

ЧОРНОМОРСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ ПЕТРА МОГИЛИ

ІНСТИТУТ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ

Кафедра публічного управління та адміністрування

САДОВСЬКА Вікторія Ігорівна

**ЗАПРОВАДЖЕННЯ КОНЦЕПЦІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ В
ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПЕРВИННОЇ
МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ**

Спеціальність: 281 Публічне управління та адміністрування

АВТОРЕФЕРАТ

магістерської роботи на здобуття наукового ступеня

магістра публічного управління

Миколаїв – 2020

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми дослідження. На разі в нашій країні достатньо гостро постають питання реформування публічної влади та медичної галузі. Основними завданнями зазначених реформ є формування нового типу муніципального управління на основі об'єднаних територіальних громад, посилення їх дієвості та ролі на місцевому рівні, зміцнення їх організаційної, правової та фінансово-економічної самостійності в управлінні муніципальними справами, формування при цьому самодостатніх та автономних закладів охорони здоров'я, з прозорим та відкритим управлінням, наданням якісних медичних послуг населенню муніципальних одиниць. Але найголовнішою метою реформ є формування системи управління та надання послуг, яка наблизиться до потреб і запитів людей, а головним пріоритетом її діяльності буде служіння народові і національним інтересам. Ця система управління має бути підконтрольною громадам, прозорою, побудованою на наукових принципах й ефективною.

Проблема ефективної діяльності закладів охорони здоров'я є однією з найважливіших в контексті реформування та розвитку країни. Нині у нашій країні немає чітко регламентованих стандартів, що регулюють життєдіяльність на наявних рівнях управління, а також, на відміну від багатьох високорозвинених країн світу, не запроваджено систему оцінювання якості та ефективності діяльності закладів охорони здоров'я і особливо первинної ланки, яка зараз перебуває в трансформаційному стані в контексті медичної реформи.

Також існують наступні проблеми, як відсутність системи та організаційно-правових механізмів, мотивація діяльності закладів ПМСД, яка не взаємопов'язана з результатами оцінювання якості й ефективності їхньої діяльності та рівня розвитку відповідних муніципальних утворень.

Підвищення ефективності роботи закладів ПМСД, які надають першими найнеобхідніші послуги, є сьогодні для української держави найважливішим завданням.

Адже управління медичними закладами, як і будь який вид діяльності, вимагає своєї конкретної та досконалої оцінки, що обов'язково пов'язано з визначенням ефективності роботи. Це потребує проведення теоретичних досліджень щодо осмислення поняття «ефективності роботи закладів охорони здоров'я» й загалом управління як сфери суспільної діяльності. Діяльність будь-якого закладу в галузі охорони громадського здоров'я має бути ефективною та прозорою, тому одним із шляхів, що забезпечує досягнення вказаних цілей, є запровадження критеріїв оцінки їх діяльності.

Критерії є одним з інструментів, що використовуються як для організації діяльності закладів охорони здоров'я, так і для їх якісної оцінки. Критерії як інструмент механізму оцінки є також й інструментом підвищення ефективності взаємодії закладів охорони здоров'я з інститутами

громадянського суспільства. Вони вказують на результативність роботи системи охорони здоров'я в цілому, дозволяють визначати, наскільки економічно вона використала державні кошти та на які потреби. Завдяки цим критеріям громадськість має право та можливість контролювати діяльність медичних закладів. В Україні розробка та впровадження критеріїв оцінки роботи закладів ПМСД є нагальною потребою, особливо в контексті реформування та запровадження подальшої автономії закладів охорони здоров'я. З методологічної точки зору оцінка ефективності діяльності закладів охорони здоров'я має ґрунтуватися на певних критеріях, яким сьогодні не приділено належної уваги.

Проблема виникає не щодо розуміння ефективності медичної системи, яку можна оцінити шляхом порівняння отриманих позитивних соціальних результатів та витрат на їх досягнення, а у визначенні розмірів складових формули ефективності. Ці питання залишаються недослідженими в теорії та практиці публічного управління, натомість багато праць присвячені категорії ефективності в публічному управлінні, ефективності діяльності органів публічної влади. Дослідженням окремих аспектів цього питання присвячені праці В.Авер'янова, В.Бакуменка, М. Білінської, О.Євтушенка, В.Ємельянова, В.Куйбіди, О.Лебединської, В.Мамонової, П.Надолішнього, Н.Нижник, Ю.Палагнюк, С.Сороки, Ю.Шарова та ін. ін.

