (серед лікарняних закладів) провідне місце займають багатoproфільні центральні, обласні, міські та районні лікарні (їх частка становить – 56% ліжкового фонду). Натомість частка госпіталізованих у такого типу медичні заклади хворих становить 67% (майже 2/3 від усіх госпіталізованих). Дослідження показали, що у диспансерах і спеціалізованих лікарнях розміщено близько 15% ліжкового фонду, а частка госпіталізованих становить – 8,5%. Таким чином, дільничні, наркологічні та інші лікарні у своєму розпорядженні мають близько 30% ліжок.

Забезпеченість ліжками в Україні впродовж тривалого часу була досить високою. Необхідно сказати, що така забезпеченість перевищувала аналогічні показники багатьох розвинутих країн світу. Поступово цей показник зменшився до 85-89 у 90-х роках, проте цей рівень ще досить значний. Нормативами МОЗ України передбачено його доведення до 80 на 10 тисяч мешканців. При цьому необхідно враховувати, що в нашій країні, порівняно з багатьма економічно-розвинутими країнами світу, рівень розвитку соціальних служб не є достатнім. Саме тому, окрема частина хворих, на даний час, перебуває в стаціонарах не тільки з міркувань медичних, а в першу чергу із соціальних причин.

Для надання населенню повноцінної стаціонарної допомоги досить важливе значення має кадрове забезпечення та наявність інноваційного медичного обладнання. З цього погляду, структура ліжкового фонду за спеціальностями чи їх достатня кількість (ліжок) – відходять за важливістю на задній план.

При значній диференціації ліжкового фонду одними з найбільш високих показників є забезпеченість терапевтичними та хірургічними ліжками. Дані досліджень свідчать, що зниження загальної забезпеченості на 30% відбулося в переважній більшості за рахунок ліжок терапевтичного профілю (на 39,7%).

Одночасно з вищенаведеними змінами отримала розвиток мережа денних і домашніх стаціонарів.

Основною тенденцією на даний час є наближення основних видів стаціонарної допомоги до населення (педіатричної, загально терапевтичної, загально хірургічної, акушерсько-гінекологічної), а також централізація спеціалізованих і вузькоспеціалізованих видів медичної допомоги на базі потужніших лікарень [16, с.39].

За останнє десятиріччя широкого розповсюдження набуло створення спеціалізованих центрів, наприклад, центру реабілітації репродуктивної функції жінки, дитячого центру пересадки кісткового мозку тощо.

У системі охорони здоров'я працюють спеціалісти з вищою та середньою медичною освітою. Забезпеченість лікарями в Україні досить значна і набагато перевищує аналогічні показники розвинутих держав. Проте треба враховувати той факт, що саме лікувальною роботою у нас займаються приблизно $\frac{3}{4}$ усіх лікарів (32 фахівця на 10 тис. населення).

За сучасних умов одним з принципів розвитку системи охорони здоров'я є децентралізація управління. Розвиток місцевого самоврядування породив розвиток самоврядування закладів охорони здоров'я та самостійність їх працівників на правовій (юридичній) і договірній основі (див. ст. 4 Основ законодавства України про охорону здоров'я (1992р.) із змінами та доповненнями).

Виходячи з цього, керівники мають можливість творчо впроваджувати на місцях відповідні постанови, розпорядження та накази щодо розвитку конкретних видів медичної допомоги, формування штату висококваліфікованих працівників, а також враховувати раціональність перерозподілу посад за штатним розписом між окремими структурними підрозділами свого закладу, відповідно до ситуацій та проблем, що виникають [17, с.33].

В процесі формування чи реорганізації таких систем, в конкретному регіоні України чи місті (селі, селищі) слід забезпечити пріоритетність

первинної медико-санітарної допомоги, а також служб екстреної та швидкої медичної допомоги, в тому числі й медичної допомоги дітям та матерям, зберігаючи мережу таких лікувально-профілактичних закладів саме у сільській місцевості.

Штатні нормативи регламентуються відповідним наказом Міністерства охорони здоров'я України № 33 від 23.02.2000р. «Про тимчасові штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я». Загальна штатна чисельність медичних працівників є граничною. Тому, при формуванні штату треба дотримуватись встановлених меж, лімітів бюджетних асигнувань на заробітну плату медпрацівників.

Всі функції, права, обов'язки та відповідальність медичних працівників визначаються посадовими інструкціями та функціональними обов'язками, що розробляються в лікувально-профілактичних закладах відповідно до конкретних умов їх діяльності.

Розмежування функцій залежить насамперед від участі лікувально-профілактичних закладів в наданні допомоги різного ступеня складності: первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високо спеціалізованої), від їх потужності, видів спеціалізованої допомоги, а також категорії, присвоєної ЛПЗ відповідною акредитацією комісією.

Згідно з Оновами законодавства України про охорону здоров'я (1992 р.) розрізняють первинну, вторинну та третинну лікувально-профілактичну допомогу [40].

Первинна лікувально-профілактична допомога, як головна частина медико-санітарної допомоги, передбачає консультацію лікаря загальної практики (сімейного), діагностику та лікування основних, найбільш поширених захворювань, а також направлення пацієнта для надання спеціалізованої допомоги та проведення профілактичних заходів.

Вторинна (спеціалізована) допомога передбачає кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику та лікування лікарями-спеціалістами.

Третинна (високо спеціалізована) допомога надається лікарями (або їх групами), які мають спеціальну відповідну підготовку в галузі складних для діагностики та лікування захворювань, а також тих захворювань, що рідко зустрічаються на практиці.

Однією з обов'язкових умов, що забезпечують належну якість медичної допомоги, є ліцензування та акредитація лікувально-профілактичних закладів.

Так, ліцензуванню в нашій державі підлягають:

- усі без винятку лікувально-профілактичні заклади (незалежно від форми власності);
- особи, які отримали дипломи цілителя та мають намір займатись народною медициною;
- особи, що займаються індивідуальною медичною діяльністю.

Основні завдання проведення ліцензування та акредитації полягають насамперед у визначенні можливостей і підтвердженні права лікувально-профілактичного закладу чи фізичної особи надавати медичну допомогу в обсязі та якості не нижче встановлених стандартів. Ця дія повинна забезпечити захист інтересів споживача медичної допомоги та послуг на державному рівні, що має бути основною метою управління діяльністю лікувально-профілактичних закладів.

На даний час, основний об'єм лікувально-профілактичної допомоги населенню в Україні надається в лікарнях [54, с. 58-59].

Лікарня – це заклад для постійного перебування пацієнтів з травмою, тим чи іншим захворюванням або підозрою на нього, в якому забезпечується короткочасне чи довготривале лікарське обслуговування, а саме – спостереження, встановлення діагнозу, лікування та відновлення працездатності. Лікарня може забезпечувати тільки стаціонарну або стаціонарну та амбулаторно-поліклінічну допомогу.

Спеціалізована лікарня – це заклад для надання стаціонарної допомоги хворим з однією певною патологією.

Багато профільна лікарня – це заклад, який забезпечує стаціонарною допомогою хворих з різними патологічними станами.

За діючою номенклатурою лікарні розрізняються за адміністративно-територіальним поділом (міські, районні, обласні), за профілем (багато профільні та спеціалізовані), за належністю до певного відомства (на водному транспорті – портова, центральна басейнова, басейнова; на залізничному транспорті – лінійна, центральна дорожня, вузлова), за категорією, що визначається кількістю лікарняних ліжок.

Амбулаторно-поліклінічна допомога, як найбільш масовий та соціально значущий, займає провідне місце в медичному забезпеченні населення. Амбулаторно-поліклінічна допомога надається переважно в амбулаторіях і поліклініках. Амбулаторія – заклад, який надає медичну допомогу хворим з однієї або кількох основних лікарських спеціальностей [20].

У поліклініці надається допомога з багатьох спеціальностей. Як у амбулаторіях, так і в поліклініках здійснюється лікування хворих (пацієнтів) при звертанні в ці заклади, а також проводиться профілактична робота з ними. Крім того, поліклініки надають медичну допомогу хворим і вдома.

Поліклініка відрізняється від амбулаторії обсягом і рівнем лікувально-профілактичної допомоги, в останній її забезпечують лікарі основних 4-5-и спеціальностей. В амбулаторіях можуть також надавати допомогу тільки професійні лікарі (до них відносяться – лікарі загальної практики, сімейні лікарі й ін.) [31, с. 37-38].

Значення амбулаторій і поліклінік визначається їх наближеністю до населення. Крім того, їх значення, визначається можливістю їх оптимальної участі у медичному забезпеченні переважаючої більшості населення [46].

Вищезгадані заклади займають провідне місце у профілактичній роботі системи охорони здоров'я України, а їх працівники виявляють чинники ризику та їх значимість серед відповідних контингентів, інфекційні і соціально значущі захворювання.

Ефективність роботи поліклінік в значній мірі залежить від злагодженої діяльності всіх її структурних підрозділів і медперсоналу. Значну роль у наданні лікувально-профілактичної допомоги (на належному рівні) відіграє робота висококваліфікованих лікарів усіх спеціальностей. Вони, в свою чергу, мають забезпечити проведення кваліфікованої діагностики, повноцінного лікування та реабілітацію частини хворих у поліклініці, включаючи проведення експертизи працездатності, диспансеризацію та профілактичні огляди.

Для поліпшення якості медичної допомоги, своєчасного оздоровлення хворих, забезпечення доступності медичних послуг, підвищення економічної ефективності при їх наданні, а також з метою раціонального використання різного типу лікувально-профілактичних закладів в останні роки, в нашій державі здійснюється переорієнтація та розширення обсягу надання кваліфікованої медичної допомоги саме в поліклінічній ланці, а не в стаціонарі.

Як приклад можна навести організацію відділень (центрів) хірургії одного дня (дія таких відділень регламентована наказом Міністерства охорони здоров'я України № 127 від 03.06.1993 р.). В наказі затверджені види та обсяг лікувально-діагностичної допомоги, їх перелік, перераховані конкретні операції за відповідними профілями: офтальмологія (видалення атером і папілом, виправлення виворотів і зворотів повік тощо); загальна хірургія (хірургічна обробка ран, видалення сторонніх тіл, доброякісних пухлин шкіри і т.п.) тощо.

Перелік операцій залежить і може змінюватись залежно від оснащення закладу, кваліфікації лікарів та умов праці. Вищеперераховані підрозділи вже працюють у Києві, Львові, Вінниці, Житомирі, Дніпрі, Херсоні та інших містах України.

Отже, відділення (центри) хірургії одного дня, як інноваційні форми організації медичної допомоги хворим хірургічного профілю, повинні

створюватись при поліклініках чи лікарнях (залежно від регіональних, місцевих передумов).

З вищевикладеного можна зробити висновки: для поліпшення якості медичної допомоги, своєчасного оздоровлення хворих, забезпечення доступності медичних послуг, підвищення економічної ефективності, а також з метою раціонального їх використання (різних структур лікувально-профілактичних закладів) в останні роки в Україні здійснюється переорієнтація та розширення переліку надання кваліфікованої допомоги саме в поліклінічній ланці, а не в стаціонарі. Просуванню реформ сприяє створення нових організаційних форм, скорочення «стаціонарозамінюючої» медичної допомоги (до якої віднесемо – лікарняні стаціонари (відділення, палати) денного перебування; денні стаціонари в поліклініках, домашні стаціонари та ін.). Показовим прикладом в просуванні реформ може бути організація відділень (центрів) хірургії одного дня.

1.2. Північноамериканський досвід (США, Канада) організації лікарняної допомоги

Американці охарактеризували свою систему роботи охорони здоров'я як білий лабіринт «такий великий, складний і підступний, що його не описати словами». На їхню думку, госпіталі є саме такими лабіринтами. Люди часто мало знають, як працюють лікарні, і мало з тих, хто навіть працює в госпіталі, знає про розташування його відділень і служб. Хоча госпіталі, як інші відкриті і відомі організації і відкриваються, ростуть, об'єднуються та навіть закриваються.

Госпіталі виникли в середні віки, як місце догляду за бідними хворими при монастирях та релігійних громадах. В XVII столітті в деяких європейських країнах уряди почали впроваджувати будівництво лікарень для бідних. Бідними вважалися безробітні, сироти або діти, якими не опікуються батьки, безпомічні старі люди та божевільні. Ці госпіталі звичайно називалися

притулками для хворих або перестарілих. В Англії та США всі ці категорії людей були об'єднані від початку заснування лікарень і до наших днів. Приватні або волонтаристські госпіталі США беруть початок у XVIII столітті. Вони були призначені також для бідних. Першим госпіталем в американській колонії був Пенсільванський госпіталь у Філадельфії 1751 р. В кінці XIX на початку XX століття із розвитком біологічної та медичної науки лікарні трансформуються з місць догляду за бідними у місця праці лікарів та надання всіх видів лікування для всіх класів людей. Вони стають також центрами медичної науки, навчання. В них поводяться складні види лікування, є можливість надання консультацій, скликання консилиумів. Почалася спеціалізація лікарень для різних нозологій та категорій людей. З кожним новим медичним відкриттям з'являються нові види лікарень: гематологічна, ендокринологічна, серцево-судинної хірургії тощо. Розвиток реабілітаційної служби призвів до приходу в лікарні безпомічних людей [9, с.11].

Післявоєнний період (після 45-ого року) ознаменувався найбільшим зростанням числа лікарень. Відмічається зростання числа послуг, цін та технологій. Багато сільських були збудовані за рахунок федерального фінансування. Велике значення в поширенні лікарняних послуг мало введення лікарняної страховки. В 1965 році були засновані програми MEDICARE та MEDICAID [30].

Із збільшенням загальної кількості лікарень стає менше незалежних приватних. З'явилась необхідність у створенні системи інвестиційних і неприбуткових багатолікарняних (мультигоспітальних) корпорацій. В 1986 році багатолікарняна система володіла, ліцензувала та спонсорувала 1953 лікарні і керувала 56 відсотками лікарняних контрактів, об'єднувала третину всіх лікарень. Лікарні – це великий та дорогий бізнес. В 1986 році витрати на лікарні досягли 179,6 млрд. доларів США. Це 40 відсотків витрат на охорону здоров'я, 4,4 відсотка від загального національного продукту, або 720 доларів на кожного американця. В США є два центри, що займаються статистичними розрахунками та класифікацією лікарень (АНА і NCHS). Статистичні дані

відображаються в журналах та річних звітах президента. Об'єднані лікарні складаються із: загальних короткого терміну лікування лікарень під неприбутковими, волонтаристськими, державними та інвесторними забезпеченнями. До інших госпіталів включають федеральні і нефедеральні, довгого терміну лікування. Об'єднані лікарні обслуговують 32 мільйони пацієнтів (1986 р.), середній ліжко-день 7,1, середній розмір лікарень – 172 ліжка, загальний штат 3025000 чоловік, витрати 140,6 млрд. доларів, з них 54 відсотка – на оплату праці. Малі лікарні до 50 ліжок розташовані в радіусі до однієї години їзди від жителів об'єднання. Їх налічується 1204. 311 об'єднаних лікарень мають більше 500 ліжок (це 5,5 відсотків від загальної кількості) [65, с.69].

Відрізняються лікарні за видами послуг. Наприклад, госпіталь *Nor-Lea General Hospital* в Ловінгтоні штат Нью-Мексіко налічує 28 ліжок. Послуги: амбулаторна хірургія, сприяння здоров'ю, респіраторна терапія, фізіотерапія, планування сім'ї, ультразвукова діагностика, гістопатологічне відділення, банк крові, реабілітаційна служба за межами лікарні, організація домашніх стаціонарів, відновлююча терапія, денний стаціонар, допоміжні та добровільні послуги, гериатричні послуги.

Наступний приклад. Медичний центр Нью-Йоркського Університету налічує 878 ліжок. Надає всі вищевказані послуги. Крім того містить: відділення інтенсивної терапії, операції на відкритому серці, рентген-радіаційної терапії, радіоізотопної діагностики, гемодіалізу, реабілітаційне відділення, працетерапію, психіатричну невідкладну службу, консультації та навчання, клінічну психологію, відділення невідкладної допомоги, генетичну консультацію, літотрипсію, патологію мови, акушерство, відділення інтенсивного лікування новонароджених, педіатричний стаціонар, СТ-сканування, лабораторію катетеризації серця].

Об'єднує всі ці лікарні те, що:

- а) послуги надаються лікарями і медсестрами;
- б) можливість надання допомоги у будь-який час;

- в) ієрархія та правила;
- г) зростання стандартизації надання послуг;
- д) об'єктивні принципи – лікування і піклування.

Класифікація лікарень:

1. Короткого терміну – менше 30 днів, довгого терміну – більше 30 днів.
2. Спеціалізовані – офтальмологічні, гінекологічні, загальні.
3. З навчанням – без навчання.
4. Незалежні – частина мультигоспітальної системи.
5. Державні – приватні.
6. Прибуткові – неприбуткові.

У 1986 році 358 нефедеральних лікарень належали до COTH (council of teaching hospitals of association of American Medical colleges). Їхнє завдання – освіта, наука, лікування. Розташовані учбові лікарні у великих містах. Самі вони відносяться до великих лікарень (більше 500 ліжок), працює в них в 5,9 разів більше штату, та обслуговують вони в 5,9 разів більше пацієнтів, ніж неучбові.

Мультигоспітальна система (МГС). Госпіталь є частиною МГС, якщо він має контракт або включений під керівництвом колегії, що здійснює контроль над двома або більше лікарнями. У 1986 році нараховувалось 278 МГС, що охоплювали 2514 лікарень на 429837 ліжок (44 відсотки національних лікарень).

Інвестиційно-власницька система налічує в середньому 23 лікарні та охоплює багато штатів. Неприбуткова індивідуальна система налічує 7 лікарень, охоплює 1-2 штати.

Державні лікарні. У 1986 році налічувалось 1556 загальних лікарень з 185000 ліжками. Вони поділяються на сільські та міські. Відносяться до найбільш бідніших. Сільські лікарні розташовані в районах з населенням до 50 тисяч. Розміри лікарень до 100 ліжок. 41 відсоток з них державні, 10 відсотків інвестиційна власність і 49 відсотків приватні неприбуткові. Останнім часом

вони займаються наданням довготривалої та амбулаторної допомоги, шукають шляхи до консультації.

Фактори ціноутворення:

1. Рівень забезпечення населення ліжками на 1 тисячу з урахуванням вікових груп.
2. Утилізація ліжок – кількість госпіталізацій серед населення, час перебування на ліжку та зайнятість ліжка.
3. Складність медичних послуг.

Ціни знижуються при зменшенні загальної кількості ліжок із збереженням кількості днів госпіталізації. Ціни є фіксовані, якщо не залежать від кількості госпіталізацій та варіабельні.

В Сполучених штатах існує 23 спеціалізації лікарів, за якими видаються сертифікати (аллергологія, хірургія, імунологія тощо). Лікарі мають свою штатну організацію з своїми законами і правилами, що керуються лікарняною колегією. В США нараховується велика кількість громадських організацій, комітетів лікарів та сестер.

Існують чотири організаційні моделі лікарень:

1. Традиційна: обслуговування відокремлене від медичних послуг, багато лікарів не належить до штату лікарні, а є індивідуальними практиками.
2. Дивізіональна: служби об'єднані в дивізії за фахом, які очолює головний спеціаліст. Включає допоміжні служби.
3. Незалежно-корпораційна: незалежна група лікарів працює в лікарні за контрактом (Кайзерівська модель).
4. Паралельна: лікарі працюють в лікарні частину свого часу, щоб зробити найважливішу роботу.

Адміністративна структура лікарні. Нелікувальні послуги: це фінанси, можливості та обладнання, людські ресурси і управління.

Сили, що перешкоджають змінам лікарняної допомоги:

- державний та третьої сторони тиск на річний дохід та формування цін;
- конкуренція мультилікарняної системи та лікарів;

- консерватизм деяких практикуючих лікарів;
- ціни на довготривалі технологічні спроможності;
- повільний зріст економіки;
- зміни державної філософії щодо охорони здоров'я.

Сили, що сприяють змінам лікарняної допомоги:

- новий ринок послуг за межами лікарні;
- ослаблення влади лікарів в лікарні;
- нові організаційні структури;
- збільшення влади більш бізнесово орієнтованих течій;
- старіння населення;
- зміна сподівань клієнтів на послуги.

Оплачування лікарняних послуг відбувається після надання послуг на основі ліжка-дня (ретроспективне). Виплачується пацієнтом або третьою стороною. Останні п'ять років з'явилась оплата за категоріями послуг (перспективна). Всі послуги поділені на 47 діагностичних груп. Оплата здійснюється за один випадок. Така форма оплати існує в лікарнях, що виконують програму MEDICARE.

Система охорони здоров'я Канади – державно-страхова. Госпітальне лікування доступне для всіх громадян, що потребують, охоплених госпітальною страховкою. Госпітальна страховка повинна бути:

1. Універсально доступною для всіх жителів провінцій.
2. Зручною (мобільною).
3. Гарантувати, що адекватні досягнення і розрахунки враховані.
4. Гарантувати адекватні госпітальні стандарти.
5. Мати гарантію державного управління.

Охорона здоров'я знаходиться в розпорядженні міністерств кожної провінції. В 1983-1984 роках в Канаді налічувалося 1230 лікарень із 176000 ліжок – 62 ліжка на 10000 населення. Фінансування – Національні гранти здоров'я, госпітальна страховка, Фонд Ресурсів Здоров'я.

Розміри лікарень – від 10 ліжок до багатьох сотень ліжок та об'єднань декількох лікарень. Види послуг варіюють в залежності від розміру, типу, обладнання, штату. В середньому лікарні налічують 150-200 ліжок. У найбільших метрополіях є лікарні із вісімсот та більшою кількістю ліжок. За типом лікарні є загальні, спеціалізовані (дитячі, акушерсько-гінекологічні, реабілітаційні). Проте неможливо характеризувати лікарні за якістю надання послуг.

В післявоєнні роки виникла необхідність створення госпіталів невідкладної допомоги. Це госпіталі загального типу. Задачі таких госпіталів: лікування пацієнтів (в і за межами лікарні); навчання; наукові дослідження.

Госпіталь – це неприбуткове об'єднання, керується колегією та міністерством охорони здоров'я провінції. Колегія обирається товариством, узгоджена з міністерством або відповідним товариством. Проте, все варіює в різних регіонах. Колегія має право вирішувати діяльність госпіталю, контролювати якість, кількість послуг, штат та інші рішення. Госпіталь може збільшувати свої власні фонди за рахунок інвесторів та спонсорських внесків. Але в основі госпіталю субсидуються урядом (муніципальним, федеральним, провінційним), що дає йому змогу контролювати роботу. Колегія відповідає за витрати грошей та діяльність, вирішує бюджет, призначає медичний штат та голову виконавчої ради (chief executive officer CEO). Голова (президент, адміністратор або виконавчий директор) та його адміністративний штат керують роботою госпіталю. Постійний штат відділення визначається його спеціалізацією (терапія, хірургія та інше).

Лікарі не завжди належать до штату лікарні. Деякі воліють працювати за контрактом та отримувати платню за конкретну роботу (анестезіологи, патогістологи, радіологи).

В Канаді розрізняють три види пацієнтів: невідкладні, ургентні та вибіркові. Більшість діагностичних процедур проводиться до поступлення хворого до лікарні, крім, звичайно, невідкладного та ургентного. Головним показником роботи є ліжко день. Але перебування хворих на ліжку в Канаді

все одно не таке коротке, як хотілось би. Довше, як в США. Останні роки зросла кількість реабілітаційних відділень та денних стаціонарів для лікування хронічних пацієнтів. набули поширення волонтерські групи догляду та організації допомоги різним хворим (вікторіанський орден медсестер). Вимоги ургентно-медичного обслуговування різні в сільських та міських районах. В містах існують невідкладні відділення лікарень. В селі лікування проводиться в загальних лікарнях. Люди воліють мати свого власного лікаря, тому в невідкладні відділення частіше потрапляють пацієнти з гострими отруєннями, травмами, наркомани. Із зміною платні через державні страхові структури збільшилась потреба в ургентних відділеннях.

Більшість жителів Канади проводять останні хвилини життя в лікарнях. Тому 25% вартості лікарняних послуг випадає на помираючих. Останні роки організовуються відділення для помираючих – Hospices. Хворі переводяться із загальних лікарень в хоспіси, де їм створені майже домашні умови, доступ рідних, близьких. В хоспісах збільшилися потреби в зв'язку з епідемією СНІДу. Акредитація лікарень та ліцензування лікарів знаходиться у компетенції лікарських асоціацій.

Виданий в 1957 році Hospital Insurance and Diagnostic Services Act дав провінційним міністерствам більше влади над організацією лікарняної роботи. Проте, ріст цін на медичні послуги зупинити не можливо. З 1951 до 1981 року ціни на послуги зросли майже у десять разів.

Міністерство формує колегію лікарні і здійснює:

1. Контроль над фондами лікарень: комісія в міністерстві здоров'я розподіляє кошти до індивідуальних лікарень. Головна стратегія – контроль над витратами, який здійснюється колегією директорів.

2. Контроль над вартістю праці: контракти з позаштатними службами (готельна служба – контракт з якою вигідніший, ніж тримати свій штат).

3. Контроль та управління матеріальними цінностями. Великий тиск здійснюється на лікарні у питаннях витрат на готельні послуги та інші. Найтяжче вирішується проблема оплати праці окремих приватних лікарів,

вартості та необхідності застосування обладнання, а також тих чи інших способів лікування.

4. Контроль над застосуванням прилеглих територій. Для збільшення прибутку ввели збільшену платню за автостоянки, обіди для відвідувачів, магазини тощо.

5. Контроль над медичними послугами. Із розділення медичних послуг на невідкладні, ургентні та вибіркові стало можливим контролювати їх застосування. Більшість обстежень планових хворих проводяться за межами лікарні, в лікарських офісах. Лікарські процедури діляться на малі, що проводяться в лікарських офісах та денних стаціонарах лікарень, та великі, що вимагають госпіталізації. Проте, не зважаючи на тиск уряду, ліжко-день залишається великий. Немає постійної моделі штату лікарні, вони різні в різних провінціях і лікарнях.

В останні роки виникла необхідність в наявності професійно вивченого керівного складу лікарень, який має займатися не пасивним адмініструванням, а активним плануванням роботи і розподілом бюджету. Адміністратор сьогодні повинен бути політиком зі своїм локальним комітетом та урядом. Якщо раніше менеджером ставав досвідчений лікар, то тепер менеджерів набирають зі складу молодих лікарів, що мають здібності до керування.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СТАНУ ТРАНСФОРМАЦІЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

2.1. Характеристика етапів реформування системи охорони здоров'я України

Перший етап реформи СОЗ України передбачає зміни в першу чергу в первинній ланці надання послуг. Запуск реформи у цій ланці, котра відповідає за профілактику та ранню діагностику захворювань, має бути покликаний вберегти громадян від «запущених», тобто пізно діагностованих, випадків.

Завдяки тому, що первинна ланка при запровадженні реформ запрацює краще, поширенню інформації стосовно захворювань та небезпечних для населення тенденцій, ми зможемо більш ефективно провадити гарантовано-превентивні заходи попередження багатьох масових захворювань.

Другий етап реформи СОЗ України передбачає зміну принципів фінансування вторинної та третинної ланок медичної допомоги з поступовим переходом на закупівлю державою певних послуг у відповідних медичних закладів. На цьому етапі лікарні отримують кошти за конкретні медичні послуги, надані конкретному пацієнту (Гроші «ходять» за пацієнтом). Ефективні лікарні, котрі обиратимуть пацієнти, зможуть збільшити своє «самофінансування» за новою, на наш погляд, ефективною системою. Слід звернути увагу на те, що найважливішим елементом покращення якості надання медичних послуг, а також їх доступності є збільшення заробітної плати медичних працівників. Фінансова складова тут відіграє важливу роль.

Відповідно до даних Міністерства охорони здоров'я України [11]:

- Громадяни України живуть на 12 років менше ніж громадяни ЄС – середня очікувана тривалість життя при народженні в Україні – 71 рік, у той же час у країнах ЄС – 82 роки.

- Приблизно 50% пацієнтів в Україні отримують первинну інвалідність після перенесеного інсульту, близько 12% померлих від інсульту – це особи працездатного віку.
- Україна займає перше місце в ЄС з поширення катастрофічних витрат, що пов'язані із здоров'ям пацієнтів і які призводять до «збіднення» їх родин.
- Витрати на фармацевтичні та інші медичні товари, що здійснюють пацієнти в Україні, складають 93-97% від загальних витрат.
- Приблизно 37,7% госпіталізації пацієнтів в Україні здійснюється без відповідних фахових показань.
- Показники вакцинації дітей в Україні є одними з найгірших у світі. Наприклад, рівень вакцинації від поліомієліту у 2019-2020рр. складав лише 63-69 % відповідно.

Ще одним важливою складовою реформи є те, що лікарні отримали автономію. На сьогоднішній день вони вже стали комунальними підприємствами. Тобто, переважна більшість медичних закладів отримали право самостійно займатися як управлінням, так і розподілом коштів.