Водночас, в Україні, на сьогоднішній день склалась досить небезпечна ситуація – в країні майже відсутня критеріальна система оцінки якості та ефективності як власне діяльності закладів охорони здоров'я, так якості й ефективності самих медичних послуг, що є неприпустимим для країни, яка прагне стати повноправним партнером розвинених країн ЄС і зайняти гідне місце у європейському співтоваристві.

Відтак, актуальність теми дослідження визначається насамперед вибором Україною курсу демократичних реформ, об'єктивними процесами розвитку й модернізації суспільства в цілому.

Мета магістерської роботи – дослідити існуючі проблеми щодо визначення та запровадження критеріїв ефективності діяльності закладів ПМСД та обґрунтувати рекомендації щодо можливих варіантів удосконалення ефективності їх з урахуванням досвіду розвинених демократичних країн.

Для досягнення зазначеної мети магістерської роботи були визначені наступні **завдання**:

- визначити зміст основних понять і термінів, критеріїв і показників ефективності в публічному управлінні;
- проаналізувати державне регулювання системи охорони здоров'я;
- виявити проблеми ефективності в практичній діяльності ПМСД, встановити їх взаємозв'язок з реформуванням та трансформацією медичної системи України;
- проаналізувати особливості організації ПМСД;

- дослідити зарубіжний досвід з організації первинної медико-санітарної допомоги та управління якістю в медичних закладах;
- визначити шляхи запровадження концепції ефективності управління в діяльність закладів охорони здоров'я первинної ланки.

Об'єкт дослідження – ефективність в публічному управлінні.

Предмет дослідження – проблеми запровадження концепції ефективності в практичну діяльність закладів охорони здоров'я ПМСД.

Методи дослідження. Теоретико-методологічну основу магістерського дослідження склали фундаментальні положення науки державного управління та системний підхід до вивчення процесів, що відбуваються в сфері оцінки ефективності діяльності закладів охорони здоров'я ПМСД.

Зокрема, системний підхід застосований при: дослідженні оцінювання ефективності публічного управління в контексті реформування та концепцій нового публічного менеджменту, належного врядування та ін., запровадженні системи управління якістю як механізму самовдосконалення суб'єкта управління.

Компаративний та логіко-семантичний методи надали змогу дослідити категорійно-понятійний апарат предмета дослідження; логічне узагальнення, метод порівняльного аналізу широко застосовувалися на різних стадіях роботи (при визначенні критеріїв та показників оцінювання, систематизації існуючих класифікацій та узагальненні підходів, обґрунтуванні висновків та рекомендацій); абстрагування, аналіз і синтез сприяли удосконаленню процесу вироблення концептуального підходу до створення теоретичної моделі ефективного державного управління.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що здійснено аналіз важливої наукової проблеми щодо визначення критеріїв ефективності діяльності закладів ПМСД та запровадження концепції ефективності управління в діяльність закладів охорони здоров'я первинної ланки.

Особистий внесок магістранта. Магістерська робота є самостійною науковою працею та містить наукові результати, одержані автором особисто.

Інформаційною базою дослідження є законодавчі та нормативно-правові акти України, статистичні дані, матеріали управління охорони здоров'я виконкому Миколаївської міської ради та інших органів місцевого самоврядування, закладів, які надають ПМСД, наукові праці вітчизняних і зарубіжних учених з питань підвищення ефективності діяльності органів публічної влади, особистий досвід автора.

Структура і обсяг магістерської роботи. Магістерське дослідження складається зі вступу, трьох розділів, висновків, додатків, списку використаних джерел. Повний обсяг роботи складає 106 сторінок, з них основного тексту – 96 сторінок. Список використаної літератури містить 72 джерела.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ МАГІСТЕРСЬКОЇ РОБОТИ

У вступі обґрунтовано актуальність теми, сформульовано мету та основні завдання, об'єкт і предмет, методи дослідження, висвітлено наукову новизну і практичне значення виконаної роботи.

У першому розділі «Концепція ефективності в галузі охорони здоров'я» основна увага зосереджена на теоретичних аспектах явищ та процесів в сфері державного управління закладами охорони здоров'я та підвищення ефективності управління в цій сфері, визначено основні терміни та поняття та концепції.

У підрозділі 1.1. «Основні наукові погляди на проблему ефективності в публічному управлінні» визначено, що основним при визначенні ефективності в публічному управлінні є шведський досвід оцінки діяльності органів державного управління. Він демонструє модель (яка отримала назву аудит адміністративної діяльності), основу на парадигмі «внесок – продукт», яка включає три складові: економічність (economy) – тобто орієнтація на найменші витрати, зокрема мінімізація вартості ресурсів, спрямованих на діяльність із досягнення визначеної якості послуги з урахуванням законності використання державних фондів. Тобто встановлюється відповідність використання ресурсів потребам, належність кількості ресурсів відповідній якості у визначений час, у необхідному місці, за розумну ціну; ефективність (efficiency) – співвідношення між продуктом у вигляді наданих товарів (послуг) та ресурсами, використаними на їх створення. Аналізується технологія і методи роботи, співпраця підрозділів, засоби заохочення працівників до скорочення витрат робочого часу. Встановлюється практика найкращого досвіду, який орієнтовано на отримання максимуму продукту в термінах, кількості та якості, які відповідають внеску і способам діяльності; результативність (effectiveness) – ступінь відповідності досягнутих результатів поставленій меті – нормі. У процесі аналізу результативності оцінюється вчасність досягнення мети, ступінь задоволення людей відповідною програмою.

Г. Бухарт запропонував розглядати ефективність діяльності органів публічної влади на основі трьох теорій: механістичної (традиційної) теорії ефективності державного управління, яка передбачає використання усталеної і закритої моделі досягнення незмінних цілей за допомогою відомих і наперед встановлених засобів та стандартів (модель «внесок – продукт»); теорії людських ресурсів, яка передбачає суттєвий вплив людського потенціалу на ефективність управління, де вагому роль відіграють соціальні фактори: поведінкові, мотиваційні (задоволення потреб службовців, плінність кадрів, моральний стан колективу, кількість прогулів, відданість взаємній справі тощо). Основна увага приділяється особистому досвіду або характеристиці особистих якостей, якими володіють вдалі менеджери.

П. Друкер, розглядаючи роботу управляючого, наголошує на необхідності вчитися бути ефективним, тобто ефективність – це практика, практичні навички, яких потрібно набувати в процесі постійної і копіткої праці; теорії організацій, яка, на відміну від попередніх, розглядає організацію як відкриту структуру, на яку впливає зовнішнє середовище, внаслідок дії якого можуть змінюватись цілі, засоби і стратегія організації. Для забезпечення ефективності організація повинна адекватно пристосовуватись до змін, бути гнучкою та здатною контролювати зовнішнє середовище. Враховуючи вищезазначений системний підхід до ефективності варто звернути увагу на необхідності розгляду результативності публічного адміністрування як з внутрішньої так і з зовнішньої сторони.

Підрозділ 1.2. «Визначення ефективності в публічному управлінні» присвячений розгляду проблем визначення ефективності та досягнення ефективного управління. У державному управлінні найкращі показники ефективності досягаються за умови вироблення якомога більшої кількості якісних продуктів (наданих послуг), досягнення позитивних змін в умовах життєдіяльності людей при заданому мінімумі витрат/ресурсів. Тобто, загальноприйнята формула: $E = R/I$ (де E – ефективність, що має бути максимальною, R – результат, I – витрати), набуває дещо іншого змістовного наповнення, ніж у виробничому менеджменті, де акцент робиться, головним чином, на мінімізації витрат при забезпеченні запланованого результату. Оцінка результативності публічного адміністрування є досить важким завданням через складність вимірювання по-перше, результатів діяльності, які, як було вже зазначено вище, мають місце на державному рівні, на рівні діяльності окремого органу публічного адміністрування та як результат виконання своїх обов'язків окремими державними службовцями. Перспективним є підхід щодо використання системи збалансованих показників (BSC) у вимірі результативності публічного адміністрування на рівні окремих органів

У підрозділі 1.3. «Система охорони здоров'я як об'єкт публічного регулювання» з'ясовано, що до об'єктів медичної галузі, які регулює держава, слід віднести всі установи охорони здоров'я. Головним органом, що забезпечує виконання цілей та завдань у сфері охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України. На нього покладено завдання формування державної політики, а також її виконання. Уряд країни та Міністерство охорони здоров'я розробляють інструментарій для ефективної діяльності медичної галузі, здійснюють планування та прогнозування, визначають державні стандарти, розробляють програми держзамовлень з метою забезпечення галузі необхідними ресурсами, контролюють діяльність у галузі охорони здоров'я.

Основними завданнями регулювання сфери охорони здоров'я є: встановлення потреб у медичних послугах, планування організації дій медичних закладів, збір необхідної інформації для та мобілізації ресурсів,

забезпечення доступності до якісних медичних послуг, профілактика хвороб, діагностика та лікування, обмеження або заборона нелегітимних ліків.