Позитивним фактором реформування є те, що медична реформа відкрила широкі можливості для медичних закладів в напрямку конкурентної боротьби за потенційного пацієнта. Проте, також виникає загроза, що не всі медичні заклади зможуть функціонувати без залучення додаткових коштів з місцевих бюджетів. Також вони не можуть надавати послуги з відповідною якістю для кожного пацієнта. Тож постає запитання щодо ефективної інтеграції діяльності КНП сусідніх територіальних громад з метою оптимізації використання наявних в них обмежених матеріально-фінансових ресурсів для подальшого покращення охорони здоров'я мешканців територіальної громади в межах одного регіону на засадах співпраці, співвласності та співфінансування.

Поряд із доступом до основних потреб, таких як житло і їжа, найголовнішим показником добробуту громади є якість здоров'я громадян. Протягом багатьох років Україна, на жаль, мала неефективну систему охорони

здоров'я, яка була непридатною для надання доступної, якісної допомоги населенню та вирішення проблем охорони здоров'я, таких як запобігання поширенню ВІЛ-інфекції, гепатиту та туберкульозу. Не секрет, що причинами відтоку населення з сільських та селищних громад, а також віддалених громад (переважно в Прикарпатському та Карпатському регіонах нашої країни) є відсутність надання якісних медичних послуг, в тому числі й у сфері охорони здоров'я. Виникла така ситуація із-за нестачі «робочих рук» та робочих місць.

Майбутня інтегрована система охорони здоров'я в Україні має базуватися на трьох основних принципах, які є засадничими й такими, що мають застосовуватися в усіх кластерах охорони здоров'я. Вони мають бути відображені на кожному наступному етапі медичної реформи в Україні, а саме [11]:

1. Орієнтованість на людей, яка означає, що:

- система охорони здоров'я в нашій державі насамперед має дослухатися до потреб пацієнтів;

- безпека послуг, їх якість та здатність адаптуватися до вимог і викликів сьогодення, котрі постійно змінюються – головні засади системи охорони здоров'я, що будуть найближчим часом сформовані у результаті реформ;

- сучасна інтегрована модель реформованої системи охорони здоров'я складається з соціальних інституцій, робота яких, в свою чергу, залежить від стосунків між різними учасниками цієї системи, включаючи менеджерів/управлінців, постачальників і споживачів послуг і т. п. Процвітання такої системи може бути досягнуте виключно шляхом формування високої довіри, прямого та відкритого діалогу, а також взаємоповаги між цими учасниками. Ефективність роботи, в свою чергу, залежатиме від якості таких стосунків.

2. Орієнтованість на результат, яка означає, що:

- результативність медичної допомоги та/або профілактичних програм, а також фінансова захищеність пацієнтів, ефективність використання власних коштів, урахування побажань пацієнтів повинні обумовлювати прийняття управлінських рішень на всіх ієрархічних рівнях;

- реформована система повинна формувати таку атмосферу, де виконання будь-якої роботи (діяльності) систематично оцінюється за результатами такої та є підставою для покращення роботи загалом;

- реформи, що в свою чергу передбачають залучення приватних надавачів медичних послуг повинні бути задіяні чи пропонуватися тільки у тому випадку, якщо вони дійсно зменшать витрати на надання медичних послуг тієї ж якості чи призведуть до кращих результатів в роботі. Саме з огляду на це, формування бази даних (БД) із інформацією про якість надання медичних послуг – має бути пріоритетом. Такої БД в сфері охорони здоров'я на сьогодні бракує в Україні, що зменшує конкурентоздатність медичних установ.

3. Орієнтованість на втілення. Важливими етапами є проведення підготовчої роботи, втілення ідеї в життя та здійснення ретельного моніторингу, який чітко відобразить відповідальних осіб, а також часові межі та механізми підзвітності. Нові фінансові моделі (моделі фінансування послуг) сучасної інтегрованої системи охорони здоров'я в Україні мають бути більш ефективними, зменшувати будь-які фінансові ризики, що пов'язані з погіршенням здоров'я пацієнта та відкривати доступ до надання відповідних медичних послуг.

Запровадження довгоочікуваних реформ в Україні в сфері охорони здоров'я було започатковано Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» у 2017 році.

Після ухвалення ряду нормативних актів розпочався процес реформування в медицині. Першим кроком у цьому напрямку стали зміни в організації роботи та фінансуванні самої системи надання послуг первинної медичної допомоги (ПМД). Це, в свою чергу, дало старт залученню органів місцевого самоврядування об'єднаних територіальних громад (ОТГ). Вважалось, що саме вони відіграватимуть важливу роль в успішному запровадженні медичної реформи як власники (чи співвласники) закладів ПМД, що розташовані на їх території.

Згідно з цим законом, бюджетні медичні установи реорганізуються. На їх місці утворюються комунальні некомерційні підприємства. Засновниками таких некомерційних підприємств є органи місцевого самоврядування, серед яких важливу роль відіграють ОТГ.

Відповідальність за саму організацію надання якісної медичної допомоги своїм мешканцям покладено виключно на органи місцевого самоврядування громад.

Управління системою охорони здоров'я (СОЗ) в Україні провадиться в залежності від розвитку основної законодавчої бази в нашій державі та бази підзаконних та нормативних актів, кожен з яких має опосередкований (прямий) або неопосередкований (непрямий) вплив на ту чи іншу територіальну громаду [12].

Масштабна реформа системи охорони здоров'я (СОЗ) України в першу чергу спрямована на покращення результатів роботи сфери охорони здоров'я в Україні та забезпечення більш ефективного використання фінансових ресурсів на усіх рівнях її управління. Таким чином, можна сказати, що реформа системи охорони здоров'я – це комплекс відповідних заходів, що повинен охоплювати усі рівні медичної допомоги. Реформа розпочалася із запровадження основних алгоритмів і механізмів у ПМД, оскільки саме цей рівень було визнано в МОЗ життєво важливим.

На відміну від вторинної медичної допомоги, яка здебільшого пов'язана з лікуванням, ПМД фокусується на забезпеченні добробуту населення. В першу чергу вона має на меті допомогти людям уникнути захворювань. Крім того – зберегти якість життя.

Необхідно підкреслити, що на відміну від спеціалізованої допомоги – послуги ПМД передбачають перш за все популяризацію здорового способу життя в територіальній громаді, запобігання найтяжчим захворюванням, а також здійснення післяопераційної реабілітації.

Отже, ПМД має на меті залучення кожного громадянина до процесу охорони здоров'я. Таке партнерство сприяє позитивним змінам в особистому та громадському житті громадян.

Встановлено, що комунальні медичні заклади можуть створюватися та функціонувати як «комунальні бюджетні установи» або «комунальні некомерційні підприємства». Юридично та організаційно таке підприємство має більш високий рівень автономії, ніж стара «дореформівська» установа. Воно може самостійно вирішувати більшість економічних питань (у межах компетенції та повноважень, що закріплені в положенні, статуті підприємства). Новостворене підприємство використовує більш гнучкіші фінансові плани (порівняно з кошторисами витрат, що й надалі використовуються бюджетними установами). У своїй діяльності таке підприємство має право відкривати власні банківські рахунки, що є не менш важливим чинником при самоменеджменті.

Процес «автономії» не призводить до зміни форми власності медичного закладу. Такий підхід лише змінює його організаційно-правову форму.

Отже, всупереч популярному міфу, таке реформування в закладах охорони здоров'я не є своєрідною формою їх приватизації. Втім можливість підписання угод, меморандумів, договорів та інших документів про співпрацю із НСЗУ щодо надання медичних послуг КНП СОЗ територіальної громади не обмежується лише комунальними закладами. Такий механізм стає доступним для приватних надавачів медичних послуг задля збільшення справедливої конкуренції в цьому секторі, а також надання змоги пацієнтам самим вибирати з більшої кількості запропонованих системою ОЗ лікарів (оскільки така діяльність є ліцензованою).

Стаття 16 ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» говорить, що заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) можуть створюватися та функціонувати як державні, приватні, комунальні чи засновані на змішаній формі власності. Іншими словами, процедура МОЗ України визначає надавача послуг КНП СОЗ територіальних громад як медичний заклад будь-якої форми

власності. В свою чергу, це дає змогу всім суб'єктам господарювання (приватним, комунальним, фізичним особам-підприємцям) в рівних умовах отримувати справедливе державне фінансування через НСЗУ для надання відповідних медичних послуг населенню.

Вибір лікаря громадянами України закладає підвалини для переходу до нового механізму фінансування. Цей механізм обумовлений попитом та відмовою від старої системи, що обумовлена пропозиціями старої системи, при якій субвенції з державного бюджету передавалися відповідним медичним закладам на підставі передбачуваного рівня споживання медичних послуг (таких як: кількість лікарів, ліжок, необхідних для населення).

Застосування принципу «гроші ходять за пацієнтом» означає, що за кожен підписану декларацію (за якою пацієнт обирає собі лікаря), заклад ОЗ отримує фіксовану суму коштів (так звану капітаційну ставку). Тобто, плату за одного окремо взятого пацієнта лікар отримує, як фіксовану суму, розмір якої залежить від віку пацієнта. Іншими словами, для закладу ОЗ це свого роду авансове зобов'язання, яке дає йому певну змогу системно планувати свої доходи і витрати відповідно до рівня охоплення його медичними послугами для населення громади.

Отже, для громадянина використання такого принципу – це гарантія того, що він (вона) гарантовано отримає безкоштовне медичне обслуговування в межах визначеного законодавством гарантованого пакету медичних послуг. Таку нову систему в Україні запроваджено з липня 2018 року. На даний час так звані капітаційні кошти отримують більшість закладів КНП СОЗ територіальних громад.

Очікується, що саме такий принцип заохочуватиме лікарів в Україні надавати якісну медичну допомогу із забезпеченням можливості гідно конкурувати за вибір громадян. Поважаючи цей вибір. І навпаки, у разі неякісного надання медичних послуг сам пацієнт має змогу (на основі публічної інформації) обрати собі нового лікаря.

Для запровадження в життя принципу «гроші ходять за пацієнтом» Кабінет Міністрів України (КМУ) створив відповідну структуру, яку назвав – Національна служба здоров'я України (НСЗУ). Дана структура ніщо інше, як центральний орган виконавчої влади, утворений з метою реалізації національної політики у сфері державних фінансових гарантій щодо надання медичної допомоги населенню.

Національна служба здоров'я України виконує функції єдиного державного платника (закупівельника) медичних послуг та лікарських засобів в нашій країні. Крім того, дана структура укладає договори з медичними закладами для надання необхідних на даний час медичних послуг за програмою державних медичних гарантій. У такий спосіб нею визначається обсяг медичних послуг і лікарських засобів, які підлягають фінансуванню з державного бюджету.

Перелік медичних послуг і лікарських засобів, а також їхня договірна вартість затверджується державним бюджетом України щорічно. Сам обсяг програми медичних гарантій на рівні ПМД окреслено в «Порядку надання первинної медико-санітарної допомоги», затвердженому наказом МОЗ від 19 березня 2018р. № 504.

З 1 квітня 2019р. субвенції на ПМД більше не спрямовуються органам місцевого самоврядування. Такий стан справ пов'язаний з тим, що КНП СОЗ територіальних громад отримують відшкодування за надані медичні послуги безпосередньо саме від НСЗУ (відповідно до кількості укладених декларацій з пацієнтами).

В умовах реформування комунальні заклади охорони здоров'я повинні самостійно укладати договори з НСЗУ про медичне обслуговування населення (за програмою медичних гарантій). До запровадження медичної реформи в сфері охорони здоров'я всі медичні заклади функціонували в статусі бюджетних установ (тобто були розпорядниками бюджетних коштів). Практика показала, що саме така організаційно-правова форма господарювання не давала їм змоги укладати договори про надання

відповідних медичних послуг (як потенційним отримувачам бюджетних коштів). Відповідно до цього усі без винятку медичні заклади пройшли процес так званої автономізації. Дана процедура передбачає реорганізацію комунальної бюджетної медичної установи в комунальне некомерційне підприємство (КНП).

Після відповідної зміни організаційно-правової форми ЗОЗ має можливість укласти прямий договір з НСЗУ та отримувати відповідні кошти за надані послуги в формі капітаційних виплат, які залежать відповідно від кількості задекларованих пацієнтів.

Такий запропонований механізм взаємовідносин дає змогу підвищити фінансову незалежність новостворених медичних установ (КНП), їх управлінську та адміністративну гнучкість, а також забезпечити доцільніше й ефективніше використання активів, мотивувати таке КНП до підвищення якості надання медичних послуг.

Відповідно до чинного законодавства України фінансування КНП СОЗ ТГ, засновниками яких є органи місцевого самоврядування ТГ, може здійснюватися з використанням чотирьох потенційних джерел, а саме:

- Капітаційні виплати: грошові кошти, які перш за все призначені для надання стандартного гарантованого пакету медичних послуг (за програмою державних медичних гарантій). Грошові кошти сплачуватимуться на розрахунковий рахунок новостворених КНП СОЗ територіальної громади відповідно до положень укладеного договору (між КНП і НСЗУ).

- Цільові програми на загальнодержавному та регіональному рівнях: КНП СОЗ територіальної громади можуть скористатися відповідними цільовими програмами фінансування, які створюються на національному (загальнодержавному) або регіональному рівні.

- Програми, що фінансуються з місцевого бюджету (ТГ). Такі програми охоплюють два види витрат: 1) інвестиції територіальних громад у приміщення, технологічно нове обладнання та програмне забезпечення відповідно до компетенції власника КНП СОЗ ТГ; 2) спеціальні програми

(наприклад, програми, що пов'язані з конкретними медичними кампаніями: вакцинація, профілактика грипу в зимовий період, інформаційні кампанії в ЗМІ, виплата премій лікарям за показниками вакцинації тощо). У всіх вище перелічених випадках цільове програмне фінансування може бути пов'язано з досягненням цілей (мети).

- Благодійна допомога та різного роду внески донорів. КНП можуть отримувати додаткове фінансування. Зокрема, від підприємств, які розташовані на території територіальної громади з метою покращення якості надання медичних послуг та як результат – здоров'я місцевої робочої сили та населення громади загалом.

Крім того, ЗОЗ можуть подавати відповідні заявки на отримання технічної чи фінансової допомоги від різних міжнародних програм і проєктів.