У сучасних умовах основними цілями механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я є: забезпечення громадян якісними медичними послугами; забезпечення гарантованої державної безкоштовної допомоги; забезпечення фінансовими ресурсами; забезпечення новітніми технологіями; забезпечення удосконаленою правовою системою; створення конкуренції на медичному ринку; пристосування існуючої сфери охорони здоров'я до умов, що змінюються; удосконалювання системи організації та керування охороною здоров'я; підвищення кваліфікації кадрів; профілактична діяльність.

У другому розділі **«Проблеми ефективності діяльності закладів охорони здоров'я ПМСД»** розкриваються основні засади трансформації медичної системи України та особливості організації ПМСД.

У підрозділі **2.1. «Трансформація медичної системи України»** встановлено, що основним визначальним документом є Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні. В документі було визначено дві основні мети: в першу чергу, стимулювати правильні реформи, але водночас продемонструвати тим, хто приймає рішення, що здоров'я та його охорона – потужний інструмент в політиці. Стратегія визначила кінцеві результати реформи, надаючи їй структурної завершеності та демонструючи потенціал різних заходів, спрямованих на ефективний розвиток послуг охорони здоров'я. На базі стратегії Міністерство охорони здоров'я розробило також Концепцію реформування фінансування системи охорони здоров'я та законопроекти, що сприяли проведенню реформи вітчизняної медицини.

Зазначається, що «майбутня система охорони здоров'я має базуватися на трьох основних принципах, котрі мають застосовуватися в усіх секторах охорони здоров'я, та мають бути відображеними на кожному наступному етапі реформи», а саме: орієнтованість на людей, яка означає: система охорони здоров'я має орієнтуватися на потреби людей; має забезпечувати якість та безпеку послуг, їх здатність адаптуватися до вимог і викликів, котрі постійно змінюються, і є головними засадами системи охорони здоров'я, що будуть сформовані у результаті реформ; система охорони здоров'я складається з соціальних інституцій, які залежить від взаємовідносин між різними учасниками системи, що передбачає залучення управлінців, постачальників і покупців послуг, дослідників тощо; орієнтованість на результат, яка означає: «результативність допомоги та/ або профілактичних програм, фінансова захищеність пацієнтів, ефективність використання коштів, урахування побажань пацієнтів повинні обумовлювати прийняття рішень на усіх рівнях; система повинна формувати атмосферу, де виконання будь-якої діяльності регулярно оцінюється за результатами та є підставою для покращення роботи; реформи, що передбачають залучення приватних надавачів послуг повинні пропонуватися тільки у тому випадку, якщо вони дійсно призведуть до кращих результатів або зменшать витрати на надання

послуг тієї ж якості. Саме з цієї причини формування бази даних із інформацією про якість надання послуг, якої зараз бракує в Україні, має бути пріоритетом»; орієнтованість на втілення: доцільно провести підготовчу роботу, втілити ідею у життя та проводити належний моніторинг, в якому чітко мають бути відображені відповідальні особи, часові межі та механізми підзвітності.

Нові моделі фінансування послуг системи охорони здоров'я мають бути ефективними, зменшувати фінансові ризики, пов'язані з погіршенням здоров'я, та відкривати доступ до відповідних послуг.

У підрозділі 2.2. «Особливості організації первинної медико-санітарної допомоги» визначено, що Європейське регіональне бюро ВООЗ дало таке визначення: «первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) включає консультацію та першу допомогу, яку надають одноосібно чи разом спеціалісти з охорони здоров'я, чи споріднених професій з профілактичною та лікувальною метою». При розгляді системи ПМСД слід зазначити, що ВООЗ прийняла для всіх країн визначення первинно медико-санітарної допомоги з такими основними функціями: здійснення санітарно-гігієнічних заходів; охорона здоров'я матері і дитини включно з плануванням сім'ї; щеплення проти основних інфекційних захворювань; профілактика вогнищевих епідемічних захворювань та боротьба з ними; санітарна просвіта населення.

ВООЗ сформулювало чотири складові, які забезпечують якість медичної допомоги: кваліфікація спеціалістів, оптимальне використання ресурсів, врахування ризику для пацієнтів та їх задоволеність. Надання якісної медичної допомоги має розпочинатися з лікувальних закладів за місцем проживання. Саме від взаємодії з сімейним лікарем та сімейною медичною сестрою залежить поведінка пацієнта, прихильність його до профілактичних і лікувальних заходів та можливість контролю його стану здоров'я.

ПМСД розглядається як один із провідних інструментів досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні. Лише розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики/сімейної медицини (ЗП/СМ) дасть змогу поліпшити демографічну ситуацію, досягти справедливого розподілу і раціонального використання бюджетних коштів.

У третьому розділі «Шляхи запровадження концепції ефективності управління в діяльність закладів охорони здоров'я» визначаються основні напрями удосконалення публічного управління в цій сфері: на основі вивчення зарубіжного досвіду та запровадження системи управління якістю в діяльність закладів охорони здоров'я первинної ланки.

У підрозділі 3.1. «Зарубіжний досвід створення ефективних систем ПМСД» визначено, що при оцінці компоненту «Управління» в країнах Європи враховувалися індикатори: наявність програмних документів, що свідчать про пріоритетність розвитку ПМСД, політики щодо справедливого розподілу практикуючих фахівців ПМСД та міждисциплінарного

співробітництва ПМСД і інших секторів охорони здоров'я, централізація / децентралізація управління ПМСД, наявність підрозділів ПМСД в МОЗ, наявність окремого бюджету для ПМСД, регламентованість вимог до структур ПМСД та практикуючих лікарів, наявність клінічних настанов для лікарів загальної практики / сімейної медицини, наявність законів про права пацієнтів тощо.

Виявлено, що в експліцитному вигляді цілісне бачення поточного і майбутнього розвитку ПМСД представлено в програмних документах менше ніж в половині країн (Болгарії, Великобританії, Греції, Данії, Естонії, Іспанії, Литві, Люксембурзі, Мальті, Нідерландах, Норвегії, Словенії, Франції, Туреччині). Ще в 6 країнах (Ірландії, Італії, Кіпрі, Португалії, Румунії, Фінляндії) бачення було зосереджено на частковому реформуванні системи ПМСД. Опосередковано про керованість розвитку ПМСД в країні свідчить її представленість у вигляді підрозділів МОЗ. Такі підрозділи або державні інспекції наявні тільки в 12 країнах (Великобританії, Іспанії, Ірландії, Італії, Латвії, Литві, Нідерландах, Норвегії, Португалії, Румунії, Словенії, Швеції). В переважній більшості країн – 61 % (Болгарія, Великобританія, Греція, Данія, Естонія, Ірландія, Ісландія, Іспанія, Італія, Латвія, Литва, Норвегія, Польща, Португалія, Румунія, Словенія, Туреччина, Угорщина, Фінляндія) первинна допомога має окремий від інших видів медичної допомоги бюджет.

В переважній більшості країн Європи реалізація основних функцій управління ПМСД (встановлення пріоритетів, фінансування, планування поставок, забезпечення послуг, контроль якості) достатньо децентралізована і здійснюється на рівнях регіональних чи місцевих органів влади, або регіональних фондів медичного страхування, або трастів первинної медичної допомоги. Централізовано на національному рівні ПМСД реалізується лише в 6 країнах (Естонії, Угорщині, Латвії, Мальті, Словаччині і Швейцарії), невеликих за площею та з відносно малою чисельністю проживаючого населення. Формальні професійні вимоги, що пред'являються до провайдерів медичних послуг в первинній ланці, існують у всіх країнах. Проте, в Кіпрі, Фінляндії та Угорщині такі вимоги менш конкретні, що дозволяє непрофільним лікарям надавати первинну допомогу.

Підрозділі 3.2. «Система управління якістю в закладах охорони здоров'я» присвячений основним перевагам від запровадження такої системи. Визначено, що заклад охорони здоров'я може досягти ефективності від запровадження СУЯ в таких контекстах: упевненість у якості продукції. Працівники закладу можуть бути впевнені, що споживач гарантовано отримає продукцію відповідної якості. Для цього слід лише дотримувати вимог технологічної документації; ідентичні вимоги до процесів СУЯ. Кожен процес формується за принципом PDCA, тобто його планують, виконують, моніторять (контролюють) і корегують (тим самим удосконалюють); скорочення документованої інформації. Що довше функціонує СУЯ, то меншою стає кількість документованої інформації. Це обумовлено тим, що персонал стає дедалі обізнанішим, дисциплінованішим і відповідальнішим; об'єктивніший аналіз процесів. Чому до впровадження СУЯ недоліки

й невідповідності приховували? Тому що зазвичай вважали основним винуватцем працівника. Ніхто не розслідував об'єктивних причин, не розробляв корегувальних дій, аби уникнути помилок. Існував основний метод мотивації – покарання. СУЯ спрямована запобігати недолікам. Тому варто аналізувати процеси на етапі моніторингу, внутрішніх і зовнішніх аудитів. Якщо розглядати процес як локальну систему, то внутрішній аудит є зовнішнім для процесу.