Основні повноваження органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я закріплені у статті 32 ЗУ «Про місцеве самоврядування в Україні», зокрема можна відмітити наступні:

- власні (самоврядні) повноваження: управління ЗОЗ, організація їх фінансового та матеріально-технічного забезпечення;
- делеговані повноваження:
 - забезпечення в межах наданих їм повноважень доступності і безоплатності медичного обслуговування (на обумовленій, відповідній території);
 - забезпечення (відповідно до чинного законодавства) розвитку всіх видів медичного обслуговування, а також розвитку та вдосконалення мережі лікувальних закладів (усіх форм власності), визначення потреби в них та формування замовлень на кваліфіковані кадри для цих медичних закладів, укладання відповідних договорів на підготовку висококваліфікованих спеціалістів, організацію роботи по удосконаленню кваліфікації медперсоналу;

- забезпечення (відповідно до чинного законодавства) пільгових категорій населення України лікарськими засобами та виробами медичного призначення;
- внесення конструктивних пропозицій до відповідних органів щодо ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності в сфері охорони здоров'я.

Загалом національна законодавча база закладає основу для того, щоб в майбутньому влада ТГ змогла відповідним чином скористатися можливостями та успішно подолати перешкоди на шляху до необхідного забезпечення надання якісних медичних послуг мешканцям своєї ОТГ. Відповідно до чинного законодавства України, після створення територіальних громад органи місцевого самоврядування набувають конкретних, реальних повноважень з управлінням охороною здоров'я на території громади.

Перед такими новоствореними ТГ стоять наступні завдання:

- оптимізація структури, управління мережею КНП СОЗ ТГ, її розвиток з метою забезпечення доступності для населення новостворених структур;
- забезпечення власними коштами для фінансування витрат пов'язаних із утриманням приміщень, придбанням високотехнологічного обладнання та програмного забезпечення, запровадження цільових програм, що спрямовані на отримання громадою тих чи інших медичних послуг. Наприклад, щеплення (вакцинація);
- забезпечення достатньої кількості медичного персоналу для задоволення потреб пацієнтів у медпослугах;
- оплата різного виду комунальних послуг, що споживаються відповідними медичними закладами;
- роз'яснення суті медичної реформи для сприйняття її як самими медичними працівниками, так і громадськістю загалом.

Вище перелічені завдання складно виконати у сільських, гірських і віддалених від адміністративних центрів громадах. У цьому контексті нами

виділено основні перешкоди на шляху виконання місцевою владою завдань, серед них:

- модернізація інфраструктури КНП та забезпечення КНП СОЗ територіальної громади відповідним високотехнологічним обладнанням, а також створення відповідних умов для роботи з електронною СОЗ;
- залучення кваліфікованих лікарів та їх мотивація щодо роботи у сільських та віддалених (гірських) районах;
- модернізація застарілих і неефективних структур КНП СОЗ ТГ;
- розробка стратегічного плану розвитку охорони здоров'я територіальної громади, яка завчасно скоординована та узгоджена із стратегією КНП СОЗ.

2.2. Оцінка механізмів оптимізації та управління мережею комунальних закладів охорони здоров'я

Реформа децентралізації сприяє якісному покращенню життєвого середовища для мешканців громад, створенню реальних умов для всебічного розвитку територій та людських ресурсів, формування засад дієвого місцевого самоврядування. Головна ідея децентралізації – максимальне делегування повноважень на місця.

Отже, фінансування приблизно однакове у всіх, проте можливості оплати надзвичайно різняться. На перший план виходить фінансова ефективність. Вона заключається в тому, щоб ефективно використовувати коштів, які надійшли на розрахунковий рахунок медичного закладу. Не останню роль в цьому процесі відіграє добросовісність керівників закладів ПМД.

Для чіткого усвідомлення фінансової ефективності будь-якого закладу охорони здоров'я, варто поррахувати, який саме відсоток від коштів, що надійшли, складає фонд оплати праці. Ми знаємо, що всі кошти на оплату праці медпрацівників включають нарахування ЄСВ у розмірі 22%. На практиці

найчастіше доводиться зустрічатись з іншим співвідношенням – 80 / 20% чи 90 / 10%. Із зростанням відсотків зарплатної частини відповідно зменшуються можливості розвитку закладів охорони здоров'я та збільшується навантаження на місцевий бюджет, який змушений у такому випадку постійно вкладати кошти у розвиток медичних установ. Тому наведені вище цифри є актуальними переш за все для керівників органів місцевого самоврядування.

Відзначимо ще один факт – для працівників медичної сфери неважливо, яким саме є співвідношення фонду оплати праці до інших витрат на їхньому підприємстві. Їм, перш за все, потрібна достойна заробітна плата, яка не залежить від того, це співвідношення коливається в межах 70/30 % чи 90/10%. Постає резонне запитання: чому при відносно однорідних фондах оплати праці (вони можуть коливатись в межах 70-100% від загальних надходжень) – середня заробітна плата медичних працівників по Україні становить у різних закладах від 7 тис. грн. до 27 тис. грн.? Різниця – відчутна!!!

Для цього доречно запровадити ще один коефіцієнт, який враховував би співвідношення лікарських посад до посад іншого медперсоналу. Чому саме лікарських? Тому що саме лікарі – це ті працівники, що приносять левову частку доходу для свого підприємства. Пацієнти укладають декларації з вибору кваліфікованого лікаря, тому на нашу думку запровадження такого коефіцієнта буде доречним.

Співвідношення кваліфікованих лікарів до всіх інших посад в різних медичних закладах України складає 1 до 8 чи 10 до 12. Тобто на одну лікарську посаду припадає 12 інших працівників закладу охорони здоров'я, яких змушений забезпечити фінансово цей лікар.

Чи однаковою буде фінансова можливість забезпечити заробітну плату працівникам у першому та останньому випадках? Очевидно, що ні! Заробітна плата буде суттєво відрізнятись (як мінімум у шість-сім разів).

Кваліфіковані лікарі, розуміючи суть даної проблеми на своєму підприємстві та неефективність мережі ПМД, а також необґрунтованої та непотрібної кількості медичного та немедичного персоналу, фельдшерсько-

акушерських пунктів (ФАП) і т. п., не завжди ініціюють звернення до свого керівника закладу ОЗ, керівників органів місцевого самоврядування з відповідним проханням щодо проведення оптимізації. В переважній більшості (при зверненнях) вони чують відмови, адже мало хто візьме на себе відповідальність і сміливість приймати такі непопулярні рішення в галузі. Однак, є й позитивні моменти – нині територіальні громади мають приймати такі управлінські рішення (виходячи з наявних можливостей), ресурсів і потреб, щоб задовольнити потребу лікарів.

Поширеною є практика, коли ставки прибиральниць у малих структурних підрозділах КНП були виведені з штату, а обов'язки з прибирання кабінетів взяв на себе середній медичний персонал з умовою додаткового преміювання за виконану роботу. Інший приклад: виведення посад охоронців (при встановленні охоронної системи), дворників, кочегарів (при встановленні газового котла), водіїв (при умові, що медичні працівники мають право їздити на власному чи службовому автомобілі) та ін. Така ситуація породжує нові проблеми в колективі. Доречно також констатувати й той факт, що фінансування завжди буде недостатнім для будь-якого працівника, оскільки з кожною наступною додатковою гривнею – зростатимуть і їх потреби. Питання в тому – як використовувати ефективно власні кошти підприємства.

Керівникам місцевого самоврядування необхідно буде в майбутньому інвестувати в інфраструктуру, обладнання КНП СОЗ, оскільки кошти, що надає НСЗУ, будуть покривати лише операційні витрати, а не капітальні.

Крім того, керівники місцевих органів влади (ТГ) також несуть персональну відповідальність за створення належних умов у «своїх» КНП, які необхідні для їх подальшого підключення до електронної СОЗ в Україні.

Після створення КНП СОЗ територіальної громади, її автономії, на даний час функціонують як комунальні некомерційні підприємства СОЗ населення певної територіальної громади (КНП СОЗ ТГ), які мають відповідну ліцензію для здійснення медичної практики, а також мають право укласти договори з НСЗУ та отримувати капітаційні виплати.

КНП СОЗ ТГ перебувають в комунальній власності певної територіальної громади. Таким чином, здійснення права власності та нагляд за діяльністю таких КНП СОЗ ТГ з боку керівників ТГ – це важливий компонент процесу ефективного управління ними.

Згідно до пункту 5 статті 3 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» – органи місцевого самоврядування мають право фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я (в межах своєї компетенції), а саме:

- медичне обслуговування місцевих громад;
- медичне обслуговування місцевих програм громадського здоров'я, а також інші програми;
- підвищення зарплати для медичних працівників (так звана програма «місцеві стимули»);
- оновлення існуючої матеріально-технічної бази (в т. ч. її модернізації, відновлення чи реконструкції).

Переважна більшість керівників ТГ висловили занепокоєння з приводу часткової втрати контролю за медичними закладами. Проте, ми виокремили чотири чинники, які дозволяють керівництву ТГ ефективно контролювати КНП, які вони заснували:

- 1) підписання контрактів із керівниками КНП СОЗ ТГ;
- 2) затвердження та моніторинг фінансових планів КНП;
- 3) створення опікунських рад;
- 4) прив'язка програмно-цільового фінансування до чітко визначеної мети (цілей) та умов.

Директори комунальних ЗОЗ призначаються їхніми засновниками – органами місцевого самоврядування. Згідно із статтею 16 Закону № 2801 -XII передбачено, що керівники комунальних і державних ЗОЗ призначаються на займану посаду уповноваженим виконавчим органом управління на конкурсній основі. Здійснюється це шляхом укладання з ними контракту на

період від трьох до п'яти років. Дана вимога Закону (про проведення конкурсу) не поширюється на приватних надавачів медичних послуг.

Укладений контракт може містити, зокрема, критерії оцінки роботи головного лікаря, на підставі яких контракт із керівником може бути розірвано.

Фінансовий план автономного КНП СОЗ ТГ затверджується рішенням виконавчого комітету відповідної місцевої ради. Під час формування Порядку складання, затвердження та контролю за виконанням фінансового плану комунальних підприємств варто відобразити у документі чіткі терміни його подання на розгляд та затвердження, які є максимально наближеними до бюджетного процесу. Кінцевий термін має бути встановлений не пізніше 1 вересня поточного року.

Будь-які зміни в межах процесу фінансового планування можуть вноситися на розгляд не більш, як три рази (після офіційного затвердження плану). Один раз вони можуть вноситися до фінансового плану на наступний рік і двічі – на поточний рік. В окремих випадках ухвалений план може передбачати й інші терміни внесення змін до нього (наприклад, поквартально чи на підставі рішення виконавчого комітету місцевої ради).

Фінансовий план повинен розроблятися керівництвом КНП на календарний рік з розподілом його на квартали. У фінансовому плані повинні відображатися як доходи підприємства, так і витрати медичного закладу, включаючи наступні статті витрат:

- заробітна плата працівників;
- комунальні послуги та електроенергія;
- обслуговування обладнання;
- технічне обслуговування транспортних засобів КНП;
- поточний ремонт приміщень.

Перераховані вище витрати покриваються за рахунок загальних доходів. Щодо КНП СОЗ ТГ органи місцевого самоврядування, у тому числі ТГ, несуть подвійні фінансові зобов'язання:

- прийняття фінансового плану і контроль його виконання;
- створення умов, необхідних для забезпечення ефективної роботи КНП (баланс між доходами та витратами), що є запорукою досягнення фінансової стабільності КНП.

Планування та формування фінансових доходів є відносно новим поняттям для керівників КНП СОЗ ТГ. Щоб спрогнозувати потенційні доходи та видатки, керівник КНП має розробити стратегічний план його розвитку із визначенням його майбутнього статусу, векторів розвитку, джерел фінансування. Така робота повинна здійснюватися у рамках процесу розробки стратегічного плану ТГ для сектора охорони здоров'я із залученням керівників і посадових осіб ТГ, керівництва та персоналу КНП СОЗ ТГ, а також місцевої спільноти, що відповідає стратегічним пріоритетам ТГ.

Розглянемо створення опікунської ради медичного комунального закладу. Опікунська рада може створюватися в КНП як громадський консультативно-дорадчий орган. Вона має сприяти ефективній діяльності ЗОЗ, а також допомагати поліпшувати його матеріально-технічну базу, сприяти покращенню якості та доступності медичних послуг населенню.

До складу опікунської ради КНП можуть входити (за їх згодою) представники суспільства, громадських організацій, органів місцевого самоврядування, благодійних фондів, релігійних організацій, засобів масової інформації та ін. Завданнями опікунської ради КНП є сприяння ефективній діяльності ЗОЗ шляхом внесення пропозицій з удосконалення його діяльності, а також залучення на цільові потреби КНП коштів у вигляді благодійної допомоги та інших ресурсів. Крім того, опікунська рада здійснює громадський нагляд за використанням таких коштів (що надійшли у вигляді благодійної допомоги чи з інших джерел).

Рішення про утворення опікунської ради КНП і Положення про неї затверджуються відповідним наказом керівника.

КНП – це інструмент влади ТГ. За допомогою даного інструменту керівники ТГ вирішують стратегічні питання, що пов'язані із охороною

здоров'я громади, всебічною підтримкою активної та продуктивної робочої сили на користь економіки регіону, забезпечення повноцінної участі громади у житті суспільства.

Здоров'я мешканців ТГ може й повинно стати об'єктом уваги з боку державних і місцевих органів влади.

Ключовим питанням для керівників ТГ є питання власного бажання справедливого розподілення ресурсів на основі реальних потреб і рівня добробуту своїх громадян, а також у необхідності зробити СОЗ населення своєї ТГ пріоритетом у своїх стратегічних планах.

Зазначимо той факт, що кадрове забезпечення – це один з найголовніших чинників успіху будь-якого закладу охорони здоров'я. Незважаючи на наявність найсучаснішого обладнання, комп'ютерної техніки та приміщення. Кількість медичних працівників, їх роль і кваліфікація визначають якість медичних послуг та доступність їх надання мешканцям ТГ. Деякі медичні установи не завжди можуть самостійно вирішувати такі кадрові питання. Тому, на нашу думку, управління трудовими ресурсами опікуються в т. ч. й органи місцевого самоврядування.

Реформи СОЗ, останнім часом, обросли великою кількістю міфів. Серед них, поширеним є міф про те, що дані реформи призводять в кінцевому результаті до втрати робочих місць. Моделювання показали, що керівники, замість скорочення працівників виступають за оптимізацію організації праці та ефективний розподіл завдань і делегування повноважень. Після автономізації КНП СОЗ ТГ керівники отримали хорошу можливість результативно управляти кадрами для підвищення ефективності роботи свого медичного закладу. Так, наприклад, медсестри зможуть більш активно залучатися до надання медичних послуг «на дому», замість незрозумілого виконання секретарських обов'язків в кабінеті сімейного лікаря. Іншим прикладом зміни ролей медпрацівників є пропагування здорового способу життя серед місцевого населення для вмотивованості та стимулювання активної профілактики замість лікування.