На аудитах приховані негаразди впливають одразу, тому проблему необхідно розв'язати, а не приховати. Системні питання неможливо розв'язати без вищого керівництва. А для цього воно має бути добре поінформованим. Діяльність державного закладу визначається як набір завдань і функцій, які фіксуються різними регламентуючими документами. Ці завдання і функції часто дублюються, є недостатніми або надлишковими. Кращий результат можна одержати, якщо діяльність розглядати як сукупність взаємопов'язаних процесів, якою можна результативно і ефективно управляти. Для цього треба визначити ці процеси, описати їх, встановити критерії моніторингу, оцінки чи вимірювання.

ВИСНОВКИ

В результаті проведеного дослідження було досягнуто мету магістерської роботи і систематизовано проблеми щодо визначення та запровадження критеріїв та показників ефективності діяльності органів місцевого самоврядування та обґрунтовано рекомендації щодо можливих варіантів удосконалення ефективності діяльності органів місцевого самоврядування в Україні з урахуванням досвіду розвинених демократичних країн, а виконання поставлених завдань зумовило наступні висновки та пропозиції:

1. Визначено зміст основних понять і термінів, критеріїв і показників ефективності в публічному управлінні. Результативність (effectiveness) визначається як ступінь реалізації запланованої діяльності та досягнення запланованих результатів, а ефективність (efficiency) – це співвідношення між досягнутим результатом і використаними ресурсами. Існують досить різноманітні наукові погляди щодо визначення ефективності, але переважну більшість з них можна звести до розгляду ефективності з погляду трьох управлінських рівнів: загальна соціальна ефективність (рівень держави та усієї системи державного управління), спеціальна соціальна ефективність (ефективність функціонування суб'єктів державного управління), конкретна соціальна ефективність (ефективність діяльності управлінських органів і посадових осіб).

Також в публічному управлінні досить широко представлений шведський досвід оцінки діяльності органів державного управління, заснований на парадигмі «внесок – продукт», яка включає три складові: економічність (economy), ефективність (efficiency) та результативність

(effectiveness). У вітчизняній науці публічного управління також актуальною є класифікація ефективності як з погляду необхідності (indispensable effectiveness), ефективність з погляду виконання плану (plan realization), цільова і виконавська ефективність (target & implementation effectiveness), порівняльна ефективність (relative effectiveness), критерій розвитку (development effectiveness), реактивна ефективність (challenge effectiveness), фінансова і предметна ефективність.

Існує загальноприйнята формула визначення ефективності $E = R/I$ (де E – ефективність, що має бути максимальною, R – результат, I – витрати), але результати державного управління (прогнози, заплановані, наявні) порівнюються із умовами їх досягнення (співвідносяться із витратами), та корисністю, яку отримують громадяни в процесі споживання виробленого продукту (наданих послуг).

Оцінка результативності публічного адміністрування є досить важким завданням через складність вимірювання по-перше, результатів діяльності, які, мають місце на державному рівні, на рівні діяльності окремого органу публічного адміністрування та як результат виконання своїх обов'язків окремими державними службовцями. З іншого боку конкретні результати не завжди можна виміряти однозначними кількісними та якісними показниками.

Визначають три типи показників результативності: показники кінцевих ефектів (ПКЕ); показники безпосередніх результатів (ПБР); показники використання ресурсів (ПВР), які можуть бути використані при розробці методики оцінки ефективності діяльності органів місцевого самоврядування. Також доцільно використати такий алгоритм розробки критеріїв оцінки ефективності: визначення рівнів, на яких має здійснюватися оцінювання; відпрацювання набору показників, що в сукупності характеризують рівень розвитку оцінюваної якості, параметра, результату; ранжування показників та оцінювання факторів їх вагомості; застосування показників.

2. Проаналізовано державне регулювання системи охорони здоров'я. Проаналізовано теоретичні засади дослідження публічного управління закладами охорони здоров'я. В регулюванні медичної галузі держава визначає мету, завдання, напрями, принципи державної політики, встановлює обсяг бюджетного фінансування та створює систему інших регуляторів. Основними завданнями регулювання сфери охорони здоров'я є: встановлення потреб у медичних послугах, планування організації дій медичних закладів, збір необхідної інформації для та мобілізації ресурсів, забезпечення доступності до якісних медичних послуг, профілактика хвороб, діагностика та лікування, обмеження або заборона нелегітимних ліків.

Основними методами державного регулювання сфери охорони здоров'я є адміністративні, економічні, правові та соціально-мотиваційні.

В результаті дослідження виявлено, що до основних цілей державного регулювання сфери охорони здоров'я є: забезпечення громадян якісними медичними послугами; забезпечення гарантованої державної безкоштовної допомоги; забезпечення фінансовими ресурсами; забезпечення новітніми

технологіями; забезпечення удосконаленою правовою системою; створення конкуренції на медичному ринку; пристосування існуючої сфери охорони здоров'я до умов, що змінюються; удосконалювання системи організації та керування охороною здоров'я; організація підвищення кваліфікації кадрів.

3. Виявлено проблеми ефективності в практичній діяльності ПМСД, встановлено їх взаємозв'язок з реформуванням та трансформацією медичної системи України. Основним концептуальним документом, в якому закладено напрями та механізми реформування медичної сфери України стала Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 роки. Цей документ є складовою частиною Національного плану дій з реформування Стратегії сталого розвитку «Україна – 2020».

Стратегія визначила контекст, бачення, принципи, пріоритети, задачі та подальші кроки з реформування вітчизняної системи охорони здоров'я, а також підґрунтя для розробки політики та прийняття рішень у сфері охорони здоров'я, значно змінюючи механізми фінансування закладів охорони здоров'я та медичної системи в цілому.

Нові моделі фінансування послуг системи охорони здоров'я повинні сприяти зменшенню фінансових ризиків та формувати більш якісні медичні послуги. Якщо будуть реалізовані визначені напрями модернізації системи охорони здоров'я, то наша країна зможе досягти таких цілей: зростання показників здоров'я населення (тривалості життя, зниження захворюваності, смертності); збільшення фінансової захищеності при зверненні за медичною допомогою, щоб захворювання не стало причиною зубожіння або ж відсутність коштів не завадила своєчасно звернутися за допомогою; забезпечення готовності та здатності системи охорони здоров'я ефективно реагувати на кризові ситуації, які несуть загрози для здоров'я окремої людини, громади або усього населення. Також важливим документом є Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я, схвалена Розпорядженням КМУ від 30 листопада 2016 року № 1013-р.

4. Проаналізовано особливості організації ПМСД, які полягають в тому, що Надання ПМСД ґрунтується на 6 принципах, які визначені ВООЗ: самозабезпеченість; участь населення; міжсекторальне співробітництво; інтеграція служб охорони здоров'я; посилення уваги до груп високого ризику. Рівень організації роботи первинної ланки безпосередньо пов'язаний з такими аспектами ефективності, як якість, доступність і своєчасність медичної допомоги, розвиток профілактичного напрямку, раціональність використання ресурсів галузі. ВООЗ сформульовано чотири складові, які забезпечують якість медичної допомоги: кваліфікація спеціалістів, оптимальне використання ресурсів, вираховування ризику для пацієнтів та їх задоволеність.

Слід зазначити, що функції ПМСД набагато ширші в сучасній медичній системі, вони також стосуються забезпечення гарантованого обсягу медичної, психологічної та соціальної допомоги; доступності відповідних

медичних і соціальних послуг для всього населення; безперервності спостереження за пацієнтами.

5. Досліджено зарубіжний досвід з організації первинної медико-санітарної допомоги та управління якістю в медичних закладах.

Досвід країн ЄС показав, що комплексне бачення розвитку ПМСД представлено в програмних документах менше ніж в половині країн (Болгарії, Великобританії, Греції, Данії, Естонії, Іспанії, Литві, Люксембурзі, Мальті, Нідерландах, Норвегії, Словенії, Франції, Туреччині). Ще в 6 країнах (Ірландії, Італії, Кіпрі, Португалії, Румунії, Фінляндії) бачення було зосереджено на частковому реформуванні системи ПМСД.

В переважній більшості країн Європи реалізація основних функцій управління ПМСД, а це: встановлення пріоритетів, фінансування, планування поставок, забезпечення послуг, контроль якості – достатньо децентралізована і здійснюється на рівнях регіональних чи місцевих органів влади, або регіональних фондів медичного страхування.

Централізовано на національному рівні ПМСД реалізується лише в 6 країнах – Естонії, Угорщині, Латвії, Мальті, Словаччині і Швейцарії, але ці країни невеликі за площею, тому там інші механізми публічного управління.

Професійні вимоги, що пред'являються до надавачів медичних послуг в первинній ланці, існують у всіх країнах. Проте, в Кіпрі, Фінляндії та Угорщині такі вимоги менш конкретні, що дозволяє також непрофільним лікарям надавати первинну допомогу.