Однак іноді постає необхідність в скороченні робочих місць. Якщо такий крок на початку був викликаний оптимізацією мережі, то необхідно насамперед спробувати знайти будь-яку іншу вакансію для такого працівника в межах відповідного КНП СОЗ ТГ. Якщо ж така вакансія – відсутня, то керівництво КНП зможе розглянути можливість працевлаштування такого працівника за межами даного медичного закладу. Як виняток можна порекомендувати йому (їй) перекваліфікуватися.

Згідно із статтею 5, розділу 5 Закону № 2206-VIII, органи місцевого самоврядування (в т. ч. ТГ), зобов'язані:

- вирішувати нагальні питання надання житла, транспортних засобів, забезпечення хороших умов праці, надання послуг стаціонарного та мобільного телефонного зв'язку, сучасної комп'ютерної техніки та відповідного програмного забезпечення, наявності сучасної професійної літератури для медичних працівників;
- забезпечити розвиток і оптимізацію мережі ЗОЗ з врахуванням потреб населення та географічного покриття;
- запроваджувати періодично додаткову мотивацію для залучення висококваліфікованих медичних працівників (за допомогою комплексу стимулів: покриття витрат на стажування, надання комфортного житла, засобів зв'язку, транспортних засобів, професійну підготовку тощо);
- сприяти забезпеченню безперешкодного доступу до мережі Інтернет для медичних закладів, що розташовані у сільській місцевості та їх працівників;
- визначити нагальні потреби громадян у медичних фахівцях, періодично готувати замовлення на навчання та перекваліфікацію необхідних для громади кадрів;
- укласти угоди, договори, контракти на підготовку медичного персоналу, виходячи з нагальних потреб ТГ.

Проблеми фінансування та кадрового забезпечення набувають гострої форми в сільській місцевості. Обумовлено такий стан справ малою густотою

населення, недостатнім рівнем доступності до населеного пункту та обмеженою інфраструктурою.

Таким чином, зважаючи на відсутність дієвих механізмів прямого фінансування діяльності ФАПів за кошти НСЗУ, слід враховувати наступні чинники для оцінки їх економічної ефективності:

- готовність місцевого населення до укладання декларацій;
- готовність керівників ТГ утримувати приміщення ФАПу та транспортного засобу лікаря;
- наявність альтернативних медичних закладів поряд з ТГ.

Чи є реальною можливість забезпечити доступні медичні послуги у віддалених, важкодоступних населених пунктах із критично низькою кількістю населення для ефективного забезпечення функціонування практики сімейного лікаря (менше 750 осіб)? Якщо 350–400 пацієнтів (переважно похилого віку) у сільській місцевості підписують декларації з одним і тим самим сімейним лікарем, то обсяг капітаційних виплат має бути достатнім для безпосереднього найму медсестри або фельдшера на основне місце праці для роботи у ФАПі. Таке вирішення питання дозволило б сімейному лікарю, який має власну медичну практику, покрити заробітну плату медсестри та вартість палива для поїздок до ФАПу, а також забезпечити регулярне відвідування відповідного медичного пункту для виконання функцій лікаря за затвердженим графіком.

В переважній більшості молоді лікарі, які приєднуються до ТГ (при умові проживання у ній великої кількості громадян), готові періодично здійснювати виїзний прийом для надання відповідних медичних послуг громаді. В іншому випадку – ТГ має бути готовою утримувати ФАП (при умові, що він є фінансово життєздатним). В цьому випадку керівництво ТГ може придбати транспортний засіб для лікаря.

Як альтернативний варіант, медичні послуги можна покласти на медичні заклади, що є в наявності поблизу. Так, якщо в сусідньому селі або ТГ функціонує такий медичний заклад, то керівництво ТГ може, за взаємною

згодою з мешканцями громади, організувати регулярні перевезення для здійснення візиту до лікаря. Такий підхід буде економічно ефективнішим, ніж утримувати власний заклад. Таким чином, мешканці громади, в кінцевому результаті, підпишуть декларації з лікарем сусіднього медичного закладу, а керівництво ТГ може виділяти у вказані терміни такому закладу кошти (у вигляді міжбюджетного трансферту).

Інше питання яке ми досліджували – що робити з фельдшерами / медсестрами у випадку закриття ФАПу? В ході дослідження ми дійшли висновку, що при необхідності закриття фельдшерсько-акушерського пункту, для фельдшерів / медсестер є два сценарії розвитку подій:

1) оптимізація мережі. Даний сценарій – стратегічний.

Рішення про закриття (припинення діяльності) фельдшерсько-акушерського пункту може бути відкладено (за необхідності) на 1-2 роки, якщо за цей час медсестра пенсійного віку, яка працює і проживає в даній громаді – вийде на пенсію. За кордоном існує практика, коли після виходу на пенсію зазначені вище працівники працюють на громадських засадах як «громадські помічники лікаря», які підтримують постійний зв'язок із мешканцями громади та координують таку діяльність у ній.

2) медичний заклад (чи центр) може запропонувати медичному працівнику роботу в іншій громаді.

Процес скорочення робочих місць, незалежно від обставин, має супроводжуватися активним спілкуванням і переговорами не тільки з працівниками, робочі місця яких скорочуються, а й з мешканцями відповідних громад. Частково таке завдання входить до компетенції керівника медичного закладу. Керівники ТГ також повинні чітко визначити свою позицію з цього питання.

Останнє запитання: як найкраще проінформувати людей у сільській місцевості про зміни? Реформа СОЗ не призведе до жодних позитивних результатів, якщо медичні працівники або громада не будуть її сприймати. Навіть якщо керівник ТГ буде підтримувати медичну реформу та всіляко

сприяти якісним змінам в цьому напрямку, то не виключено, що лікарі та інші медичні працівники зможуть чинити шалений опір.

Зазвичай дана проблема полягає в нерозумінні самої суті такої реформи. Якщо питання, які виникають в ході реформи, не вирішити якнайшвидше, то існує чималий ризик, що негативне ставлення до неї призведе до саботажу та пасивності або навіть активного опору, що в кінцевому результаті – уповільнить сам процес підписання декларацій з лікарями. Виникне нічим не обґрунтоване послаблення мотивації медичного персоналу. Все це створюватиме негативний імідж проведення реформи.

Інформування людей про зміни в СОЗ – нелегке завдання. Особливо це стосується сільського регіону. Місцеві мешканці віддалених громад є зневіреними, вони вважають, що держава нехтує їх інтересами. Необхідно формувати довірливі відносини між громадянами і державою, мешканцями громади та керівниками ТГ. На нашу думку, поширення інформації з оптимізації мережі може передбачати наступні кроки:

- періодичне проведення зустрічей громадських активістів для обговорення змін у зв'язку із запровадженням реформи, представлення свого бачення майбутнього, використання формулювання «ми формуємо мережу», «... робиться це для забезпечення медичної допомоги більш високої якості для громади», «... для належних умов праці лікаря», а не різкого формулювання – «ми закриваємо ваш ФАП»;

- залучити представника громади (наприклад, старосту чи депутата) до обговорення стану мережі, а також залучити цих осіб до обговорення вартості утримання такого ФАПу;

- провести загальні збори, надавши слово представникам громади.

Такі заходи потребують більш ретельного планування на основі принципів відкритого спілкування в громаді та вільного вибору, спільної вигоди.

SWOT – аналіз в сучасній СОЗ України.

Сильні сторони:

- Мешканці довіряють сімейним лікарям (71,5% декларацій)
- Наявність мотивації у лікарів та іншого медичного персоналу на первинному рівні
 - Забезпечення автоматизованим робочим місцем усіх сімейних лікарів
 - Впровадження у закладах охорони здоров'я електронних сервісів
 - Оптимальне місцезнаходження опорних закладів охорони здоров'я
 - Компактне географічне розташування
 - Проведення капітальних та поточних ремонтів, поповнення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, зокрема, закупівля дороговартісного медичного обладнання та іншого обладнання для надання якісної медичної допомоги
- Наявність умов для популяризації здорового способу життя
- Високий рівень громадської активності

Слабкі сторони:

- Матеріально-технічна база потребує удосконалення
- Відсутність єдиного електронного документообігу та недосконалість медичної інформаційної системи
 - Низький рівень компетенцій деяких лікарів
 - Значна частина лікарів не володіють іноземними мовами
 - Велика кількість скарг, в основному через недотримання працівниками правил медичної етики та деонтології під час спілкування з пацієнтами та їх родиною
 - Недостатньо ефективна комунікація між працівниками, у т. ч. виконавча дисципліна
 - Недостатній рівень задоволеності пацієнтів щодо роботи лікарні та лікарів, бракує позитивних відгуків
 - Відсутність мотивації медичних працівників, часті нарікання з їх сторони на пацієнтів, завантаженість в роботі, пасивність
 - Відсутність тимблдингу (командоутворення)

- Недостатнє впровадження у діяльність закладів охорони здоров'я міжнародних клінічних настанов
- Недостатня профілактична робота, скерована на зменшення шкідливих звичок (вживання алкоголю, тютюнокуріння, вживання психотропних речовин, недостатня фізична активність, нездорове харчування і т. п.) та формування звичок до здорового способу життя.
- Неналагоджена взаємодія між медичними працівниками, соціальними службами, суб'єктами громадського здоров'я щодо допомоги пацієнтові, який опинився в тяжких життєвих обставинах

Можливості:

- Створення ефективної команди. Сюди можна віднести: прийняття особливостей один одного, формування та посилення загального командного духу, отримання навичок спільної роботи тощо.
- Покращення комунікації між медичними працівниками лікарні та пацієнтами і їх родиною через проведення спільних тренінгів та навчань.
- Безперервне проведення навчальних семінарів та тренінгів медичних працівників КНП СОЗ ТГ без відриву від роботи.
- Створення позитивної реклами про КНП СОЗ ТГ міста Новий Розділ через висвітлення досягнень та новацій, запроваджених у лікарні.
- Активне впровадження міжнародних клінічних настанов та маршрутів пацієнтів.
- Реорганізація, перепрофілювання, створення відділень та спеціалізованих центрів разом з сусідніми ТГ у разі їх доцільності.
- Розвиток нових напрямків надання високоспеціалізованої медичної допомоги разом з КНП сусідніх ТГ на засадах спів фінансування і спільної власності.
- Доукомплектування матеріально-технічної бази у закладах охорони здоров'я для збільшення медичних послуг за програмою медичних гарантій.

- Залучення страхових компаній та розвиток співпраці з ними шляхом укладання договорів страхування з різними трудовими та соціальними групами.
- Залучення шляхів додаткового фінансування (ЄБРР, регіональні програми розвитку, фандрейзинг (залучення грантів).
- Створення пріоритетних напрямків розвитку медичного туризму, співпраця з іноземними партнерами, діаспорою.
- Програма місцевих стимулів для медичних працівників.
- Впровадження додаткових платних послуг.

Загрози:

- Недостатньо ефективна комунікація щодо охорони здоров'я населення, що може призвести до зменшення звернень пацієнтів за медичною допомогою.
- Брак сучасного обладнання та комфортних, зручних умов для перебування пацієнтів.
- Відсутність в закладі достатньої кількості автоматизованих робочих місць (АРМ) та недосконалість медичної інформаційної системи.
- Недостатня вмотивованість (низька зарплата) лікарів, середнього та молодшого медичного персоналу (на вторинному та третинному рівнях) може призвести до подальшого звільнення працівників, що погіршить якість надання медичної допомоги та догляд за ними.
- Фінансові збитки, внаслідок недостатнього фінансування та недосконалості системи фінансування.
- Брак власних коштів на капітальні видатки.
- Складність прийняття управлінських рішень через політичні суперечки.
- Несвоєчасні поставки ліків (вакцин) за національними програмами.
- Пандемія COVID-19, наслідки воєнних дій на території України (україно-російська війна) та непрогнозована економічна ситуація в країні.

- Погіршення стану здоров'я громадян через низький рівень життя, недотримання принципів здорового способу життя та низьку якість охорони здоров'я.

- Недостатньо приділяється увага зміцненню здоров'я і профілактиці захворювань.

Якщо вдасться досягнути успіху у трансформації системи охорони здоров'я на таку, що буде орієнтована на громадян, кінцевий результат та втілення його в життя (про що йшлося вище), то можна очікувати досягнення наступних основних цілей:

- Зростання основних показників здоров'я громадян (тривалість життя, зниження захворюваності, смертності тощо).

- Збільшення фінансової захищеності громадян (при зверненні за медичною допомогою), щоб захворювання для них не стало причиною зубожіння або ж відсутність коштів у них не завадила своєчасно звернутися їм за допомогою.

- Забезпечення готовності системи ОЗ ефективно реагувати на кризові ситуації, що несуть загрози для здоров'я окремої людини, громади або усього українського суспільства.

Для досягнення вище наведених цілей нами сформульовано задачі, на які мають бути спрямовані запроваджені реформи в сфері охорони здоров'я:

- Забезпечення вільного вибору постачальників медичних послуг.
- Створення відповідних умов для солідарної відповідальності за здоров'я громадян України.

- Створення прозорих умов роботи лікаря та більшої підзвітності у галузі охорони здоров'я.

- Надання підтримки, у т. ч. фінансової, незахищеним верствам населення.

Основні напрямки трансформації фінансового забезпечення галузі - встановлення гарантованого фінансування ланки первинної медико-санітарної допомоги в розрахунку на 1 жителя; децентралізація фінансування з

підвищенням господарської самостійності закладів охорони здоров'я; формування ринку додаткових платних медичних послуг у відповідності до законодавства; задіяння багатоканальності бюджетного фінансування; реалізація альтернативних напрямків медичних послуг структурами недержавних форм власності; використання зовнішніх інвестицій. Держава не пропонує конкретних моделей реформування СОЗ населення наявних територіальних громад, окрім принципової дезінтеграції наявних лікувально-профілактичних закладів районного (вторинного) рівня, тобто центральних районних лікарень і районних лікарень, а також районних центрів первинної медико-санітарної допомоги на мережу закладів охорони здоров'я населення територіальних громад. При цьому систему державних субсидій на утримання наявної мережі ЗОЗ анульовано.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ КОМУНАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

3.1. Оптимальна модель управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні

Метою удосконалення управління системою охорони здоров'я в Україні є поліпшення демографічної ситуації, збереження і зміцнення здоров'я населення, підвищення якості та ефективності медико-санітарної допомоги, забезпечення соціальної справедливості і прав громадян на охорону здоров'я.

Для задіяння всіх можливих ресурсів доцільно розпочати із впровадження державної політики в сфері охорони здоров'я. Передусім здійснити заходи щодо децентралізації управління галуззю охорони здоров'я, сприяти медичній практиці на підприємницьких засадах, впровадженню і створенню ринкових механізмів регулювання та функціонування галузі, створення умов для здорової конкуренції між закладами охорони здоров'я всіх форм власності. Департаменти охорони здоров'я населення проводять заходи для створення єдиної системи інформаційного забезпечення, удосконалення медико-статистичної служби, фінансово-економічного забезпечення. Удосконалюються організаційні форми діяльності, методи керівництва та господарювання із застосуванням економічних важелів у галузі охорони здоров'я, узгоджуючи їх із законодавством про місцеве самоврядування. У відповідності із законодавством про місцеве самоврядування, удосконалюються методи керівництва та господарювання.

У відповідності до державної політики у сфері охорони здоров'я, запроваджена система інформованості громадян України щодо здорового способу життя, престижу здоров'я, залучення активних громадян до занять спортом, фізичною культурою та активного довголіття. Цьому сприяє координація роботи органів виконавчої влади та громадських організацій, впровадження сучасних комп'ютерних інформаційних технологій.

Залишається актуальною пріоритетність в напрямку надання медичної допомоги ветеранам праці, війни та інших категорій громадян, які визначені чинним законодавством. Необхідно передбачити розширення мережі закладів з надання медичної та соціальної допомоги громадянам не працездатного віку, за рахунок лікарень усіх рівнів.

Медична допомога даній категорії населення надається в усіх лікувальних закладах в залежності від профілю захворювання. Доцільно вивчити питання фінансування стаціонарних ліжок для даної категорії пацієнтів не лише з фонду управління охорони здоров'я, але й фонду соціального забезпечення. Акцентується увага на якісне надання амбулаторної, стаціонарної, швидкої і невідкладної медичної допомоги ветеранам війни, особам похилого віку, на організацію медичного обслуговування їх вдома. Питання медичного обслуговування ветеранів війни, людей похилого віку є пріоритетним напрямком, починаючи від реєстратури і до спеціально виділених палат. Медична допомога вдома їм надається шляхом організації стаціонарів вдома з динамічним спостереженням лікарем і медичною сестрою. Активізується робота щодо створення при поліклініках пунктів прокату основних засобів догляду за важкими і хронічно хворими та інвалідами літнього віку. Спільно з організацією Товариства Червоного Хреста планується відкрити при поліклініках пункти безкоштовного (чи з частковою оплатою) прокату основних засобів догляду за важкими та хронічно хворими та інвалідами літнього віку.

Здоров'я населення залежить не лише від професіоналізму медичного персоналу та рівня матеріально технічного забезпечення комунальних лікувально профілактичних закладів. Важлива роль за збереження здоров'я лягає і на самих мешканців, як це є у всьому цивілізованому світі. Тому формування здорового способу життя є важливим моментом. Для здійснення цього до ресурсів системи охорони здоров'я доцільно включити такі етапи. Впровадити в повсякденну практику заходи соціально-економічного стимулювання і підтримки здорового способу життя. Оптимізувати мережу,

структуру, кадровий потенціал, матеріально-технічну базу, сучасне обладнання служби формування ЗСЖ. Забезпечити матеріально-технічні передумови для проведення пропаганди медико-гігієнічних знань з використанням засобів масової інформації щодо профілактики ВІЛ\СНІДу, туберкульозу, алкоголізму, наркоманій, отруєнь і т.д.

Слід виділити декілька моментів управління фінансами. Під час формування бюджетів усіх рівнів слід передбачати поетапне збільшення бюджетних асигнувань на охорону здоров'я, виходячи з наявних фінансових ресурсів. Треба також забезпечити створення системи загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування. Необхідно забезпечити реалізацію пропозицій МОЗ України щодо нормативно-правового врегулювання механізмів солідарної акумуляції коштів територіальних громад на розвиток охорони здоров'я. Закладами охорони здоров'я постійно проводиться робота по залученню позабюджетних коштів на потреби в галузі охорони здоров'я. Постійно удосконалюється механізм взаємодії між лікувальними закладами та виконавчою владою. На місцях керівництвом ТГ як власниками КНП здійснюється фінансування щодо забезпечення лікувальних установ апаратурою, медикаментами, проведенням ремонтних робіт, а також затвердження і фінансування міських програм стосовно профілактики туберкульозу, СНІДу, цукрового діабету, стоматологічних захворювань та ін.

Та у всі часи головним ресурсом системи охорони здоров'я було є і буде професіоналізм та якісний менеджмент надання як первинної медико – санітарної допомоги, так і спеціалізованої, стаціонарної медичної допомоги. Концентрувавши попередній досвід та реалії сьогодення, слід передбачити наступні чинники.

Впроваджувати державну політику і стратегію в галузі охорони здоров'я необхідно на основі пріоритетного розвитку первинної медичної допомоги (ПМД) і профілактичної спрямованості збереження та зміцнення здоров'я населення з максимальним залученням до їх реалізації органів виконавчої

влади. З метою пріоритетного розвитку первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини, профілактичної спрямованості збереження і зміцнення здоров'я населення прийнято і реалізується законодавство щодо трансформації СОЗ України. Для цього слід сприяти розвитку стаціонарозамінних форм надання медичної допомоги, розширити мережу денних і стаціонарів вдома, закладів (відділень) медико-соціальної допомоги, хоспісу тощо. Удосконалювати організацію роботи та функціонування лікарняного ліжкового фонду для надання екстреної медичної допомоги, планового лікування хронічних хворих, відновлювального лікування і реабілітації, медико-соціальної допомоги. Удосконалювати порядок і механізм взаємодії закладів медичної допомоги різних рівнів, наступності в наданні та одержанні амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної, первинної і спеціалізованої допомоги. В лікувальних закладах ТГ є всі можливості в наданні та одержанні амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної допомоги, забезпечується наступність в їх роботі, удосконалюються механізми взаємодії закладів медичної допомоги різних рівнів. Здійснювати медикаментозне і матеріально-технічне забезпечення стаціонарів різних рівнів і типів з урахуванням їх потреб, вимог медичної науки і гарантованого державного обсягу медичної допомоги. За рахунок коштів бюджету ТГ, позабюджетних надходжень здійснюється медикаментозне та матеріально-технічне забезпечення стаціонарів різних рівнів з урахуванням їх потреб, вимог медичної науки і гарантованого державного обсягу медичної допомоги, в першу чергу рододопоміжних і дитячих закладів.

Для створення моделі перш за все необхідно передбачити фінансові потоки забезпечення діяльності комунальних лікувально – профілактичних закладів. В усьому світі клінічне обслуговування фінансується по чотирьох каналах. Перші два приватні: це добровільна платня за послуги та приватне страхування. Інші два – державні: це фінансування із загальних державних доходів та обов'язкове страхування (або соціальне страхування). Хоча державний сектор відіграє досить велику роль у медичному обслуговуванні

проте державна система охорони здоров'я в Україні занадто роздута та потребує скорочення.

На сьогоднішній етап діяльності як державних так і комунальних ЛПЗ, при розгляді всіх проблемних питань відповідь зводиться до незадовільного фінансування лікарень і поліклінік. На нашу думку слід переглянути дане положення із протилежної точки зору. А саме - скорочення інвестицій в державні та комунальні лікарні

Для розгляду цього питання повернемося для визначення поняття базисного пакету клінічних послуг.

1. Вироблення базового пакету клінічних послуг.

Для підвищення ефективності клінічного обслуговування та полегшення у проблемах фінансування необхідно створити в Україні есенціальний пакет клінічних послуг, або його ще називають базовий пакет клінічних послуг. Це визначена кількість безкоштовних, доступних для всіх верств населення, гарантованих медичних послуг, що фінансуються з державних фондів. Сюди включені такі п'ять груп:

- клінічна допомога вагітним, забезпечення пологів, клінічна допомога новонародженими;
- послуги в області планування сім'ї;
- лікування та догляд за хворими дітьми;
- лікування туберкульозу;
- лікування хвороб, що передаються статевим шляхом.

Додатково необхідно включити в базисний пакет лікування деяких найпоширеніших інфекційних хвороб, травми. Враховуючи стан клінічної служби в Україні ми маємо можливість ввести в есенціальний пакет надання клінічної невідкладної допомоги – ургентні оперативні втручання, травми, гострі розлади кровообігу, серцево-судинні захворювання, лікування важких форм цукрового діабету, лікування шизофренії та маніакально-депресивних станів, лікування раку молочної залози та шийки матки. Україна на сьогоднішній день має можливість внести в базисний пакет також лікування

дитячого менінгіту, лікування ускладнень цукрового діабету, видалення катаракти, деякі недорогі види реабілітаційного лікування. Всі ці заходи, що входять в базисний пакет досить недорогі, проте високо ефективні. В законі про охорону здоров'я, прийнятому Верховною Радою України в 1992 році йдеться про гарантовану медичну допомогу матері і дитині, дітям і неповнолітнім, хворим на туберкульоз, венеричні хвороби, СНІД. Необхідно внести до закону ще статтю про планування сім'ї.

2. Нормативи для забезпечення базового пакету.

Для забезпечення ефективності лікарняних послуг необхідно налагоджена комунальна система охорони здоров'я. Проте дефіцит бюджетних коштів призводить до нестачі медикаментів, низької оплати праці медпрацівників, неможливості оновлення основних медичних фондів лікарень. Тому страждає і ефективність лікарняного обслуговування, яке при цьому є досить дороге. Держава повинна забезпечити медичні заклади всіма необхідними засобами для роботи – ліками, матеріалами, обладнанням, приміщеннями та персоналом, а також потурбуватись про те, щоб не поставлялись ці матеріали для послуг, що не входять в базисний пакет.

Поняття базового пакету цілковито може бути визначене після проведення стандартизації із послідувочною тарифікацією медичних послуг. Це, звичайно, є трудомісткою працею. Необхідним є залучення як МОЗ, так і мінфіну, Мінюсту та ін. На нашу думку затягування із вирішенням даного питання веде до затримки удосконалення та реформування не лише комунальної, але й державної системи ОЗ, у тому числі і до введення обов'язкового медичного страхування.

Реалізація базового пакету.

а) Державний сектор:

Як ми вже відмітили, Україна на сьогоднішній день має добре розвинуту та розгалужену базову інфраструктуру ЛПЗ. Є достатня кількість підготовлених лікарів, медичних сестер та фельдшерів, акушерок та інших

медпрацівників первинного рівня. Проте відмічається велика текучість кадрів при великій скупченості останніх у містах.

Крім безкоштовного обслуговування необхідно надати право цим медичним установам отримувати платню із пацієнтів за послуги, що виходять за межі базового пакету та право залишати отримані кошти в своєму розпорядженні, використовувати їх на закупівлю медикаментів, матеріалів, на стимулювання медпрацівників. КМУ передбачений перелік послуг, як медичних так і немедичних, які ЛПЗ мають право надавати за оплату. І знову ж таки, без стандартизації та тарифікації медичних послуг, змінити цей перелік, за рахунок збільшення чи зменшення кількості останніх, не буде правильним.

Для впровадження комунальними закладами ОЗ оплатної господарської діяльності, доцільно розробити положення про госпрозрахункові підрозділи ЛПЗ.

б) Недержавні організації (NGO):

До них належать різноманітні некомерційні структури (церкви, місії, громадські та благодійні організації), що сприяють в наданні безкоштовної медичної допомоги. Спільно з такими організаціями у співпраці із фондом соціального захисту, можна вивільнити частину ліжок, зберігши кадровий медичний потенціал, для медичного обслуговування соціально незахищених та декретованих груп населення із великою відсотковістю хронічних захворювань.

в) Приватні структури:

Заохочувати приватні медичні структури для надання медичних послуг і в рамках базового пакету. Медичні послуги в межах основного пакету оплачуватимуться із державних фондів шляхом переводу коштів на приватні рахунки приватних медичних структур. Крім того, пацієнти зможуть самі розраховуватись із приватними медичними закладами та медпрацівниками. Необхідно заохочувати приватних лікарів до роботи за програмами сприяння здоров'ю, планування сім'ї тощо.

Щодо ефективності клінічного обслуговування, контролю якості, вдосконалення управління лікарнями, то це тема інших робіт. Вкажу тільки на необхідність роздержавлення та децентралізації у питаннях планування та управління системі охорони здоров'я, створення керованої конкуренції між організаціями, що надають медичну допомогу.

Реформа охорони здоров'я включає серйозну реструктуризацію стаціонарної медичної допомоги. Вона спрямована на підвищення ефективності діяльності лікарняних закладів і зниження їх ресурсоемкості. Аналіз показує, що високозатратна стаціонарна допомога в лікарні займає невиправдано великий (до 60%) обсяг усієї медичної допомоги. Погіршення стану здоров'я населення закликає до пошуку найбільш раціональних шляхів, спрямованих на подолання системної кризи в охороні здоров'я на місцевому рівні, що знайшло відображення в наших комплексних планах і зажадало, виходячи з завдань сьогодення часу складання загальної концепції розвитку амбулаторно-поліклінічної системи охорони здоров'я. Одним з переважних шляхів стало перенесення дорогої стаціонарної допомоги на амбулаторно-поліклінічний етап. Незважаючи на те, що існуюча амбулаторно-поліклінічна служба поліклініки з ряду причин виявилася не готовою прийняти на себе той потік пацієнтів, що могли б там лікуватися на базі хірургічного відділення поліклініки 24 серпня 2000 року згідно наказу від 03.06.93р. №127 Про організацію відділень (центрів) хірургії одного дня був відкритий Центр хірургії одного дня. При цьому в базовій програмі гарантованої медичної допомоги надання цього виду допомоги для лікарні заявлено не було і ця робота проводилася за рахунок внутрішніх резервів. Діючі відділення хірургії одного дня в містах Києві, Львові, Житомирі, Вінниці, Кременчуці свідчать про неабияку перспективність та доцільність впровадження такої реформи із запровадженням таких дієвих механізмів і форм роботи.

Мета створення комплексу “денний стаціонар – центр хірургії одного дня – стаціонар удома: за рахунок розширення об'єму та покращення якості

медичних послуг, підняти рівень медичної допомоги з до госпітального на госпітальний (кваліфікована медична допомога).

Завдання, які виконує комплекс “денний стаціонар – центр хірургії одного дня – стаціонар удома:

1. Комплексне лікування хворих з хірургічною та парахірургічною патологією за стандартизованими схемами у денному стаціонарі та стаціонарі удома.

2. Реабілітація хворих після хірургічних, ортопедичних, урологічних операцій.

3. Відбір хворих на оперативне лікування в Центр хірургії одного дня, хірургічний стаціонар лікарні.

4. Проведення оперативної діяльності в Центрі хірургії одного дня у відповідності до “Положення про Центр хірургії одного дня”.

5. Консультативна допомога відділенням поліклініки, відділенням сімейних лікарів, сімейним лікарям.