В більшості країн, крім Бельгії, Фінляндії, Франції, Німеччини та Ірландії, постачальники послуг первинної допомоги повинні отримувати дозвіл на провадження медичної практики – «дозвіл на експлуатацію». У всіх країнах існують клінічні настанови з первинної допомоги (за виключенням Ірландії, Мальти, Швейцарії; та законодавчі акти, які регулюють права пацієнтів (виключення – Греція). Результати дослідження економічних умов надання ПМСД засвідчили, що питома вага витрат на ПМСД від загальних витрат на охорону здоров'я в країнах Європи коливається в широких межах: найбільші (19,3 - 25,6 %) - у Великобританії, Франції, Швейцарії, Греції; найменші (4,7 - 7,1 %) - в Італії, Естонії, Чеській Республіці; частка витрат на профілактику і громадську охорону здоров'я найбільша (4 - 5,5 %) в Фінляндії, Німеччині, Бельгії, Литві, Естонії, в інших країнах профілактичні витрати є значно меншими.

6. Визначено шляхи запровадження концепції ефективності управління в діяльність закладів охорони здоров'я первинної ланки.

Запровадження системи управління якістю на основі стандарту ДСТУ ISO 9001:2015 в діяльність медичних закладів обумовлюється такими причинами: система розроблена згідно стандарту ДСТУ ISO 9001:2015 і спрямована на задоволення потреб споживача та інших зацікавлених сторін; у Стандарті вперше з'явилася вимога щодо ідентифікації та оброблення ризиків і можливостей, що пов'язані з її цілями; в основу покладено процесний підхід, коли вся діяльність передбачає комплекс взаємопов'язаних процесів, які побудовані за принципом планууй – виконуй – перевіряй –

дій. Сам стандарт ДСТУ ISO 9001:2015 демократичний і встановлює вимоги про те, що необхідно зробити, але не визначає, як цього досягти і дозволяє ці питання вирішувати самостійно. Тому кожна система в кожній організації – унікальна. Навіть якщо два заклади охорони здоров'я надають однакові послуги, мають аналогічне обладнання тощо, вони не матимуть ідентичних систем управління якістю. Основу закладу формують лідерство, задіяність персоналу, керування відносинами та інші принципи управління якістю.

Основними перевагами системи управління якістю є упевненість у якості продукції; ідентичні вимоги до процесів системи управління якістю; скорочення документованої інформації; об'єктивніший аналіз процесів. .

Система управління якістю спрямована на профілактику недоліків в роботі, оскільки дозволяє аналізувати процеси на етапі моніторингу, внутрішніх і зовнішніх аудитів.

Серед напрямів подальшого вдосконалення систем управління якістю та реалізації проектів щодо посилення організаційної досконалості за результатами проведеного дослідження можна віднести такі: інтеграція вимог міжнародних стандартів на аспекти діяльності; участь у проектах самооцінювання за моделями організаційної досконалості та діагностичного самооцінювання; впровадження підходів ощадливого управління; імплементація адаптованих механізмів результат-орієнтованого управління на основі збалансованої системи показників та ін..

АНОТАЦІЯ

Зміст роботи (анотація): в роботі визначено зміст основних понять і термінів, критеріїв і показників ефективності в публічному управлінні; проаналізовано державне регулювання системи охорони здоров'я; виявлено проблеми ефективності в практичній діяльності ПМСД, встановлено їх взаємозв'язок з реформуванням та трансформацією медичної системи України; проаналізовано особливості організації ПМСД; досліджено зарубіжний досвід з організації первинної медико-санітарної допомоги та управління якістю в медичних закладах; визначено шляхи запровадження концепції ефективності управління в діяльність закладів охорони здоров'я первинної ланки.

Ключові слова: ефективність, системи управління якістю, медична система, медична реформа, первинна медико-санітарна допомога.

ANNOTATION

Content of the work (abstract): the content of the basic concepts and terms, criteria and indicators of efficiency in public administration is defined in the work; the state regulation of the health care system is analyzed; problems of efficiency in the practical activity of PHC are revealed, their interrelation with reforming and transformation of the medical system of Ukraine is established; the peculiarities of PHC organization are analyzed; foreign experience in the organization of primary health care and quality management in medical institutions is studied; identified ways to implement the concept of management efficiency in the activities of primary health care facilities.

The problem of effective operation of health care facilities is one of the most important in the context of reform and development of the country. At present, our country does not have clearly regulated standards governing life at the current levels of government, and, unlike many highly developed countries, there is no system for assessing the quality and efficiency of health care facilities and especially primary care, which is now in transformational state in the context of medical reform.

There are also the following problems, such as the lack of a system and organizational and legal mechanisms, the motivation of PHC facilities, which is not interrelated with the results of assessing the quality and efficiency of their activities and the level of development of relevant municipalities.

Improving the efficiency of PHC facilities, which are the first to provide the most necessary services, is today the most important task for the Ukrainian state.

Key words: efficiency, quality management systems, medical system, medical reform, primary health care.