6. Є навчальною базою для студентів VI курсу, інтернів.

7. Апробація та впровадження нових методів діагностики та лікування.

8. Методична робота.

Серед соціальних завдань немає більш важливої ніж турбота про здоров’я населення. А це передбачає правильний менеджмент СОЗ.

Надалі в процесі трансформації СОЗ України мережа лікувальних установ буде інтегруватись в медичні кластери.

3.2. Впровадження сучасних методів управління у практику медичного закладу

Змінна ситуація на ринку медичних послуг, постійно зростаюча конкуренція змушує кожен медичний заклад шукати можливості покращити своє функціонування, розраховуючи на залучення більше пацієнтів/клієнтів та зміцнення своїх позицій. Змушує впроваджувати нові та ефективні методи

управління (систему управління якістю медичних послуг). Постає слушне запитання що необхідно зробити для досягнення найбажанішого (найкращого) надання медичних послуг.

Якість медичних послуг, що надаються, є однією з фундаментальних проблем у функціонуванні охорони здоров'я. Суворі вимоги ринку означають, що все більше підрозділів охорони здоров'я вирішують запровадити управління якістю, розглядаючи це як можливість підвищити свою конкурентоспроможність та довіру. Забезпечення якості ґрунтується на комплексному підході до якості на кожному етапі надання послуг і організація повинна орієнтуватися на перспективу через зростаючі очікування пацієнтів. Високоякісна медична допомога також означає медичні, людські, інфраструктурні та фінансові ресурси, які організовані максимально ефективно. Це означає здійснення дій, спрямованих на задоволення потреб суспільства у сфері профілактики, зміцнення здоров'я, діагностики, терапії та реабілітації, гарантію відповідності наданої допомоги вимогам безпеки, та ефективності.

Залежно від одержувача якість медичних послуг трактується по-різному. Для пацієнта якість визначається призмою кваліфікації медичного персоналу, атмосферою та умовами надання послуг, а також результатом, яким завершується лікувальний процес. У свою чергу, для медичного персоналу якість відображає відповідність наданих послуг сучасним знанням та помітне покращення стану здоров'я пацієнта. З іншого боку, для організаторів системи охорони здоров'я якість означатиме забезпечення доступу до послуг, що відповідають потребам пацієнтів, у контексті ефективної, раціональної та дієвої діяльності.

Гарантія високоякісного обслуговування за відповідно низькою вартістю є серйозним викликом для медичних установ, які хочуть вижити на ринку, що дедалі більшою конкуренцією. Очікування пацієнтів зростають і змінюються і дослідження задоволеності пацієнтів з точки зору догляду здоров'я стає основою для початку процесу покращення якості.

Медична галузь – це галузь людської діяльності, де рівень послуг може впливати на життя та здоров'я людини, тому зусилля щодо забезпечення найвищої якості цілком виправдані та навіть доцільні. Система підвищення якості включає в себе: стандарти і засновані на доказах настанови для високоякісної, економічно ефективної допомоги; виявлення проблем якості та успіхів; систематичний збір даних про надання допомоги; здійснення необхідних змін через ефективні механізми і стратегії.

Управлінець (генеральний директор, його заступники аж до завідувача відділенням) є координатором змін у підрозділі (чи то установа чи відділення). Особа, яка займає цю посаду, забезпечує їх належне виконання. Варто, однак, підкреслити, що зміни в медичній установі несуть відповідальність усі залучені до них особи, тобто всі співробітники. Тому перш за все необхідно переконати всіх підлеглих у тому, що вони так само відповідальні за результат, як і керівництво (установою, підрозділом). Важливо, щоб усі розуміли переваги нових рішень і які проблеми вони насправді вирішують. Не слід недооцінювати роль емоцій у роботі з людьми. Занадто різкі або недостатньо обґрунтовані зміни можуть спричинити недовіру, небажання і навіть опір з боку працівників. Важливо відзначати успіхи окремих етапів роботи та уважно дослухатися до можливих проблем, які можуть виникнути на цьому шляху.

Шлях до забезпечення якісного управління: демократизація системи управління (перехід від автократично-ліберального до демократичного менеджменту, який делегує повноваження підлеглим і втягує їх у процес прийняття рішень); розвиток нормативно-правової бази; досягнення організаційної та фінансової автономії, покращення соціального захисту співробітників; забезпечення колегіальності і відкритості прийняття управлінських рішень; формування індикаторів виконання поставлених задач; реорганізація системи менеджменту шляхом децентралізації, дерегуляції, запровадження автономії; тощо.

Одним із перевірених способів вирішення динамічних ситуацій є впровадження сучасних методів гнучкого управління. Характерною рисою

гнучкого управління є висока гнучкість, що на практиці перетворюється на створення продукту чи послуги на основі поточних потреб та коментарів. В клінічній практиці - це може бути постійною реакцією на поточні проблеми, безперервні, але незначні зміни, спрямовані на покращення якості обслуговування, замість великого колективного оновлення, запровадженого одноразово.

Система управління якістю повинна визначати організаційну структуру, заходи, що вживаються у сфері якості (процеси, процедури), ресурси, що дають змогу здійснювати управління якістю, відповідальність організації за якість, повноваження на виконання завдань, потік інформації та документів. Крім того, воно повинно бути ефективним, забезпечувати відповідність послуг вимогам пацієнтів, дозволяти контролювати всю діяльність організації та сприяти досягненню цілей якості. Для впровадження систем управління якістю використовується багато доступних методів, зокрема: порівняльний аналіз, Just in Time, аутсорсинг або реінжиніринг.

Найпопулярнішим методом у процесі підвищення якості є метод бенчмаркінгу, який використовується в медичних закладах, які хочуть навчатися, використовуючи досвід інших конкурентних установ. Англійське слово benchmarking перекладається як порівняння себе з кращими. Тому бенчмаркінг це постійний процес, який ґрунтується на порівнянні сфер діяльності закладу таких як досягнуті результати, існуючі системи управління, процеси, послуги, що надаються його прямим конкурентам та лідерам у сфері медичних послуг. Його суть полягає в тому, щоб зіставити власну ефективність, прирівняну до продуктивності, якості та досвіду, з результатами тих організацій, чиє функціонування здається ідеальним. Таким чином, суть бенчмаркінгу полягає у виявленні та розумінні процесів, що спостерігаються в інших організаціях, які можна перенести на власну територію підприємства. На основі виявлених процесів на підприємстві визначаються кількісні та якісні показники для визначення ступеня продуктивності процесу та порівнюються з аналогічними показниками у конкурентної організації.

Порівняльний аналіз використовується для визначення тих сфер діяльності медичного закладу, які потребують удосконалення. Окрім порівняння результатів, необхідно також порівняти практики, які дають змогу досягти певних стандартів. Порівняльний аналіз також означає впровадження змін; метод, орієнтований на безперервну діяльність організації, орієнтований на ріст і розвиток, що дозволяє визначати та спрямовувати діяльність, що підвищує її конкурентоспроможність.

Медичний заклад може використовувати таку форму управління як у мікромасштабі (внутрішній бенчмаркінг), так і в макромасштабі (загальний бенчмаркінг). Внутрішній бенчмаркінг — це порівняння діяльності у вашій організації, тобто порівняння результатів, процесів або рішень між відділеннями лікарні. Цей тип порівняльного аналізу є найпростішим у застосуванні, особливо через легкий доступ до надійної інформації та відсутність серйозних труднощів у передачі передового досвіду. На жаль, обмеженням у цьому випадку є малий шанс знайти інноваційні рішення. Зовнішній порівняльний аналіз свою чергу, вона шукає найкращі рішення в інших компаніях. Його особливий вид – конкурентний бенчмаркінг, тобто порівняння себе з конкурентоспроможними підприємствами. Найбільшим обмеженням у цьому випадку є доступ до інформації, часто захищеної комерційною таємницею. Варто наголосити, однак, що у випадку з державними лікарнями цей недолік менш істотний через те, що лікарні зазвичай підпорядковані тим самим органам влади (засновники). Де за звичай використовується порівняльний аналіз. При реалізації стратегічних планів; підтримує процес управління якістю, покращуючи продуктивність і знижуючи витрати; запроваджує звичку досягати поставлених цілей; вказує на нові шляхи збереження або досягнення конкурентної переваги; дозволяє постійно протиставляти свої власні досягнення лідерам; змушує аналізувати та розуміти процеси у вашому власному підрозділі та модельних організаціях; хороший спосіб розширити участь співробітників у процесі прийняття рішень і стимулює їхню креативність у пошуку нових рішень; заохочує і переконує до

змін; позитивно впливає на організаційну культуру закладу. Тому добре реалізований порівняльний аналіз може мати велике значення як інструмент покращення функціонування установи. Застосування методу порівняння з кращими може дати можливість установі придбати та використовувати перевірені принципи поведінки, що ведуть до підвищення ефективності. Найбільш вражаючі зміни може внести застосування загального бенчмаркінгу, який полягає в пошуку закономірностей в організаціях за межами галузі. Ця операція можлива завдяки припущенню, що управлінські функції подібні в кожній організації, незалежно від галузі. У медичних установах цей вид бенчмаркінгу найчастіше використовується стосовно готельних послуг (харчування, розміщення) та управління персоналом (навчання). Однак, порівняльний аналіз слід розглядати не як імітацію, а як процес розуміння успіху інших і на цій основі створення власних рішень, пристосованих до ваших власних потреб.

Суть методу Just in Time полягає в забезпеченні потрібними засобами, обладнанням, матеріалами чи людськими ресурсами в потрібний час і в потрібному місці, у потрібному стані та кількості («точно вчасно»). Він передбачає скорочення запасів до мінімального рівня синхронізація постачання необхідних матеріалів з наданням медичних послуг. Згадуються й інші особливості цього методу, такі як постійне зниження витрат на поточну діяльність при збереженні високої якості пропонованих послуг, зменшення помилок у процесі, мінімальний час реагування на потреби одержувача, орієнтація на пацієнта, гнучкість в адаптації до потреб пацієнтів, навчання співробітників у багатьох міждисциплінарних сферах, хороша співпраця з постачальниками, спільне вирішення проблем в організації, забезпечення своєчасного обслуговування.

Відповідно до цього методу інвентаризація є ресурсом організації для вирішення таких проблем, як: мало-ефективна інформаційна система, поломки медичної апаратури та обладнання, проблеми з якістю, відсутність працівників, низька доступність медичних матеріалів, поламаний транспорт,

численні організаційні помилки. Метод Just in Time дозволяє не тільки ефективно вирішувати складні ситуації, а також використовується, коли організація бажає досягти конкретних цілей, таких як: підвищення результатів, підвищення прибутковості, покращення обслуговування, спрощення процесів, що відбуваються в організації, усунення зайвих заходів, які не підвищують цінність закладу охорони здоров'я.

До потенційних причин невдач цього методу можна віднести: відсутність комплексного підходу до його впровадження по всій організації, упущення управління та адміністрування, швидке скорочення запасів, відсутність удосконалень, невиконання дій для усунення причин проблем у певній ситуації. медичний заклад, транспортна неефективність, відсутність можливості передбачити попит, менталітет працівників.

Іншим інструментом управління, який все частіше використовується управлінцями охорони здоров'я, є аутсорсинг, тобто використання зовнішніх коштів або ресурсів. В даний час використання аутсорсингу дуже широке. Відокремлення окремих підрозділів (реабілітація, лабораторна та візуальна діагностика, психологічні послуги, інвестиції, ІТ, технічна служба, охорона майна, освітні послуги, утримання зелених насаджень, ремонтно-будівельні роботи, вивезення відходів, зовнішній транспорт, прибирання, послуги пральні, харчування, стерилізація, утилізація відходів) які меншою мірою пов'язані з основними функціями. У цього рішення багато переваг, але воно не позбавлене і недоліків. Прямою перевагою аутсорсингу для медичного закладу є підвищення фінансової ліквідності завдяки зниженню витрат. Виконуючи роботи власними силами, медичний заклад повинен оплатити роботу працівників, які виконуватимуть дану послугу, зарахувати та розрахуватись, а також оплатити обладнання та матеріали. Як правило, ці витрати обтяжують і без того обмежені інституційні бюджети. Як приклад: аутсорсинг знімає з об'єкта зобов'язання та витрати, пов'язані з оголошенням окремих тендерів на закупівлю окремих харчових продуктів, миючих засобів чи лабораторних реагентів. Бізнес-аналіз вказує на недоліки аутсорсингових

рішень з точки зору функціональності, а також фінансових. Перші стосуються, насамперед, втрати контролю над прийняттям короткострокових рішень, ризику потрапити в залежність від одного постачальника, необхідності кваліфікації персоналу для управління аутсорсинговим контрактом, а також відсутності бар'єрів для виходу з такого договору. Ризик у фінансовому аспекті в основному пов'язаний із збільшенням витрат у зв'язку з продовженням договору, застарілими технологіями, що використовуються сторонньою компанією для зниження витрат та труднощів з реінтеграцією окремої частини в структуру медичного закладу.

Ще один метод, це реінжиніринг (Business Process Redesign (редизайн бізнес-процесів) або Business Engineering (бізнес-інженерія), не належить до легких методів. Використовується, коли функціонуючі процеси спроектовані неправильно і їх удосконалення за допомогою невеликих змін не призводить до вигідного поліпшення. В той же час обтяжений значним ризиком та невизначеності. Його можна застосувати як до окремого процесу, так і до всієї організації. Він протистоїть впровадженню поступових змін, як у випадку з концепцією управління якістю, залишаючи існуючі процеси без впровадження суттєвих змін. Під цією концепцією ми розуміємо радикальне переосмислення компанії, її структур і процесів. Таким чином, метою реінжинірингу є не ремонт, а ефективний початок заново, щоб досягти результатів за короткий час. Цей метод намагається внести значні зміни, відкидаючи існуючі процеси та замінюючи їх новими. Внесені зміни слід розглядати комплексно та враховувати запропоновану реконструкцію всього об'єкта. Дії та їх зміни тісно пов'язані з людським капіталом – адже він є суб'єктом-виконавцем. Його не можна оминати, оскільки це може призвести до зриву запланованих заходів, результат яких базується на роботі та залученні людського фактора. Крім того, редизайн слід впроваджувати поступово – спочатку основні процеси, потім наступні. при виборі процесів, які потрібно змінити, слід керуватися такими критеріями, які включають, наприклад, масштаб визначених проблем, своєчасність і вартість. Основу реінжинірингу складає: орієнтація на

найважливіші процеси на підприємстві; спрямування комерційних процесів до клієнтів/пацієнтів; зосередження на основних компетенціях закладу; інтенсивне використання можливостей, створених інформаційними технологіями, для підтримки процесів. Основним припущенням реінжинірингу є необхідність розглядати організацію як сукупність процесів, що функціонують як єдине ціле. Для досягнення радикального поліпшення необхідно відмовитися від існуючого методу управління, заснованого на розподілі процесів обробки між окремими елементами організації. Можливість поєднання фрагментів діяльності (здійснюваних різними відділеннями), що складають загальне обслуговування пацієнтів у медичному закладі, дає можливість функціонувати в рамках процесу. Це непроста процедура, оскільки вимагає відходу від традиційної форми роботи лікарні, заснованої на вертикальній побудові (поліклініка, амбулаторія первинної медичної допомоги, лікарня, відділення, палата), що спричиняє зростання адміністрування, дублювання процесів та безперервне зниження як управлінської, так і медичної ефективності. Революційність цього методу означає, що він не є найкращим рішенням у повсякденному управлінні медичним підприємством. Однак він працюватиме в організаціях, які опинилися в складній ситуації, наприклад, у державній лікарні як альтернатива її ліквідації, а також у процесах реструктуризації.

Впровадження реінжинірингу, на думку компаній, які використовували метод, може принести помітні переваги – підвищення якості, що призводить до додаткового прибутку компанії та клієнтів. Це сприяє зростанню прибутковості та розширенню частку ринку. Серед переваг варто відзначити роль часу, точніше зниження витрат, завдяки скороченню виробничих циклів і виключенню зайвих заходів. Додатково скорочується зайнятість персоналу організації, що також впливає на фінансовий результат компанії. Вся організація працює ефективніше, досягаючи кращих результатів із меншими витратами часу та грошей.

Функціонування медичних закладів в умовах, що постійно змінюються, викликало необхідність зміни підходу до управління. Без сучасного, ефективного управління неможливо було б вирішити постійно зростаючі проблеми охорони здоров'я. Тому менеджери все частіше звертаються до рішень, які вже зарекомендували себе в бізнесі. Наразі важко визначити медичний заклад, який би не використовував аутсорсинг, управління якістю чи елементи порівняльного аналізу. Звичайно, окрім вищезгаданих методів, практично всі рішення, що використовуються на підприємствах, можуть бути використані для більш ефективного управління. А вибрати є з чого. Однак, які б методи управління ви не застосовували, необхідно заздалегідь дослідити можливості та правомірність їх застосування.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі вирішено актуальне наукове завдання, яке полягає в обґрунтуванні теоретичних засад та розробці прикладних аспектів щодо оптимізації організації роботи комунальних закладів охорони здоров'я в Україні.

1. В процесі дослідження з'ясовано, що сучасна інтегрована модель системи охорони здоров'я в Україні повинна орієнтуватися на такі принципи: доступності (запровадження гарантованого пакету послуг, що доступний кожному громадянину); професіоналізму та дотримання національних стандартів якості; взаємоповаги (взаємоповага пацієнтів та медичних працівників); співпраці та взаємодопомоги; збалансованості (співвідношення ціна/якість та справедливе, найбільш ефективне та стійке використання обмежених ресурсів); підзвітності (підзвітність громадам і пацієнтам).

Лікувально-профілактична допомога – це певний комплекс заходів, що спрямований на запобігання хвороб (захворювань), проведення ранньої діагностики, медичної допомоги тим особам у яких діагностовано гострі та хронічні захворювання. До видів лікувально-профілактичної допомоги також відносяться швидка, амбулаторно-поліклінічна, стаціонарна, а також санаторно-курортна допомога.

2. З'ясовано, що у США існує чотири організаційні моделі лікарень:

- традиційна: обслуговування відокремлене від медичних послуг, багато лікарів не належить до штату лікарні, а є індивідуальними практиками;
- дивізіональна: служби об'єднані в дивізії за фахом, які очолює головний спеціаліст. Включає допоміжні служби.
- незалежно-корпораційна: незалежна група лікарів працює в лікарні за контрактом (Кайзерівська модель).
- паралельна: лікарі працюють в лікарні частину свого часу, щоб зробити найважливішу роботу.

3. Встановлено, що позитивним фактором реформування є те, що медична реформа відкрила широкі можливості для медичних закладів в

напрямку конкурентної боротьби за потенційного пацієнта. Проте, також виникає загроза, що не всі медичні заклади зможуть функціонувати без залучення додаткових коштів з місцевих бюджетів. Також вони не можуть надавати послуги з відповідною якістю для кожного пацієнта.

4. Визначено, що майбутня інтегрована система охорони здоров'я в Україні має базуватися на трьох основних принципах, які є засадничими й такими, що мають застосовуватися в усіх кластерах охорони здоров'я. Вони мають бути відображені на кожному наступному етапі медичної реформи в Україні, а саме: орієнтованість на людей, орієнтованість на результат, орієнтованість на втілення.

Трансформація системи охорони здоров'я має бути спрямована на досягнення наступних основних цілей:

- зростання основних показників здоров'я громадян (тривалість життя, зниження захворюваності, смертності тощо).

- збільшення фінансової захищеності громадян (при зверненні за медичною допомогою), щоб захворювання для них не стало причиною зубожіння або ж відсутність коштів у них не завадила своєчасно звернутися їм за допомогою.

- забезпечення готовності системи ОЗ ефективно реагувати на кризові ситуації, що несуть загрози для здоров'я окремої людини, громади або усього українського суспільства.

5. Доведено, що впроваджувати державну політику і стратегію в галузі охорони здоров'я необхідно на основі пріоритетного розвитку первинної медичної допомоги (ПМД) і профілактичної спрямованості збереження та зміцнення здоров'я населення з максимальним залученням до їх реалізації органів виконавчої влади. З метою пріоритетного розвитку первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини, профілактичної спрямованості збереження і зміцнення здоров'я населення прийнято і реалізується законодавство щодо трансформації СОЗ України.

6. Система управління якістю повинна визначати організаційну структуру, заходи, що вживаються у сфері якості (процеси, процедури), ресурси, що дають змогу здійснювати управління якістю, відповідальність організації за якість, повноваження на виконання завдань, потік інформації та документів. Крім того, воно повинно бути ефективним, забезпечувати відповідність послуг вимогам пацієнтів, дозволяти контролювати всю діяльність організації та сприяти досягненню цілей якості. Для впровадження систем управління якістю використовується багато доступних методів, зокрема: порівняльний аналіз, Just in Time, аутсорсинг або реінжиніринг.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Альтернативні методи фінансування медичних установ: Семінар з економіки охорони здоров'я. К., 2018. 373 с
2. Бабенко В. А. Медицинское страхование в системе финансирования охраны здоровья во Франции: анализ возможности адаптации в Украине. *Медичне страхування*. 2014. № 6. С.9-16.
3. Голяченко О.М. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. К.: ПП "Зігай". 1993. 198 с.
4. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.С. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. Тернопіль-Київ-Вінниця, 1997. 328 с.
5. Гончарук Е.И., Вороненко Ю.В., Марценюк Н.И. Изучение влияния факторов окружающей среды на здоровье населения. К., 1989. 204с.
6. Грандо О.О. Подорож у минуле медицини. К.: РВА "Тріумф". 1995.-176 с.
7. Грандо А.А., Грандо С.А. Врачебная этика. К.: РИА "Тріумф". 1994. 256 с.
8. Грицко Р.Ю., Фуртак І. І., Грицко О. М. Головні завдання роботи керівника закладу охорони здоров'я. Медичні та фармацевтичні науки: аналіз сучасності та прогноз майбутнього. *Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції*. Дніпро : Організація наукових медичних досліджень «Salutem», 2020. С. 6-11.
9. Грицко Р. Ю., Фуртак І. І., Грицко О. М. Безпека пацієнта – головне завдання роботи керівника закладу охорони здоров'я. «*Чорноморські наукові студії*» : матеріали VII Всеукраїнської мультидисциплінарної конференції. Одеса: Міжнародний гуманітарний університет, 2021. С. 78-82.
10. Грицко Р.Ю., Фуртак І.І. Сучасні аспекти публічного адміністрування щодо трансплантації в контексті євроінтеграції України.

Науковий журнал «Публічне управління і адміністрування в Україні». 2018, Випуск 7. С.39-46.

11. Грицко Р.Ю., Колядич М.М., Фуртак І.І. Медико-соціальні аспекти управління соціальною сферою в Україні. *Науковий журнал «Молодий вчений»* № 6 (70), м.Рига (ЄС), червень 2019 р., С. 27 – 35.

12. Грицко Роман, Базилевич Андрій, Фуртак Іван, Лемішко Богдан. Громадське здоров'я і сімейна медицина об'єднаних територіальних громад / *Актуальні проблеми державного управління : зб. наук. пр. ОРІДУ* / [голов. ред. М.М. Іжа]. Вип. 4(76). Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2018. С. 107-112.

13. Грицко Р.Ю., Фуртак І.І. Управління антикризовими заходами в системі охорони здоров'я України на сучасному етапі. *Key issues of education and sciences: development prospects for Ukraine and Poland*. International multidisciplinary conference Stalowa Wola, RP, 20-21 July 2018. Vol. 5. Stalowa Wola: "Baltija Publishing" 2018. 208 p. P. 35-41.

14. Грицко Р. Ю., Фуртак І. І. Реформа медицини в умовах децентралізації. *Особливості модернізації предмету досліджень представників медичних наук: матеріали міжнародної науково-практичної конференції* (м. Київ, 5–6 червня 2020 р.). Київ: «Київський медичний науковий центр», 2020. С. 26-31.

15. Довідник сімейного лікаря: Пер. з англ. К.: Медична газета України. 2017. 181с.

16. Европейская политика по достижению здоровья для всех на двадцать первое столетие / Рабочий документ для консультаций. ВОЗ. 2017. 216 с.

17. Журавель В.И. Основы менеджмента в системе здравоохранения. К., 1994. 335 с.

18. Журавель В.И., Мегедь В.П., Ушкевич Б.А. Руководителю-менеджеру в помощь (словарь-справочник). К., 1997. 89 с.

19. Задачи по достижению здоровья для всех: Европейская политика здравоохранения. Копенгаген: ВОЗ. Европейское региональное бюро,

2013. 322 с.

20. Збірник нормативно-правових актів системи первинної медико-санітарної допомоги в охороні здоров'я. К., 2019. 450 с

21. Здоровье населения в Европе: Отчет о мониторинге деятельности по достижению здоровья для всех. Копенгаген: ВОЗ. Европейское региональное бюро, 2015. 66 с.

22. Здоровье населения в Европе. Копенгаген: ВОЗ. Европейское региональное бюро, 2018. 13 с.

23. Котлер Ф. Основы маркетинга. М.: Прогресс, 1991. 64 с.

24. Криштопа Б.П., Андреева И.М. Менеджер в системе здравоохранения. К., 1995. 180 с.

25. Медицинская помощь на дому. Будущее стационара: Пер. с англ. /Под ред. DAN LERMAN/К., 1996, 385 с.

26. Мескон М.Х., Альберт М., Хедоури Ф. Основы менеджмента: Пер. с англ. ГЛ.: Дело, 1992. 702 с.

27. Міжнародна статистична класифікація хвороб МКХ-10. К.: МОЗ України, 1998. 307с.

28. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025. URL: https://healthsag.org.ua/wpcontent/uploads/2014/11/Proekt-Strategiyi-reformi_OZ.pdf

29. Неотложная скорая медицинская помощь / Под общей ред. В.В. Никонова. Харьков, 1997. 592 с.

30. Организация системы качества медицинской помощи, медицинских услуг населению с использованием информационных технологий: Материалы конференции. К., 1999. 280 с.

31. Основи Законодавства України про охорону здоров'я // *Голос України*. 15 грудня 1992 р. № 238.

32. Отчет регионального директора о работе ВОЗ в Европейском регионе. Копенгаген: ВОЗ. Европейское региональное бюро, 2018. 45 с.

33. Охорона здоров'я в Україні: проблеми та перспективи / Під ред. В.М. Пономаренка. К., 1999. 309 с.
34. Пономаренко В.М., Циборовський О.М., Польшенко В.І. та ін. Концепція реформування первинної медико-санітарної допомоги. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 1999. № 1. С 67-73.
35. Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций. К.: Сфера, 2018. 121с.
36. Програмні тестові питання з соціальної медицини та охорони здоров'я / За ред. Ю.В. Вороненка. К., 2017. 256 с.
37. Рудень В.В. Страхова медицина: медичне страхування. Львів, Облкниздрук, 1999. 304 с.
38. Семюелсон Пол А., Нордгауз Вільям Д. Макроекономіка. К.: Основи, 2015. 544 с.
39. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я: Підручник / За ред. Н.І. Кольцової, О.З. Децик. - 2-е видання, перероб. і доп. Ів.-Франківськ, 2019. 304 с
40. Соціальний, медичний та протирадіаційний захист постраждалим в Україні внаслідок Чорнобильської катастрофи: Збірник законодавчих актів та нормативних документів 1991-1998 рр. К.: Агентство "Чорнобильінтерінформ", 2018. 610 с
41. Статистичний огляд основних показників здоров'я населення України та ресурсів охорони здоров'я. К., 2018.
42. Тимчасові стандарти діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги: В 2 т. К.: Український інститут громадського здоров'я, 2019. Т. I. 500 с
43. Уваренко А.Р., Парій В.Д. Первинна медико-санітарна допомога на селі. Житомир: Полісся, 2018. 208 с
44. Antony Kooner Health care delivery in the United States. Springer Publishing Company Inc . 2013. 553 p.

45. Charles H. Hennekens, Julie E. Buring. *Epidemiology in medicine*. Boston - Toronto, 2017. 383 p.
46. *Introduction to Health Services* //Editors: Stephen J. Williams / Paul R. Torrens, Albany, NY, Delmar Publishers Inc., 2018. 508 p.
47. *Health, Nutrition and Population. The Human, Development Network*. The World Bank Group, Washington, 2017.
48. Murray C, Lopez A. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Diseases Study. - *Lancet*, 1997, vol. 349, №9063, p. 1436-1442 (англ.). МРЖ р.2 Соц. мед. та ООЗ, к. 2018. С. 12.
49. *Rypins Clinical Sciences Review, Public Health and Community medicine* / Edited by Edward D. Fronlich. Philadelphia, 2013. P. 339-375.

Виконала: студентка
магістратури за
спеціальністю 281 Публічне
управління та
адміністрування заочної
форми навчання

_____ Таміла СЕМЕНЮК

Науковий керівник:
професор кафедри
публічного управління та
адміністрування,
д.держ.упр., доцент

_____ Володимир КОПАНЧУК

**Робота допущена до
захисту:**

завідувач кафедри
публічного управління та
адміністрування,
д.держ.упр., професор

_____ Едуард ЩЕПАНСЬКИЙ